90166

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A.-H. MARCHAND

90166

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XVII — 1880

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

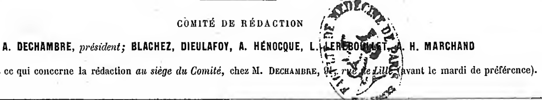
Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXX

90136

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, rue de Lille (avant le mardi de préférence).

Paris, 1er janvier 1880.

VALEUR MÉDICO-LÉGALE DES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES : RECHERCHES DE MM. GROSCLAUDE, LEGROUX, VICQ, DECHOUDANS, CHASSAING, PARROT, ETC.—*Société de thérapeutique :* DU TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL ET HÉMORROIDAIRE PAR LES INJECTIONS D'ERGOTINE.

Ecchymoses sous-pleurales.

Ambroise Tardieu, alors candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale à l'Académie de médecine, fit en 1855 une lecture qui est restée célèbre, et qui a été le point de départ d'un grand nombre de publications. Celles-ci constituent un volumineux dossier auquel nous ne saurions donner de titre plus exact que celui-ci : « De la valeur des ecchymoses sous-pleurales en médecine légale ».

Tardieu avait cru découvrir les lésions spécifiques de la mort par suffocation; et, après avoir décrit avec soin les *ecchymoses sous-pleurales* et les autres lésions qu'il avait observées chez des nouveau-nés morts étouffés, ou qu'il avait reproduites expérimentalement sur des animaux, l'éminent médecin légiste n'hésitait pas à formuler des conclusions très précises qui furent reproduites textuellement dans un compte rendu de ce journal (p. 322 et 334, 1855, *Gazette hebdomadaire*). Nous citons à nouveau la plus importante d'entre elles :

« La seule présence des altérations qui ont été décrites par » l'auteur, et notamment des extravasations sanguines disséminées sous la plèvre, sous le péricarde et sous le cuir » chevelu, à quelque degré et en si petit nombre que ce soit, » suffit pour démontrer d'une manière positive que la suffo- » cation est bien en réalité la cause de la mort. »

Cette opinion, contre laquelle la *Gazette hebdomadaire* avait fait tout d'abord quelques réserves, fut professée et admise longtemps en France; mais elle a soulevé à diverses reprises des objections, des contradictions, qui se sont résumées au Congrès international de médecine légale, à Paris, en 1878, par le vote d'une conclusion non moins formelle que la précédente, et dans ces termes :

« Les ecchymoses sous-pleurales, qui ont été données » comme signe indubitable de la mort par suffocation, ne peu- » vent avoir isolément aucune valeur en médecine légale, les » causes qui peuvent les engendrer étant très multiples. »

En présence de deux affirmations aussi directement contraires, il semble que le médecin légiste ne pourra désormais invoquer les ecchymoses sous-pleurales comme preuve *juridique* ou *spécifique* de l'asphyxie par suffocation, sans que l'avocat le plus novice ne puisse lui opposer les textes les plus autorisés dans un sens ou dans un autre. Et, en effet, en se plaçant au point de vue de la discussion médico-légale, des signes dont la valeur est si vivement contestée ne peuvent plus occuper qu'un rang secondaire parmi les documents médico-légaux. Cependant nous devons envisager de plus haut une théorie qui, en somme, a été enseignée avec éloquence et soutenue devant la justice par le professeur et ses élèves avec quelque prestige, pendant une vingtaine d'années. La multiplicité même des recherches entreprises dans le but d'élucider le sujet a eu pour résultat de faire approfondir l'étude cadavérique des poumons; de sorte que l'anatomie pathologique, la physiologie, la clinique, les expertises et les controverses ont tour à tour contribué à fortifier les bases scientifiques sur les-

FEUILLETON

Des modes en médecine.

En France tout est mode.
(H. DE BALZAC.)

Montaigne raille l'inconséquence de l'homme, qui « se laisse si fort piper et aveugler à l'auctorité de l'usage présent, qu'il soit capable de changer d'advis tous les mois... et que *la mode* actuelle lui fasse incontinent condamner l'ancienne et iuger si diversement de soi que vous diriez que c'est quelque espèce de manie qui luy tourneboule ainsi l'entendement ».

L'empire qu'exerce cette *grande emperiere du monde*, comme l'appelle notre philosophe, s'étend-il jusque sur l'art de guérir? J'ignore ce qu'en pense le lecteur, mais il est certain que c'est là une opinion généralement répandue, et qui ne date pas d'hier. « Ce serait, dit La Bruyère, pécher contre la mode que de guérir de la fièvre par la saignée. » Rousseau va plus loin; l'art de guérir lui-même n'est à ses yeux qu'une affaire de mode: « La médecine est à la mode parmi nous; c'est l'amusement des gens oisifs qui ne sachant que faire de leur temps le passent à se conserver. »

Sans prendre au sérieux cette boutade humoristique, sans prétendre avec un critique morose que « faire l'histoire des modes en médecine serait raconter en quelque sorte son histoire », j'estime qu'il y a là une question d'une portée philosophique et pratique très-réelle. On ne peut, dit M. le docteur Dechambre, se désintéresser des erreurs qui passionnent la science à ses différentes phases ; et sans craindre de fournir des armes à la malignité de nos détracteurs, j'avoue franchement me mettre, avec l'un des confrères les plus diserts de notre temps, du côté de ceux qui pensent que « la mode exerce son empire despotique sur la médecine comme sur

quelles nous tous médecins, ou même jurés, pouvons un jour ou l'autre être obligés d'asseoir notre jugement.

Les thèses de MM. Grosclaude (Paris 1878), Dechoudans (1878), Vicq (1878), Chassaing (1879), le rapport de M. Legroux à la Société de médecine légale (1878), le mémoire de M. Parrot (1879), nous permettent de condenser les faits ; et à cet égard, M. Vicq a publié un tableau auquel il ne reste à ajouter que peu de faits récents.

Si nous passons en revue les différentes causes de mort violente, nous trouvons bien que c'est dans la mort par suffocation que les lésions sont pour ainsi dire le plus constantes; cependant il y a des rapports dans lesquels les ecchymoses sous-pleurales n'ont pas été signalées; comme dans les exemples donnés par MM. Casper, Behrend, Siredey et Tardieu lui-même. A la suite de ces faits exceptionnels, il faut rappeler que dans la pendaison, dans la submersion et dans la strangulation, les ecchymoses sous-pleurales ont été signalées par MM. Degranges, Liman, Lacassagne, Ogston et Casper, Tenneson, Fredel, et nous ne parlons pas ici des faits expérimentaux.

Les autres causes de mort violente apportent également un contingent notable, c'est-à-dire que Tardieu lui-même avait fait des réserves au sujet des ecchymoses sous-pleurales se rapportant aux écrasements et à la précipitation d'un lieu élevé. Ogston a cité 11 cas d'ecchymoses liées à des lésions traumatiques ; MM. Devergie, Bayard, Tourdes, Brown-Séquard, Brouardel, enfin M. Pinard, les ont signalées chez les fœtus, à la suite de la crâniotomie et de la céphalotripsie.

A cette série déjà longue, il faut ajouter les empoisonnements; en effet, comme l'a rappelé M. Vicq, les taches sous-pleurales ont été vues dans les empoisonnements par le phosphore par Tardieu, Maschka, Grisolle; l'arsenic, le mercure, le plomb, la digitale, la strychnine, par Tardieu et Grisolle; l'antimoine, par M. Lancereaux ; le bromhydrate de cicutine, par M. Bochefontaine; la vapeur de charbon, par Tardieu et Bayard, par Champouillon, Fredel, Casper, Troja, Maschka; le chloroforme, par Bayard, Casper, Grisolle, Gosselin, Faure ; l'acide oxalique, par Grisolle ; les champignons vénéneux, par Maschka; le farcin et la morve chronique, par Grisolle; le cyanure de potassium, par Brouardel (cité par H. Chassaing).

Ce n'est pas seulement dans les cas de mort violente par asphyxie ou par traumatisme que les ecchymoses ont été remarquées; depuis ces dernières années surtout, l'attention a été appelée sur la fréquence des ecchymoses sous-pleurales dans les affections cérébrales et surtout médullaires. Il ne s'agit pas seulement des présentations faites à la Société de biologie par MM. Brown-Séquard, Charcot, Ollivier, et des deux observations de MM. Baréty et de Laforest publiées dans la *Gazette hebdomadaire;* mais à diverses époques elles ont été signalées dans l'éclampsie et dans l'épilepsie, par MM. Tardieu, Liman, Voisin, Liouville ; dans le tétanos, par MM. Tardieu et Dechoudans; dans l'hémorrhagie cérébrale, par MM. Brown-Séquard, Brouardel, Charcot, Ollivier, Ogston, Vulpian, etc. Enfin, les ecchymoses sous-pleurales ont été rencontrées par M. Garin dans la méningite, dans l'insolation par Hestrées, et dans l'œdème cérébral par Liman, Maschka, Brierre.

Bien qu'on rencontre moins fréquemment les taches dans les autres maladies, il n'en existe pas moins de nombreux exemples que M. Vicq a résumés dans le tableau suivant :

Elles ont été observées, dit M. Vicq, dans le croup et la diphthérie par MM. Simon, Lorain, Sanné, etc.; dans la coqueluche par MM. Simon, Duchamp, etc.; dans la bronchopneumonie par M. Roger; dans l'apoplexie pulmonaire par MM. Ogston, Hervieux, Cornil et Ranvier; dans l'œdème pulmonaire et la pneumonie par MM. Ogston, Casper, Liman, etc.; enfin, dans le catarrhe suffocant par M. Brouardel. Dans les maladies du cœur, Casper et Ogston, Cornil et Ranvier, les ont signalées également, et nous pourrions retrouver dans les maladies générales des observations où les ecchymoses sous-pleurales sont indiquées.

Ce n'est pas tout ; car au point de vue particulier de l'enfance, des travaux récents ont singulièrement élargi nos connaissances sur les conditions de production des ecchymoses sous-pleurales. En effet, M. Chassaing, dans son excellente étude médico-légale, rapporte environ 20 observations qui démontrent que les ecchymoses sous-pleurales peuvent se rencontrer chez les enfants dans la bronchite suffocante, le croup, la coqueluche, la pneumonie lobulaire, la rougeole, la diphthérie compliquant la rougeole; et ici il s'agit d'autopsies faites par M. Brouardel ou dans des hôpitaux, avec tout le soin nécessaire pour donner une grande valeur aux résultats obtenus.

Enfin, M. Parrot, dans son mémoire publié dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, apporte des documents d'une importance indiscutable et qui démontrent que les ecchymoses sous-pleurales sont très fréquentes chez les enfants qui succombent à des affections pleuropulmonaires compliquant la rougeole ou la diphthérie. Sur 42 cas où les lésions ont été constatées à l'autopsie, il y a eu 30 rougeoles

---

tout autre chose ». (Fonssagrives.) Comment en serait-il autrement dans un pays surtout dont les opinions en matière de philosophie, de politique, de littérature, d'art, etc., se transforment incessamment au gré des idées ou des sentiments qui y sont tour à tour en faveur ?

A ne parler d'abord que de ses manifestations les plus palpables, n'a-t-on pas vu la mode s'étendre aux dehors mêmes et jusqu'à la mise des médecins? Mme Necker, une femme d'esprit cependant, exigeait de Corvisart postulant un poste à l'hôpital qu'elle avait fondé, que le jeune esculape s'affublât avant tout du majestueux édifice capillaire qui ornait alors le chef de ses doctes confrères... Voir dans une perruque un symbole du savoir professionnel, ce n'était que plaisant, sans doute, et même à cette époque on ne se faisait pas faute de s'en moquer. Pourquoi faut-il qu'en nous affranchissant d'une étiquette surannée et de son attirail innocemment ridicule, nous n'ayons pas su, chose plus grave, secouer du même coup le joug de la mode dans la pratique de notre art! Quel nom donner, en effet, à « ces engouements enthousiastes et irréfléchis pour certaines médications qu'on voit, disait le regretté Gubler, apparaître périodiquement, et auxquelles on attribue pendant quelque temps le caractère d'une découverte, après quoi on n'en entend plus parler »; aussi dédaignées qu'un almanach de l'an passé, et laissant leurs prôneurs confondus du peu de temps qui s'est écoulé entre leur règne et leur abandon? « Dépêchez-vous de le prendre pendant qu'il guérit, » disait spirituellement un praticien célèbre à la malade qui le consultait sur l'efficacité d'un remède nouvellement vanté. Je ne rappelle ce mot bien connu que parce qu'il caractérise au mieux la valeur des réputations qui se font en ce genre. Des recettes infaillibles célébrées par Sévigné en vingt passages de son immortelle correspondance, quelles sont celles qui lui ont survécu ? On dira que la grande épistolière n'a jamais fait autorité dans la science; cependant il a souvent suffi du prestige exercé sur ses contemporains par un écrivain de génie pour opérer dans les mœurs, dans l'hy-

14 diphthéries, 6 cas de syphilis héréditaire, 1 scarlatine, 2 phlegmons gangréneux. Les observations de M. Parrot ne sont pas seulement intéressantes au point de vue médico-légal, car elles ont eu plus particulièrement pour but d'élucider la pathogénie des ecchymoses sous-pleurales ; et à cet égard nous aurons à revenir sur plusieurs points qu'il a mis en lumière ; pour le moment, il nous suffit de faire remarquer que sur 42 cas l'affection primitive et principale a été 36 fois la pleurésie ; 29 sujets étaient atteints de pneumonie lobulaire avec pleurésie.

Nous terminons ici cette première partie de notre étude ; il nous était nécessaire de résumer les faits cliniques et médico-légaux, avant de rechercher si l'anatomie et la physiologie peuvent, en expliquant le mécanisme de ces lésions, nous faire comprendre comment on a pu tour à tour invoquer l'expérimentation en faveur de la spécificité des ecchymoses sous-pleurales dans la suffocation, ou au contraire trouver dans l'expérimentation les arguments les plus opposés à la théorie de Tardieu.

A. Hénocque.

(*A suivre.*)

Traitement du prolapsus rectal et hémorroïdaire par les injections d'ergotine.

Dans la dernière séance de la Société de thérapeutique (voy. p. 12), MM. Ferrand et Vidal ont soulevé une discussion des plus intéressantes et des plus importantes au point de vue du traitement du prolapsus rectal et hémorroïdaire. Il s'agissait d'une malade traitée par M. Ferrand, chez laquelle tous les moyens thérapeutiques avaient échoué : la réduction était longue, douloureuse, toujours incomplète, et le prolapsus se reproduisait au moindre mouvement. Alors M. Ferrand eut l'idée de faire dans le paquet hémorroïdaire lui-même une injection avec une solution d'ergotine : l'amélioration fut telle que des injections furent faites de nouveau, et dès la troisième, non seulement la malade pouvait marcher et descendre ses escaliers sans provoquer l'issue du rectum et des hémorroïdaires ; mais encore, après la défécation, la réduction de la tumeur se faisait presque sans difficulté, par une simple contraction des sphincters. M. Vidal, de son côté, a apporté trois observations de malades traités par lui en 1876 et en 1878 par le même procédé ; le résultat a été identique. La question devant être reprise prochainement par M. Vidal, nous nous contentons d'attirer l'attention des lecteurs sur la communication si importante de M. le docteur Ferrand, sauf à y revenir d'une façon plus complète au moment de la communication de M. Vidal.

Dr Joseph Michel.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De l'action æsthésiogène du vésicatoire, par le docteur J. Grasset, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin de l'Hôpital général.

On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de l'action æsthésiogène des plaques métalliques, de l'aimant, etc., et on a soigneusement étudié les circonstances, un peu étranges, qui accompagnent ou suivent le retour de la sensibilité sous leur influence.

Les *vésicatoires* peuvent exercer une action du même ordre, sur laquelle on n'a guère attiré l'attention. J'ai eu l'occasion de la constater et de l'étudier avec soin tout récemment : cette action æsthésiogène est intéressante à plus d'un titre. Par certains points elle se rapproche de la métallothérapie, dont elle étend le domaine ; par d'autres elle s'en écarte, au contraire. En tout cas, c'est un point qui nous paraît mériter d'être signalé dès aujourd'hui à l'attention des cliniciens.

Je ne crois pas que rien ait été publié encore sur ce sujet (1). Seulement il y a eu, dans les hôpitaux mêmes de Montpellier, quelques essais qui ont ouvert la voie. Mais comme ils étaient antérieurs aux recherches récentes sur la métallothérapie, ils sont très incomplets. Nous les résumerons cependant dans un premier paragraphe, à titre d'historique ; puis nous exposerons dans les deux autres paragraphes nos recherches de ces derniers temps.

(1) Quand j'ai communiqué à la Société de médecine de Montpellier les faits qui font l'objet de cette note, mon collègue M. Carrieu en a rapproché l'observation très curieuse de Theden (*Neue Bemerkungen und Erfarungen*, Berlin, 1782, n° XXII), que Barthez rapporte et qui, jusqu'à présent, n'était guère lue qu'avec un sourire sceptique : « Une malade ayant le bras droit paralytique, on y appliqua un vésicatoire. Cet emplâtre n'opéra point sur l'endroit où il fut mis, mais bien sur le bras gauche, au lieu correspondant, où il excita de la rougeur et de vives douleurs pendant tout le temps qu'il resta au bras opposé. Cependant la paralysie de ce membre se dissipa et se jeta sur le bras gauche. On appliqua également sur celui-ci un vésicatoire dont l'action se porta semblablement au bras droit et y causa de la rougeur et de la douleur. La paralysie des deux bras étant guérie, les vésicatoires n'eurent plus rien de particulier dans leurs effets. » (*Nouv. élém. de la science de l'homme*, t. 1, p. 386, en note). — Ce qui prouve qu'il ne faut jamais se moquer de rien ni de personne, quand il s'agit de faits observés.

giène, dans le traitement même de certaines maladies, des réformes que des savants plus autorisés n'auraient pu obtenir. C'est ainsi qu'abandonné longtemps à des mercenaires, l'allaitement maternel redevint à la mode lorsque parut l'*Emile*. Cette instabilité dans les usages ou dans les goûts du public a, du reste, son bon côté. C'est à elle beaucoup plus qu'à la croisade, très-louable au surplus, entreprise par les sociétés de tempérance qu'on devra tôt ou tard, espérons-le ! l'abandon de l'absinthe, du cigare, etc. De même il est fréquemment arrivé qu'un livre mît à la mode une maladie plus ou moins récemment décrite et l'heureux praticien auquel on en rapportait la paternité. Ainsi en advint-il, au dix-huitième siècle, des traités de Pomme et de Whytt sur les maladies des nerfs. Corvisart ayant éveillé l'attention sur les affections organiques du cœur, chacun se crut menacé d'un danger de ce genre. Sous le règne de Broussais on n'avait pas seulement banni du traitement vomitifs et purgatifs, toniques et stimulants, comme exerçant une action irritante sur la muqueuse digestive ; les condiments les plus inoffensifs étaient eux-mêmes bannis des tables. On voyait les malades palper leur épigastre, tirer chaque matin leur langue devant un miroir, et blêmes, à bout de force, livrer en pâture aux bêtes le peu de sang qu'il leur restait. Aujourd'hui, curieux contraste ! on ressent une sorte d'effroi pour une opération consacrée par une tradition immémoriale et par l'autorité des plus grands noms. On sait des élèves sortis de la clinique de tel professeur hématophobe sans avoir eu l'occasion de pratiquer une saignée. On voit des malades crevant de pléthore se plaindre d'anémie, réclamer avec instance le fer et le vin de quinquina ; maintes jeunes femmes à l'aspect florissant, aux formes splendides, courir vers les plages maritimes dans l'espoir d'y faire refleurir les roses d'un teint qu'ont pu faner quelque peu les fatigues de la vie mondaine.

Il faudrait connaître bien peu la nature humaine pour s'étonner outre mesure de ces changements à vue. Ce serait oublier combien il y a, de par le monde, de naïfs dont la

I

C'est M. le professeur Estor qui, dans son service de l'Hôpital général, a constaté le premier les effets æsthésiogènes du vésicatoire, dans les circonstances suivantes (1).

Basile F., né en 1802, présentait une hémianesthésie *droite*, dont le début se fit rapidement, mais non brusquement, au mois de juin 1873 : tableau complet de l'hémianesthésie d'origine cérébrale avec hémiparésie, quelques mouvements involontaires du même côté et sueurs du côté opposé. On applique un vésicatoire pour une pleurésie survenue du côté anesthésié. « On remarqua que la sensibilité était revenue autour du vésicatoire. On en appliqua d'autres dans divers points, et la sensibilité reparut peu à peu dans tout le côté. » Tous les phénomènes disparurent dans le côté, et pendant deux mois rien de particulier ne fut noté.

Tout à coup, au mois d'octobre 1873, la sensibilité disparut du côté *gauche*. Mêmes phénomènes que précédemment, mais du côté opposé. En mai 1874, apparaît une névralgie intercostale gauche que l'on traite par les vésicatoires. « La sensibilité paraît revenir en ces points, ou mieux les perturbations diminuent à mesure qu'on se rapproche du rachis. On ordonne deux vésicatoires (de chaque côté du rachis) entre les épaules ; mais la sensibilité étant assez bien revenue en ces points, le malade ne veut pas se soumettre à cette médication. »

Dans les examens ultérieurs, on constate l'hémianesthésie complète du côté gauche. C'est l'état dans lequel nous retrouverons tout à l'heure ce malade (car c'est l'un des deux sujets sur lesquels ont porté nos expériences récentes). Ajoutons, comme dernier détail (qui n'est pas indifférent), que le 12 juillet 1874 on le soumit à la faradisation : l'insensibilité électrique fut constatée complète, et l'anesthésie ne paraît pas en avoir été modifiée.

Ce fait n'a pas été publié. M le professeur Fonssagrives, qui avait soigné ce malade après M. Estor, le mentionne seulement dans son *Traité de thérapeutique* (2).

Connaissant ces premiers résultats, nous avons essayé nous-même ce moyen chez un malade de l'hôpital Saint-Eloi, où nous étions alors chef de clinique médicale (3).

Le nommé Honoré était entré à l'hôpital pour des accidents douloureux représentant assez bien les crises gastralgiques de l'ataxie locomotrice, quand, le 5 août 1876, nous constatâmes pour la première fois une anesthésie paraplégique, du genou jusqu'en bas, des deux côtés. Le 7, la sensibilité commença à revenir spontanément et est redevenue normale le 9. Le 12, il prend une douche, et le soir l'anesthésie réapparaît et est absolue le 13 ; il marchait en traînant les jambes, surtout la gauche.

Le 21, les choses étant ainsi, on met un vésicatoire au niveau de la patte d'oie de chaque côté, en pleine région anesthésiée. Le soir, il est dans l'impossibilté absolue de faire aucun mouvement avec les membres inférieurs ; il ne peut mouvoir ni la cuisse, ni la jambe, ni le pied, ni les orteils. En même temps douleur très-vive dans les deux genoux. Quand on déplace le membre avec la main ou qu'on appuie sur l'articulation, la douleur devient excessivement vive, au point, dit-il, de lui arrêter la respiration. L'anesthésie est la même. Mais le lendemain 22 la sensibilité est entièrement revenue. Incomplète le matin, elle est, le soir, ce qu'elle était avant toute maladie ; l'impuissance motrice de la veille a complètement disparu, les douleurs des genoux également. Il marche assez bien, conserve seulement de la faiblesse dans les jambes, surtout dans la gauche.

Le soir du 23, réapparition de l'anesthésie sans cause occasionnelle connue. Le 24, l'anesthésie étant complète, on applique deux mouches de Milan sur la région insensible ; mais on n'obtient aucun effet. Le 25, on constate en plus chez lui, et pour la première fois, une hémianesthésie gauche complète. C'est dans cet état qu'il passe à l'Hôpital général, où nous le retrouverons un peu plus loin.

Voilà les observations qui établissaient l'action æsthésiogène du vésicatoire avant nos recherches actuelles. On voit facilement qu'elles sont très incomplètes et absolument insuffisantes pour établir des conclusions peu précises. De là l'utilité des expériences personnelles dont il me reste maintenant à faire connaître les résulats.

II

L'exposé qui précède n'était pas seulement nécessaire pour indiquer l'historique ; il servira en outre à faire connaître sommairement les antécédents pathologiques de nos deux malades. Car c'est pour ces mêmes sujets, aujourd'hui dans notre service à l'Hôpital général, que nous avons institué nos recherches.

Voici comment notre attention a été attirée sur ce point.

Honoré (le second malade dont nous avons parlé dans le précédent paragraphe) présentait toujours une hémianesthésie gauche complète, compliquée d'anesthésie remontant à la jambe droite jusqu'au-dessous de genou ; ses crises doulou-

(1) Les renseignements qui suivent sont extraits d'une observation très complète du malade, rédigée par M. Carrieu, alors interne à l'Hôpital général.

(2) Chez ce malade, dit M. Fonssagrives, « un vésicatoire appliqué un peu empiriquement, pour combattre une pleurodynie, avait été le signal du retour de la sensibilité à sa périphérie. Informé de ce fait, j'ai employé ce moyen au bras et à la jambe, et j'ai constaté que la sensibilité reparaissait très rapidement dans ces membres, en partant du vésicatoire comme centre. » (*Traité de thérapeut.*, t. 1, p. 6.)

(3) Les notes qui suivent, sur ce malade, sont extraites de l'observation prise avec beaucoup de soin par M. Apolinario, interne des hôpitaux. Nous avons déjà parlé de ce malade curieux dans la *Gazette hebdomadaire* (1878, n°).

---

crédulité se prend aux amorces de la réclame ; d'enthousiastes épris de tout ce qui s'annonce avec le caractère du merveilleux ou du mystère ; d'hypochondriaques ou de malades qu'on ne guérit pas, et qui saluent l'apparition d'un remède comme un naufragé celle d'une voile à l'horizon ; sans parler de cette fraction imposante du grand public auquel il faut des choses nouvelles, n'en fût-il plus au monde, pour remplacer celles qu'on lui sert depuis dix ou quinze ans. Il y a pis que cela : ce public fait bon nombre de recrues au sein même de la Faculté...

Iliacos intrà muros peccatur et extrà.

La cause n'en est pas aussi surprenante qu'elle peut le paraître au premier abord ; elle est d'abord dans la faveur qu'obtient ordinairement, même chez des hommes intelligents, la nouveauté, quand on l'assimile à l'idée captieuse de progrès. Je vis, un jour, accourir à ma visite d'hôpital un mien collègue (le docteur C., mort il y a peu de temps en laissant une réputation méritée de savoir et d'habileté). Il venait me parler de faits étranges auxquels il avait assisté, et qui étaient, disait-il, de nature à révolutionner la science (*sic*) ; dans son enthousiasme de néophyte, il tenait beaucoup à m'en rendre témoin. Or, il s'agissait *des tables tournantes !* Inutile d'ajouter que le confrère reconnaissant un peu tard qu'on l'avait mystifié ne m'en reparla plus dans la suite. Un praticien qui se respecte ne peut rester en arrière de son temps. La crainte de paraître étranger aux découvertes qui préoccupent nos contemporains nous pousse à en faire des premiers l'application ; sorte de course au clocher, d'émulation contagieuse où le charlatanisme professionnel trouve merveilleusement son compte. Il est si avantageux de se laisser aller au courant de la popularité, en ne visant qu'à flatter les caprices du client ! Il est si commode de trouver une formule toute faite pour toutes les indications ! Ce médecin d'hôpital auquel on faisait dire plaisamment jadis : « Saignez ce côté-ci, purgez ce côté-là », me revient,

reuses étaient beaucoup moins fréquentes depuis quelque temps, et il était dans un état de santé relativement satisfaisant (1). Nous avons essayé à plusieurs reprises chez lui de ramener la sensibilité avec l'électricité, avec l'or ou l'argent monnayés, avec un aimant; nous n'avons jamais rien obtenu. L'aimant, qui resta appliqué vingt minutes sur l'avant-bras, détermina seulement, dans le reste de la journée, une sorte d'engourdissement pénible de tout le côté gauche, engourdissement qui persistait encore le lendemain.

Sur ces entrefaites, il nous montre, le 25 novembre matin, une arthropathie du genou gauche, dont il avait commencé à s'apercevoir l'avant-veille, et constituée surtout par une hydarthrose assez considérable, sans rougeur, ni chaleur. Nous prescrivons un vésicatoire qui est appliqué vers neuf heures et demie du matin à la partie interne de ce genou.

Vers cinq heures du soir, il éprouve quelque douleur au niveau de ce vésicatoire. Dans la nuit, vers onze heures, son attention est attirée sur le membre inférieur gauche par quelques mouvements involontaires dont il est le siège; le malade essaye alors de remuer spontanément son pied et ses orteils, et, à son grand étonnement, il y parvient; ce qu'il n'avait pas fait depuis plus de trois ans.

Le lendemain matin, 26, nous explorons la sensibilité et nous la trouvons entièrement rétablie dans tout le membre inférieur gauche. Alors que depuis trois ans et demi on pouvait traverser impunément la peau de ce membre avec une épingle, sans qu'il dît rien, il sentait aujourd'hui le contact des couvertures, le froid d'un verre en métal, la moindre piqûre d'épingle, le moindre pincement, etc. Il y avait une hyperalgésie manifeste au niveau du vésicatoire et dans la zone qui l'entourait immédiatement. La sensibilité était revenue dans tout le membre inférieur jusqu'au niveau du triangle de Scarpa environ.

Ce fait, bien constaté, tendait à rapprocher l'action du vésicatoire de celle des métaux et de l'aimant. Or, en métallothérapie, on a observé à la Salpêtrière le phénomène curieux du transfert; c'est-à-dire que la sensibilité disparaissait dans le côté sain en même temps qu'elle reparaissait dans le point symétrique du côté anesthésié. Le transfert a même été constaté à l'état physiologique par Eulenberg et par d'autres, après des exagérations ou des diminutions unilatérales, artificielles, de la sensibilité normale.

Il était intéressant de rechercher si un phénomène analogue ne se produisait pas lors de l'application du vésicatoire.

Le premier jour du retour de la sensibilité, 26, il nous parut, à un examen du reste un peu rapide, que la sensibilité du genou droit n'était pas modifiée (l'anesthésie persistant à droite au-dessous du genou).

Mais le lendemain, 27, nous avons constaté à droite une anesthésie complète occupant toute la face interne du genou, la moitié de la face externe; la limite supérieure étant à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule : cette zone d'anesthésie était donc plus grande que la plaie du vésicatoire. Elle correspondait assez exactement à la zone d'hyperalgésie constatée à la jambe gauche.

L'état du membre inférieur gauche était du reste à peu près le même que la veille; cependant la sensibilité devenait obtuse vers la moitié de la cuisse, c'est-à-dire plus bas que la veille. La motilité du pied et des orteils était la même.

Le soir de ce même jour, à six heures, Honoré ressent des fourmillements dans tout le pied gauche et s'aperçoit qu'il ne peut plus remuer les orteils et le pied (comme avant le vésicatoire).

Le 28 matin, toute espèce de sensibilité a disparu dans tout le membre inférieur gauche, sauf au niveau du vésicatoire (qui est sec et simplement rouge) et sur une petite étendue autour du bord supérieur de celui-ci. Au genou droit, même zone d'anesthésie, un peu restreinte à sa face externe.

Le soir, à quatre heures, au niveau du vésicatoire, la sensibilité paraît moins vive que le matin; l'anesthésie symétrique n'existe plus que dans un point fort restreint de la partie inférieure de la face interne du genou. Le gonflement de l'articulation du genou gauche a, du reste, beaucoup diminué; on perçoit quelques craquements sous l'influence des mouvements.

Le 29, même état. La zone de sensibilité répondant au vésicatoire (seule persistante à gauche) semble un peu rétrécie par le bas. Le soir, vives douleurs sur toute l'étendue du vésicatoire, exagérées par la pression même légère.

Le 30, même état du membre gauche. La sensibilité est revenue dans le membre droit, exactement ce qu'elle était avant le vésicatoire : anesthésie au-dessous du genou.

Le 1er décembre, la sensibilité persiste encore à gauche sur toute la surface du vésicatoire et sur une mince bande de peau qui longe son bord inférieur et externe. Le 2 décembre, elle ne persiste plus qu'au niveau même du vésicatoire; encore devient-elle progressivement obtuse, et au bout de peu de jours disparaît entièrement.

Aujourd'hui, 17 décembre, le malade est absolument (au point de vue de la sensibilité) dans le même état qu'avant l'application du vésicatoire.

Ce fait me paraît curieux. Il établit d'abord nettement ce que l'observation de M. Estor, en 1873, et la nôtre, en 1876, avaient déjà indiqué : l'action æsthésiogène du vésicatoire.

(1) Je ne parle pas ici d'attaques très curieuses que présente ce malade toutes les fois que, les yeux étant fermés, il essaye de faire un mouvement avec le bras gauche : il perd absolument connaissance, et les membres, surtout les gauches, sont dans un état de rigidité, cataleptiforme autrefois, rentrant plutôt aujourd'hui dans le groupe des contractures. Ces attaques lui enlèvent la mémoire de ce qui s'est passé immédiatement avant.

---

l'avouerai-je? à la mémoire, lorsque je vois tel praticien de nos jours prescrivant le fer et le vin de quinquina partout et toujours...

Que s'il est question de doctrines, est-il un praticien ayant le privilège, si c'en est un, d'avoir célébré sa cinquantième année de doctorat, qui n'ait assisté à la grandeur et à la décadence de maints systèmes regardés naguère comme le *fiat lux* de l'art? Supposez un confrère né à l'aurore de ce siècle. S'il est de robe médicale, il a entendu raconter à son père de quelle faveur jouissaient encore, malgré Molière et jusqu'à la fin du dix-huitième siècle, la thérapeutique saignante et purgeante abritée sous les traditions de l'humorisme; puis les toniques prescrits dans la presque totalité des maladies par ce Brown qui incendiait, a-t-on dit, ses malades pour les fortifier; enfin, comme une protestation contre les tendances extrêmes, l'expectantisme mitigé de Pinel, la moins défectueuse de ces conceptions théoriques. Entré lui-même, vingt ans plus tard, dans la carrière, notre jeune néophyte a entendu le fondateur de la doctrine physiologique professer, aux applaudissements enthousiastes de son jeune auditoire (*semel insanavimus omnes*) que l'immense majorité de nos maladies est de l'ordre des phlegmasies; que la gastrite est comme la pierre angulaire de la pathologie, et que les sangsues en sont le remède par excellence. (C'était l'époque où l'on consommait 400 000 de ces hirudinées dans les seuls hôpitaux de Paris.) A cette médication renouvelée d'un personnage bien connu de Lesage (et sans parler du *rasorisme*, de la *doctrine chimique*, de l'*homéopathie*, du *magnétisme*, etc.), notre confrère a vu se succéder au bout de quelques années, sous les auspices des anatomo-pathologistes qui avaient mis les recherches nécroscopiques en grande faveur, une sorte d'éclectisme non sans parenté avec celui que V. Cousin avait accrédité en philosophie. Dans cette période empreinte d'une sorte de scepticisme fataliste en matière de thérapeutique, les produits de la matière médicale déjà frappés d'interdit par Broussais ne figuraient guère que pour

Il démontre même cette action d'une manière précise et scientifique.

De plus, il précise les conditions du retour de la sensibilité. Cette disparition de l'anesthésie a été *transitoire* et s'est accompagnée de *transfert*.

Cette particularité rapproche le vésicatoire des plaques métalliques et de l'aimant. Mais deux points doivent être relevés qui séparent au contraire l'action du vésicatoire des autres actions analogues.

D'abord ce caractère transitoire et le phénomène du transfert n'ont guère été observés, en métallothérapie, que chez les hystériques. Dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale ou toxique, l'effet de ces agents est en général permanent et ne s'accompagne pas de transfert.

Cette règle n'est pas absolue. Ainsi Vigouroux a observé « des exceptions très rares, il est vrai : d'une part, des hémianesthésies de cause cérébrale organique avec transfert; d'autre part, des hystériques sans transfert ». (*Année médicale*, 1878, art. *Métallothérapie*, p. 223.) D'autre part, M. Debove a vu, chez une hémianesthésique de cause organique, la sensibilité, ramenée sous l'influence de l'aimant, ne pas persister indéfiniment (Richer, *Progrès médical*, 1879, n° 46). MM. Proust et Ballet ont noté le même fait (Congrès d'Amsterdam, 1879, *Journ. de thérap.*, 1879, n° 21).

Il n'en est pas moins vrai que c'est là l'exception en métallothérapie. Notre malade ne paraît cependant pas être hystérique. Malgré la complexité de son état, et quelle que soit la lésion supposée (ramollissement, plaque de sclérose, etc.), il n'en est pas moins vrai qu'il présente toute la symptomatologie des lésions de la capsule interne. Si donc nous voulons rapprocher l'action du vésicatoire de celle des métaux et de l'aimant, nous devrons tout au moins ranger ce fait dans la catégorie des cas peu fréquents observés par Vigouroux, Debove, Proust et Ballet.

Un second point à remarquer, c'est l'étendue de la plaque de transfert. La sensibilité n'a pas disparu à droite sur une étendue égale à celle sur laquelle elle est revenue à gauche. Tandis que l'anesthésie disparaissait à gauche sur toute la hauteur du membre inférieur, la sensibilité ne reparaissait à droite qu'au genou, c'est-à-dire dans une région correspondant à la zone d'*hyperalgésie* gauche. C'est là un fait à noter et qui n'est pas habituel en métallothérapie.

Cette particularité remet immédiatement en mémoire la théorie que Vulpian a émise pour expliquer l'hémianesthésie croisée dans l'hémiparaplégie spinale de Brown-Séquard : « ... On est amené à considérer l'anesthésie croisée, produite par les lésions médullaires, comme une sorte d'effet de l'hyperesthésie directe due à ces lésions. L'affaiblissement de la sensibilité dans les parties situées du côté opposé à une lésion unilatérale de la moelle et en arrière de cette lésion me paraît lié, par une étroite connexité, à l'exaltation de la sensibilité dans les parties situées du côté de la lésion. Il semble que l'exaltation de l'excitabilité d'une moitié de la moelle ne puisse pas avoir lieu sans une dépression corrélative de l'excitabilité des parties homologues de la moitié opposée de l'organe. Ce balancement physiologique des deux moitiés de la moelle épinière se retrouve, je crois, dans le fonctionnement de l'isthme de l'encéphale... » (Art. Moelle, in *Dict. encyclop.*, p. 413.)

Il n'y a qu'à généraliser cette hypothèse de Vulpian pour avoir la théorie du transfert, quoique ce phénomène ne fût pas encore découvert à l'époque où ces lignes ont été écrites (1874).

III

J'arrive maintenant au second malade, chez lequel le vésicatoire a également fait disparaître l'anesthésie, mais dans des conditions absolument différentes.

Il s'agit de Basile F..., le premier sujet dont nous avons parlé dans le premier paragraphe.

Le 4 décembre, nous faisons un examen complet le matin, et constatons une hémianesthésie complète de tout le côté gauche (pression, piqûre, chaleur, ouïe, odorat); il ne sent absolument rien; réflexes bien conservés. Hémiparésie du même côté : 3 au dynamomètre à gauche, 26 à droite; il ne peut pas mettre sa main derrière le dos; il ne peut la placer sur la tête qu'en inclinant celle-ci; la jambe gauche faiblit quand il marche. Il a quelques fourmillements de temps en temps dans ce côté et remue alors les doigts (sorte de tic). Rien à droite. Aveugle. Très bon état général.

Un vésicatoire est appliqué ce même jour, à six heures et demie du soir, à la partie externe du bras gauche, au-dessous de l'insertion deltoïdienne.

Le 5, à neuf heures et demie du matin, quinze heures après l'application, il n'a pas encore senti le vésicatoire. Au bras, entre le pli du coude et le sparadrap (qui recouvre l'emplâtre et le déborde de 2 centimètres), il faut traverser la peau de part en part avec une épingle pour déterminer une sensation qu'il compare à une piqûre de puce et localise mal. Au niveau du vésicatoire, qui, bien que n'ayant pas encore déterminé de phlyctène, a fortement rubéfié la peau, anesthésie complète, ainsi qu'à la face interne et postérieure du bras, sauf une bande le long du bord antérieur du sparadrap, où il sent légèrement, comme au-dessous du vésicatoire. Au-dessus de ce dernier, anesthésie complète. A la face antérieure de l'avant-bras, les piqûres sont nettement perçues et localisées, ainsi qu'à la face antérieure du poignet et de la main : tous les modes de sensibilité sont revenus. A la face postérieure de la main et du poignet, sensibilité également revenue, ainsi que dans les deux tiers inférieurs de la face postérieure de

---

mémoire dans les bocaux des pharmaciens, et derrière les vitrines de la Faculté, où les élèves venaient les contempler, à la veille de l'examen, ainsi que les collections de fossiles au Jardin des Plantes. Mais en présence des progrès accomplis par la physiologie expérimentale et par la chimie organique, ce solidisme trop exclusif devait être débordé lui-même. L'analyse du laboratoire, les instruments de précision, vont désormais occuper une place considérable dans la pathogénie et le diagnostic. L'étude du sang et de ses altérations devient l'objet des préoccupations générales.

Rien de plus curieux que l'évolution accomplie dans la pratique médicale sous l'influence de ces recherches. Au temps de la première invasion, on voyait avec stupeur les médecins russes traiter les maladies aiguës par l'eau-de-vie. Peu s'en fallut qu'on n'attribuât à un reste de barbarie moscovite une médication aussi en dehors des idées reçues. Ce traitement n'ayant pas, après tout, les conséquences constamment funestes qu'on aurait pu en attendre, on en concluait la vérité du vieil adage : « *Pessimâ methodo non omnes trucidantur* »; ce qui revient à dire avec les sceptiques qu'on guérit indifféremment par tous les traitements. D'autres, en plus grand nombre, expliquaient cette innocuité par des circonstances particulières de race, de tempérament, d'habitudes, ou comme une conséquence nécessaire des changements accomplis dans les mœurs, l'éducation, et peut-être dans les conditions météorologiques du globe. C'est ainsi qu'un médecin réputé, Abernethy, croyait pouvoir attribuer le nombre croissant des maladies nerveuses observées selon lui dans le premier quart de ce siècle, à un genre de vie plus efféminé, à des habitudes plus molles, à l'accroissement des occupations sédentaires, en un mot à une plus grande excitation cérébrale correspondant avec une diminution parallèle dans l'action musculaire. Comme ces considérations sont encore de celles qu'on met en avant pour expliquer les revirements de la thérapeutique contemporaine, voyons ce qu'elles valent :

l'avant-bras. Le tiers supérieur de l'avant-bras (face postérieure) présente, au contraire, une anesthésie complète. Au dynamomètre, 21 à gauche, 24 à droite. Pas de modifications dans l'anesthésie du reste du côté gauche, ni dans la sensibilité du côté droit.

Il commence à sentir son vésicatoire à deux heures après midi (dix-neuf heures et demie après l'application). A partir de ce moment, il a remarqué qu'il sentait au-dessus du vésicatoire et dans le creux axillaire.

A quatre heures, mon chef de clinique, M. Blaise, constate dans tout le membre supérieur gauche un retour complet de la sensibilité, sans hyperalgésie ni transfert (même au niveau du vésicatoire). Limites de la sensibilité : en avant, ligne verticale partant du sommet de l'acromion et laissant en dehors toute la paroi antérieure de l'aisselle; en arrière, ligne verticale partant du même point pour aboutir au sommet de l'angle formé par le bras et le tronc; en bas, ligne reliant sous l'aisselle l'extrémité inférieure des deux précédentes. Au niveau de l'acromion, la zone de sensibilité à la piqûre paraît plus étendue de 2 centimètres environ que celle de la sensibilité au contact. Température (aux avant-bras) : 35,1 à droite, 33 à gauche. Mouvements plus faciles : il met la main sur la tête, derrière le cou, mais pas derrière le dos. On enlève le vésicatoire.

Le 6, à neuf heures du matin, la zone de sensibilité s'est un peu agrandie à la racine du membre. En avant, la limite est une ligne parallèle à celle de la veille, passant à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la clavicule; en arrière, la limite d'hier est avancée de 2 centimètres environ vers la ligne médiane. Aucun phénomène de transfert. Rien dans le reste du côté anesthésié.

A partir de ce moment, la sensibilité a persisté complète dans tout le membre supérieur gauche jusqu'aujourd'hui 17 décembre, c'est-à-dire depuis douze jours.

Ce résultat est très remarquable. Le retour de la sensibilité s'est fait, comme pour Honoré, dans tout le membre sur lequel on a appliqué le vésicatoire, et non dans tout le côté anesthésié; mais c'est là le seul point commun.

Ici le résultat a été *permanent* et ne s'est accompagné d'aucun phénomène de *transfert*, tandis que chez Honoré le résultat a été transitoire et avec transfert. En parlant le langage de la métallothérapie, on peut dire que, en présence du vésicatoire, Honoré a présenté la réaction de l'hémianesthésie hystérique, et Basile celle de l'hémianesthésie cérébrale.

D'autre part, la marche suivie par la sensibilité dans sa restauration a été très remarquable. Cette marche a été évidemment centripète. Le malade a commencé à sentir à la main, au poignet et à la face antérieure de l'avant-bras; la sensibilité était très parfaitement revenue en ces points, alors qu'elle était revenue seulement d'une manière très imparfaite au pli du coude (en avant), et que l'anesthéste avait persisté dans tout le reste du membre supérieur. Ce n'est que plus tard que la sensibilité a définitivement envahi tout le membre supérieur jusqu'à sa racine, qu'elle n'a pas dépassée.

Chose encore plus curieuse (et qui me paraît bien difficile à expliquer avec nos données actuelles de physiologie), la sensibilité était revenue à l'extrémité du membre supérieur alors que la région même du vésicatoire était encore insensible; à ce niveau la peau était rouge, les piqûres saignaient facilement et le sujet ne les sentait pas, tandis qu'avec ses doigts il avait les diverses sensations normales. Je ne sais si l'on a noté quelque chose de semblable en métallothérapie.

Un dernier point intéressant est le défaut de rapport entre la sensibilité restaurée et les divers territoires nerveux. Quand l'action a été complète, on peut dire qu'elle a assez régulièrement atteint le domaine du plexus brachial; mais, dans sa phase intermédiaire, la distribution de la sensibilité ne correspond nullement à la distribution des nerfs du bras. C'est quelque chose d'analogue à ce que l'on a constaté dans la paralysie saturnine, par exemple, dont la distribution semble correspondre plutôt aux domaines vasculaires qu'aux domaines nerveux. C'est là encore un détail sur lequel je ne crois pas qu'on ait insisté en métallothérapie.

Encouragé par ces résultats, nous avons fait le même essai sur le membre inférieur gauche du même malade.

Le 11 décembre, le vésicatoire du membre supérieur étant absolument sec et l'état de la sensibilité y persistant comme ci-dessus, nous constatons l'anesthésie absolue du membre inférieur gauche, et faisons appliquer un vésicatoire à la partie inférieure et interne de la cuisse (à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur); il est placé à neuf heures et demie du matin.

A neuf heures du soir il n'y a encore rien de nouveau. Notre interne, M. Brousse, constate l'anesthésie de tous les points du membre inférieur (comme le matin). A neuf heures et demie, le malade sent son vésicatoire qui pique. Vers dix heures, il sent les couvertures sur le pied; après cela, dit le malade, la sensibilité est revenue graduellement (pendant la nuit) dans le reste du membre inférieur.

Le 12 au matin, nous constatons le retour de la sensibilité dans tout le membre inférieur gauche. La limite supérieure est: en avant, une ligne horizontale correspondant au milieu du pli de l'aine, et en arrière, une ligne horizontale allant du grand trochanter au sacrum. Cette limite est, du reste, un peu diffuse. La sensation de corps mou sous le pied gauche a beaucoup diminué, sans avoir cependant complètement disparu. La sensibilité semble, du reste, plus parfaite dans les parties supérieures du membre inférieur que dans les parties inférieures (à l'inverse de ce qui s'est produit pour le membre supérieur). Le 14, M. Brousse a noté des phéno-

---

1° A supposer que le tempérament d'un peuple, que sa constitution se modifie sous l'empire des changements qu'on observe dans ses mœurs, sa civilisation, etc., ces modifications pourraient-elles s'opérer dans un temps aussi court que celui qui sépare pour l'ordinaire une révolution médicale d'une autre? Il me paraît assez difficile d'admettre, par exemple, qu'à une certaine époque le tube intestinal se soit montré tout à coup aussi irritable chez des millions de Français, et que vingt ou trente ans plus tard leur sang se soit trouvé aussi universellement appauvri.

2° De telles révolutions qui, sous l'influence de causes analogues, devraient s'étendre à tout un continent, sont plus fréquemment partielles, spéciales à un pays. Ainsi tandis que la saignée était presque abandonnée en France, elle restait en honneur en Italie, en Espagne, etc. Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au delà.

3° Ces variations se retrouvent, abstraction faite des milieux, chez le même praticien, aux diverses phases de sa carrière, et sous l'influence des doctrines à la mode. Tel médecin qui était allé autrefois jusqu'à s'interdire la plupart des substances pharmaceutiques, ne craint pas aujourd'hui de prescrire l'eau-de-vie à tout venant dans la pneumonie. J'ai connu un exemple assez curieux de ce protéisme médical. C'était un de mes parents qui, à l'époque où le magnétisme sembla reprendre faveur, s'était pris d'enthousiasme pour cette pseudo-science, à laquelle il avait fait tous ses efforts pour me convertir. Vingt ans plus tard, il devenait l'un des plus fervents adeptes de l'homœopathie; à telle enseigne que dans une belle position de fortune et libre de toute attache, il partait pour Saint-Pierre (de la Martinique), certain, me disait-il, d'arracher par la vertu de ses globules la population de cette île à la fièvre jaune qui la décimait, et à laquelle il succombait peu de temps après son débarquement. Ce qui est particulièrement rare, c'est de voir de tels avatars associés à une conviction aussi robuste.

Mais on peut donner une raison plus valable de ces méta-

mènes de dysesthésie au cou-de-pied : un objet froid paraît chaud. Ce fait n'a pas été revu depuis.

Même état jusqu'aujourd'hui 17. Le malade sent dans le bras et la jambe gauches, et a une anesthésie absolue limitée au côté gauche du tronc, du cou et de la tête. Il éprouve d'assez vives douleurs au niveau du vésicatoire, dans tout le côté gauche, et quelquefois même dans le côté droit.

L'anesthésie a donc disparu dans le membre inférieur comme dans le membre supérieur, d'une manière permanente et sans transfert. Cependant il y a quelques différences dans la marche de la sensibilité dans les deux cas.

A la jambe, nous n'avons pas noté ce fait très curieux du vésicatoire encore insensible alors que la périphérie du membre avait recouvré sa sensibilité.

A la jambe, la sensibilité semble être de plus en plus parfaite au fur et à mesure qu'on va du bout des orteils vers le tronc, tandis qu'au bras c'est le contraire qu'on observe.

Enfin on a noté, une fois, au membre inférieur, des phénomènes de dysesthésie qui n'ont pas été observés au membre supérieur.

IV. — Résumé et conclusions.

1° Des faits encore peu nombreux, mais concordants, que nous avons réunis, il ressort que le vésicatoire a sur les membres anesthésiés une action æsthésiogène analogue à celle des métaux, des aimants, etc.

2° Le retour de la sensibilité s'est fait, sous l'influence de chaque vésicatoire, dans toute l'étendue du membre sur lequel le vésicatoire avait été appliqué, sans que les autres parties de la région anesthésiée en fussent influencées.

3° Ce retour de la sensibilité peut se faire suivant deux types bien différents : le type transitoire avec transfert, et le type permanent sans transfert.

4° Dans le cas où nous avons observé le transfert, la zone d'anesthésie provoquée n'avait pas une étendue égale à celle qu'occupait la sensibilité restaurée; elle correspondait seulement à une zone d'hyperalgésie, marquée sur le membre primitivement anesthésié, au niveau du vésicatoire et des parties immédiatement voisines.

5° Le malade chez lequel nous avons vu revenir la sensibilité d'une manière transitoire et avec transfert ne paraît pas être hystérique; au milieu d'un état symptomatique, du reste complexe, il présente tous les signes d'une hémianesthésie d'origine cérébrale.

6° Le second malade, qui a présenté le type permanent et sans transfert, paraît également atteint d'hémianesthésie cérébrale.

7° Chez ce dernier sujet, la sensibilité est revenue au membre supérieur en débutant par l'extrémité et en se rapprochant du tronc. Avant qu'elle eût envahi tout le membre, elle était plus parfaite à la main, au poignet et à la face antérieure de l'avant-bras, qu'au tiers inférieur du bras, où elle était obtuse, et qu'à la face postérieure de l'avant-bras, où elle était encore abolie. La distribution de la sensibilité à cette phase intermédiaire ne semblait nullement correspondre à la distribution des nerfs sensitifs de la peau.

8° A cette même phase intermédiaire, l'extrémité du membre supérieur était très sensible, alors que la plaie même du vésicatoire et son voisinage étaient encore absolument anesthésiés. La peau était rouge, les piqûres saignaient au niveau du vésicatoire sans que le malade les sentît, alors qu'au même moment la sensibilité était parfaite à la main.

9° Rien de semblable n'a été noté pour le membre inférieur. Quand nous avons constaté le retour de la sensibilité, elle occupait tout le membre inférieur. Elle semblait devenir de plus en plus parfaite au fur et à mesure qu'on allait des orteils vers la racine du membre.

10° Après l'action du vésicatoire à la cuisse, on a noté une fois des phénomènes de dysesthésie au cou-de-pied.

Ophthalmologie.

Sur une particularité que présente l'anisométropie, par le docteur Georges Camuset.

L'*anisométropie* (du grec ἀνίσος, inégal) indique cet état de la vision dans lequel les deux yeux n'ont pas un pouvoir réfringent égal. Il en est ainsi quand, l'un des yeux étant normal, l'autre est myope, hypermétrope ou astigmatique; ou encore lorsque le degré de l'anomalie n'est pas le même dans les deux yeux. Un exemple remarquable d'anisométropie est fourni par les sujets dont un des deux yeux a été opéré de la cataracte, tandis que l'autre est resté normal.

L'anisométropie est un état assez fréquent; mais la différence de réfraction est quelquefois si peu marquée qu'elle éveille à peine l'attention, surtout si cette différence se manifeste dans des yeux presque emmétropes. Pour les myopes, la différence, lorsqu'elle existe, se manifeste quand le sujet se choisit les lunettes dont il a besoin pour voir nettement au loin. Pour les faibles degrés d'hypermétropie, la différence reste le plus souvent ignorée jusqu'au moment où, la presbytie survenant, il devient nécessaire de prendre des lunettes pour voir nettement de près.

En général, quel que soit le degré de l'anisométropie, la vision binoculaire a lieu et les deux images se superposent, bien que l'une soit plus confuse que l'autre. J'ai observé nombre de personnes affectées d'anisométropie à un très-haut degré, chez qui le regard *se posait* aussi fermement que si leurs yeux eussent été parfaitement normaux. Chez quelques

---

morphoses. Nous ne pouvons sacrifier au dieu Terme, et comme l'a dit un poète :

L'homme absurde est celui qui ne change jamais.

Il est certain que la médecine progresse; qu'étant dans un perpétuel *devenir* elle doit avoir ses révolutions, comme la physique, la chimie, etc. Comment assigner un terme à ces changements, puisqu'ils tiennent à la perfectibilité de nos connaissances? Tout phénomène a sa loi, toute loi a sa cause; et, pour en revenir à notre point de départ, pourquoi faire dépendre de mobiles frivoles, enfants du caprice, les évolutions d'une science progressive par essence? comment n'y voir que les révolutions du goût, le résultat de l'attrait que la nouveauté exerce sur les foules? N'exagérons rien. Si l'instabilité, la vogue passagère de certaines pratiques, ne s'expliquent pas complètement par les progrès de la science ; s'il faut bien admettre l'influence parasitaire de la mode sur nos agissements, avouons cependant la nécessité de remonter plus haut dans l'ordre de génération des faits scientifiques pour en interpréter les grandes vicissitudes. Puisque la médecine est subordonnée dans son histoire au mouvement qui emporte l'esprit humain vers la recherche de la vérité, concluons-en qu'ici comme en philosophie « la destruction des systèmes est la vie, le mouvement, le progrès même. » (V. Cousin.) C'est, en effet, dans le parallélisme constant des destinées de cette science et de la nôtre qu'on trouve l'explication la plus large des révolutions qui se succèdent dans l'art de guérir. Ne soyons pas trop surpris d'y rencontrer de nos jours des esprits enthousiastes, persuadés que nous avons trouvé dans les données de sciences elles-mêmes en voie de formation le dernier mot des choses, et prêts à leur sacrifier l'autonomie de la médecine. « Ce serait, a dit judicieusement M. le docteur Dechambre, méconnaître la nature de l'esprit humain que de lui demander de ne jamais aller au delà de la portée des faits. » Seulement, que ce soit un motif pour nous tenir également en garde contre le scepticisme, un non-sens,

autres, la différence de la réfraction se traduisait quelquefois par un strabisme plus ou moins marqué et plus ou moins constant. La plupart des sujets qui offrent ainsi une différence très-forte ne portent pas de lunettes : l'œil myope leur sert pour le travail et la lecture ; l'autre, emmétrope ou même hypermétrope, leur sert pour la vision nette au loin, tandis que son congénère est réduit au rôle d'avertisseur pour son champ visuel propre.

Voici cependant un cas où le sujet, obligé de s'aider de lunettes dans une circonstance particulière, a éprouvé un phénomène des plus gênants, qu'il attribuait à un état pathologique de l'œil, et pour lequel il est venu me consulter.

OBS. — M. X..., âgé de quarante-deux ans, notaire à Paris, se délasse des fatigues de son importante étude en allant de temps en temps *à la chasse*, le dimanche. Depuis l'enfance, il a constaté que ses yeux étaient inégaux, bien que rien dans leur aspect ne puisse le laisser supposer. *L'œil droit est myope;* l'œil gauche est normal, me dit-il. Aussi, lorsque M. X... chasse, a-t-il coutume de *placer devant l'œil droit un monocle concave* de 9 pouces, qui lui permet de viser et de tirer du côté droit. Or, il arrive ceci : M. X... reconnaît la position du gibier avec l'œil gauche, qu'il ferme au moment de tirer; aussitôt le gibier, vu à travers le monocle, lui apparaît tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la position que l'œil gauche lui avait assignée dans l'espace; le coup part avant que le chasseur ait eu le temps de rectifier son tir, et (cruelle blessure pour son amour-propre) le gibier sain et sauf s'enfuit à tire-d'aile.

En examinant les yeux de M. X..., je constate dans les deux yeux une acuité normale; dans l'œil droit une myopie de conformation $= -\frac{1}{8}$ et dans l'œil gauche une hypermétropie $= +\frac{1}{36}$. Pour la vision au loin, une netteté parfaite, avec égalité des images, est obtenue au moyen des verres correcteurs -8 et $+36$. Pour la vision rapprochée, M. X... ne porte pas de lunettes et travaille avec son œil gauche, le seul dont il se serve réellement en toute circonstance, excepté à la chasse.

Voici maintenant l'explication du phénomène qui m'a procuré sa visite.

On sait que si l'on fait mouvoir de haut en bas devant l'œil un verre sphérique, l'image des objets extérieurs se déplace dans le sens du mouvement du verre, s'il est concave, et en sens inverse, s'il est convexe. Cet effet est d'autant plus apparent que le verre est plus fort. Pour que l'image qui est perçue par l'œil armé d'un verre sphérique soit au même niveau que celle qui est perçue par l'œil nu, il est nécessaire que le centre optique du verre soit sur la ligne qui réunit l'objet regardé au centre de l'œil; en un mot, qu'il soit sur l'axe optique. Dans toute autre position du verre, l'image se forme en un point de la rétine non symétrique de celui où elle se forme dans l'œil sain, et la vision binoculaire ne peut être rétablie que par des mouvements musculaires inconscients qui s'exécutent dans les deux yeux, et dont le but est de remédier à la déviation de l'image.

Il en résulte que, s'il est possible d'obtenir avec les verres une correction parfaite de l'anisométropie par une position déterminée des yeux, comme par exemple lorsqu'on regarde au loin devant soi, cette correction nécessite, en outre, un effort musculaire variable et très-fatigant lorsque la position des yeux change, comme dans l'acte de la lecture, eu égard au déplacement incessant de l'axe optique oculaire, relativement au verre qui reste fixe et dévie l'image pour l'un des deux yeux.

Dans le cas actuel, l'effet éprouvé par M. X... est donc dû à ce fait que, au moment où il vise, le centre optique de son monocle ne coïncide pas avec l'axe optique de l'œil droit.

Deux manières se présentent de remédier à ce désagrément. La première, et la plus simple, serait de tenir l'œil gauche (le bon) fermé ou voilé par un verre dépoli, tandis que l'œil droit (le myope), pourvu d'un verre correcteur, serait seul chargé de reconnaître la position du gibier et de l'ajuster. De cette façon, plus d'erreur possible; car la notion de la distance de l'objet fixé est vite acquise par un œil fonctionnant seul, en raison de la connaissance qu'a le chasseur de la grosseur moyenne du gibier qu'il poursuit. Je pourrais citer comme preuve à l'appui un de nos illustres maîtres, chasseur déterminé, qu'un cruel accident a privé de l'œil gauche, et pour qui toute pièce vue est une pièce abattue. Mais je dois ajouter que la privation momentanée de la vision binoculaire est fort gênante. Aussi, j'ai conseillé à M. X... un second moyen, plus délicat à mettre en pratique, mais moins sévère : faire construire des lunettes corrigeant de part et d'autre son amétropie, et dont les verres soient centrés sur les axes optiques oculaires dans la position qu'ils occupent au moment où le chasseur met en joue. De cette manière, l'œil gauche ayant reconnu le gibier, l'œil droit le verra sur la même ligne et pourra l'ajuster avec chances de succès.

Cette observation et les réflexions qu'elle m'a suggérées, quoique nées d'un sujet peu pathologique, n'en ont pas moins leur intérêt en ce qu'elles donnent l'explication des difficultés, souvent insurmontables, que l'on rencontre dans le choix des lunettes pour les hauts degrés d'anisométropie, et dont la cause n'avait pas encore été signalée, que je sache.

---

et contre les entraînements de la mode, un mirage. Rassurons nous, après tout : car, à l'image du temps

Qui détruit tout ce qu'il fait naître
A mesure qu'il le produit,

la mode le charge de renverser incessamment, de ses propres mains, les idoles qu'elle a élevées.

Dr Constant SAUCEROTTE.

BIENFAISANCE. — La *Société de chirurgie*, tant par vote exprimé que par le produit d'une quête, a fait don à l'Assistance publique d'une somme de plus de 4000 francs.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Roux (Léon-Adolphe), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

LES MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — Au sujet du traitement des médecins de l'état civil, le conseil municipal de la ville de Paris, dans une de ses dernières séances, a pris la délibération suivante : « Les médecins de l'état civil recevront une rétribution de 3 francs par constatation de naissance ou de décès. Lorsque, pendant trois années consécutives, les honoraires du médecin d'une circonscription atteindront 4000 francs, cette circonscription sera divisée en deux. Par contre, l'Administration réunira deux quartiers peu peuplés en une seule circonscription, si la moyenne des constatations annuelles paraît devoir être inférieure à 1800 francs, minimum au-dessous duquel ne devra pas descendre le produit d'une circonscription. »

Une proposition relative à la nomination des médecins de l'état civil au concours a été repoussée.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — M. le docteur Bertillon vient d'être nommé chef de service de statistique à la préfecture de la Seine. Tout le monde sait combien ses études démographiques le désignaient en première ligne au choix de l'Administration.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

ÉTUDES COMPARATIVES SUR LA PTYALINE ET LA DIASTASE. Note de M. *Th. Defresne.*

Conclusions. — « Mes expériences me paraissent expliquer les divergences d'opinion qui se sont produites entre les physiologistes. Les uns soutiennent que l'action de la salive est détruite par le suc gastrique; les autres, que la salive continue son action sur l'amidon dans l'estomac. En réalité, d'une part, la salive est paralysée par le suc gastrique *pur;* d'autre part, si on l'opère avec le suc gastrique *mixte*, qui ne contient que des acides organiques, la saccharification marche aussi bien que dans la bouche. La ptyaline, comme la pancréatine, est donc un excellent réactif pour démontrer la différence qui existe entre le suc gastrique mixte et le suc gastrique pur. Celui-ci, nous l'avons établi dans un précédent mémoire, doit son acidité à de l'acide chlorhydrique combiné, sans doute, à la leucine; celui-là, à des acides organiques, probablement combinés aussi à des matières azotées. La ptyaline et la diastase ne sont donc pas deux corps identiques au point de vue physiologique. En effet, la ptyaline saccharifie l'amidon dans le suc gastrique mixte, aussi bien que dans la bouche; elle n'est paralysée qu'un instant dans le suc gastrique pur, et elle retrouve ensuite son action dans le suc gastrique mixte et dans le duodénum. La diastase ou maltine est détruite irrémissiblement dans les solutions chlorhydriques ou dans le suc gastrique pur, et, après avoir passé dans le suc gastrique mixte, elle est profondément altérée, car, si elle dissout encore de l'amidon, elle ne le saccharifie plus. »

SUR L'INFLAMMATION TUBERCULEUSE DE LA TUNIQUE INTERNE DES VAISSEAUX DANS LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE. Note de M. *V. Cornil.* — On sait que la méningite tuberculeuse se localise surtout le long des vaisseaux de la pie-mère. Les cellules de nouvelle formation qui infiltrent alors la pie-mère et l'arachnoïde s'accumulent également dans les gaînes périvasculaires (gaînes lymphatiques de Robin) et dans la tunique externe des vaisseaux. Lorsqu'on isole ces derniers, on voit qu'ils sont renflés de distance en distance en forme de fuseau. L'auteur a constaté en 1867 (*Archives de physiologie*) que les vaisseaux étaient quelquefois oblitérés complètement à ce niveau par de la fibrine et des globules blancs. Mais les examens qu'il a faits depuis lui ont démontré que les lésions des vaisseaux consistent non seulement dans une inflammation de leurs gaînes et tuniques externes, mais aussi dans une inflammation spéciale de leur tunique interne. C'est sur ces endartérites et endophlébites tuberculeuses qu'il appelle l'attention de l'Académie.

On observe des cellules de nouvelle formation de la membrane interne enflammée offrant une véritable évolution, comparable à celle d'un épithélium, et aboutissant, comme terme le plus élevé, à des cellules géantes. Les cellules prismatiques qu'on y rencontre sont les mêmes que celles qui existent dans l'inflammation commune, subaiguë ou chronique de la tunique interne, et que dans l'inflammation syphilitique des artères (Heubner). Cette inflammation tuberculeuse aboutissant à des cellules géantes est étalée en surface à l'intérieur du vaisseau, dans toute sa membrane interne, et elle n'affecte pas la forme de granulations limitées. L'ensemble des lésions du tissu conjonctif des méninges, des gaînes périvasculaires et des tuniques vasculaires constitue les petits nodules ou les masses tuberculeuses plus volumineuses. Dans plusieurs faits de méningite où l'auteur a cherché avec soin les cellules géantes, éléments si communs dans tous les tubercules des autres organes, il ne les a trouvées que dans la tunique interne altérée des vaisseaux.

MOUVEMENTS DU CŒUR. — M. *Pujos* adresse une Note relative au mécanisme des mouvements des valvules du cœur.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie : 1° Une lettre annonçant que, à l'occasion de la nouvelle année, M. le Président de la République recevra la députation de l'Académie le jeudi 1er janvier, à deux heures et demie. — 2° Une seconde lettre annonçant que le ministre recevra la députation de l'Académie le mercredi 31 décembre, à deux heures.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1° Le rapport de M. le docteur Fichet sur une épidémie de fièvre puerpérale observée en 1879 dans la commune de Pont-Saint-Ours (Nièvre). (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : De M. le docteur Péan, une lettre de candidature pour la section de pathologie externe. — 2° De M. le docteur Prunier, une lettre de candidature pour la section de pharmacie. — 3° M. le docteur Nivet adresse un *Traité du goître*, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national. — 4° M. le docteur Malichecq adresse une note sur une épidémie d'angine couenneuse observée en 1879 à Mont-de-Marsan. (*Commission des épidémies.*) — 5° M. Laffitte adresse le compte rendu des vaccinations qu'il a pratiquées en 1879 dans la commune de Salies de Béarn.

M. *Vulpian* présente, au nom de M. le docteur Joannes Chatin, un ouvrage intitulé : *Des organes des sens dans la série animale.*

M. *Charcot* dépose sur le bureau de l'Académie, au nom de M. le docteur Grasset, la troisième édition de ses *Recherches sur les localisations cérébrales.*

M. *Villemin* présente un mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans la caserne de Romorantin.

M. *Depaul* présente, en son nom, l'article NOUVEAU-NÉ, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

RENOUVELLEMENT PARTIEL DES COMMISSIONS PERMANENTES POUR 1880. — Sont élus :

Commission des épidémies (34 votants) : MM. Jaccoud et H. Gueneau de Mussy.

Commission des eaux minérales (33 votants) : MM. J. Lefort, Laboulbène.

Commission des remèdes secrets (35 votants) : MM. Bourgoin, Oulmont.

Commission de vaccine (35 votants) : MM. Hervieux, Colin.

TEMPÉRATURES LOCALES. — M. *Broca.* De tout temps les praticiens avaient signalé les différences de température qui se produisaient dans les parties malades. Les plus anciennes recherches ont été faites par Forster et Ogston, en 1809. Ces deux chirurgiens avaient remarqué qu'après la ligature de l'artère principale la température du membre augmentait. Forster avait constaté une augmentation de 5 degrés Fahr., et Ogston une augmentation de 8 degrés Fahr., ce qui fait environ 4 degrés centigrades.

Plusieurs chirurgiens avaient fait des observations analogues, entre autres Demarquay; mais ces recherches n'avaient pas eu pour but le diagnostic des maladies chirurgicales.

Lorsqu'il a écrit son *Traité des anévrysmes*, M. Broca a été frappé par certains faits; c'est ainsi qu'il avait remarqué que les auteurs signalaient le refroidissement des membres à la suite de la gangrène, puis l'augmentation de la température à la suite de l'oblitération des artères. Ces faits contradictoires l'avaient frappé, et les recherches auxquelles il s'est livré l'ont conduit à constater que ces différences tenaient au lieu où les thermomètres avaient été placés : sur la cuisse, le jarret, la jambe, etc. Un fait général s'est néanmoins dégagé de ces recherches, à savoir : qu'il y a augmentation de la température dans le voisinage de la ligature, et abaissement à l'extrémité du membre. A la suite d'une ligature, le sang chemine par les collatérales, ce qui explique l'élévation observée un peu au-dessous de cette ligature. Claude Bernard attribuait l'élévation de température observée à la suite de la section du grand sympathique à la paralysie des artères.

C'est dans cet état d'incertitude où se trouvait la science que M. Broca a commencé ses études sur les changements de température qui surviennent à la suite de l'oblitération accidentelle ou provoquée des vaisseaux. Les résultats furent présentés à la Société de chirurgie en 1861. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1861, p. 344. *Ib.* p. 44.)

La compression faite dans le pli de l'aine produisit d'abord

un abaissement de 4 degrés pendant les quarante premières minutes, puis la température remonta de 2 degrés, de sorte que l'abaissement total n'était que de 2 degrés. A la même époque, M. Broca constata le fait suivant : lorsqu'il existe un trouble circulatoire consécutif à la dilatation d'une poche anévrysmale, il y a diminution de l'afflux du sang dans le membre ; cette diminution détermine néanmoins une certaine congestion d'où résulte une augmentation de la températnre du membre.

M. Broca eut ensuite l'occasion d'observer un cas dans lequel il existait une oblitération consécutive à une embolie. Il y avait deux oblitérations, et les artères ne battaient pas. Le premier thermomètre fut placé sur le trajet de l'artère et l'autre à côté ; comme la température était plus élevée sur l'artère, on en conclut qu'elle était perméable et que le sang y circulait quoiqu'elle ne donnait plus de battements. Ce fait avait une grande importance au point de vue du diagnostic.

Cette même année, il a communiqué à la *Société de chirurgie* le moyen de diagnostiquer l'étendue de l'oblitération artérielle, affection qui diffère, comme on le sait, de l'artérite et de l'embolie. Dans ces cas, le diagnostic a une grande importance et peut fournir des indications d'une grande valeur au point de vue du traitement.

A l'aide de 6 thermomètres comparatifs placés d'une manière homologue sur le membre malade et sur le membre sain, M. Broca put obtenir lès résultats suivants :

Dans l'embolie de l'artère fémorale, à la racine du membre, la température est égale des deux côtés ; au niveau de l'embolie, il y a augmentation du côté du membre malade ; au niveau du genou la température est égale des deux côtés ; au niveau du pied, elle est diminuée dans le membre du côté de l'embolie, ce qui s'explique, parce que la quantité de sang qui arrive à l'extrémité du membre est diminuée.

Dans l'oblitération qui occupe toute la longueur du membre, les phénomènes diffèrent; les artères sont oblitérés partout, et il n'y a plus que les communications très étroites qui se font à la peau, ce qui donne une très petite quantité de sang dans le membre ; il en résulte un abaissement graduel de la température de haut en bas, à partir de la racine du membre. Ce point a une grande importance pratique et a permis à M. Broca, en 1853, de diagnostiquer une embolie de l'artère fémorale et de déconseiller l'amputation.

En ce qui concerne la température cérébrale, M. Broca s'est laissé guider par ses premières recherches sur les embolies, et c'est à partir de 1865 qu'il s'est occupé de cette seconde question. Il avait remarqué que la température était tantôt diminuée, tantôt augmentée du côté où se trouvait la lésion cérébrale. Dans un cas d'apoplexie, il avait constaté une augmentation de 3 degrés ; ce qui lui avait permis de diagnostiquer un ramollissement aigu. Il pense qu'il y a toujours augmentation de la température dans les foyers de ramollissement aigu.

C'est pour constater les différences des températures cérébrales que M. Broca a fait construire l'appareil désigné sous le nom de *couronne thermométrique*. C'est une bande circulaire sur laquelle sout fixés des petits thermomètres qui permettent de constater les températures locales du crâne.

M. Broca a d'abord commencé par des recherches physiologiques faites sur des malades et des individus sains. Il a constaté que la plus haute température est dans la région frontale. Lorsque les thermomètres ne changent plus, on fait monter les thermomètres en soumettant le sujet à un travail intellectuel, surtout lorsque ce travail demande un grand effort de la part de l'individu. Ces recherches ont été publiées en 1877.

Parmi les applications à la pathologie, M. Broca cite celle qui concerne les torticolis anciens. Cette affection est généralement suivie d'une atrophie de la face qui correspond à l'inclinaison de la tête. Virchow a constaté que la plagiocéphalie est la conséquence nécessaire de l'oblitération de la branche correspondante à la suture coronale ; on a un crâne oblique ovalaire comparable au bassin oblique ovalaire. M. Broca a néanmoins vu dans les musées un certain nombre de cas dans lesquels cette cause était due au torticolis ; il en a conclu qu'il y a une déformation du crâne qui coïncide au torticolis ; ce fait a été démontré récemment sur un malade observé à la Pitié, et qui a consenti à se laisser raser la tête et à en donner un moulage. Chez ce malade, la température était diminuée de 0°,4 du côté de la déviation, d'où M. Broca a conclu que c'est par le défaut de circulation que s'explique l'atmosphère de la face et même du cerveau. Mais il ajoute que ce malade est le seul sur lequel il a pu observer.

M. Broca aborde ensuite d'autres questions physiologiques relatives aux températures locales du crâne. Dans certains cas où l'enfoncement des os crâniens par une blessure donne lieu à des accidents tardifs qui indiquent la trépanation, il pense qu'on peut, à l'aide du thermomètre, savoir si ces accidents sont dus à l'enfoncement, ou bien à une lésion spontanée et plus récente.

M. *Colin* prend ensuite la parole pour dire que les instruments dont se sont servis MM. Broca et Peter ne sont pas suffisamment exacts. Il faudrait se servir d'instruments extrêmement sensibles, qu'on introduirait *sous la peau*. Ce système, peu pratique chez l'homme, est fort heureusement applicable aux animaux.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport annuel de son trésorier.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. FÉRÉOL.

De la désinfection de l'iodoforme à l'aide de l'essence de menthe : M. Féréol. — Des vaporisations de l'iodoforme et d'éther : M. Vidal. — Des lavements alimentaires : M. Vidal. — Du traitement du prolapsus hémorroïdaire et rectal par les injections d'ergotine : M. Ferrand ; discussion, MM. Vidal, Bucquoy.

M. *Féréol* a employé tout récemment la poudre d'iodoforme désinfectée par l'essence de menthe, selon le procédé indiqué dans la dernière séance. Il a constaté en effet une diminution très réelle de l'odeur, mais les malades sur lesquels il en faisait usage se sont plaints de douleurs très aiguës, à ce point que les malades ont refusé de continuer ces applications ; on a été ainsi obligé de revenir à l'iodoforme ordinaire. M. Féréol demande si en mettant six à huit gouttes d'essence par 10 grammes d'iodoforme il n'a pas exagéré la dose nécessaire.

M. *Vidal* a essayé de désinfecter l'iodoforme au moyen du camphre, il a réussi ; mais l'odeur ne disparaît pas à proprement parler, elle est simplement masquée, car elle ne tarde pas à reparaître aussitôt que l'essence est évaporée. Il a remarqué aussi que ces applications étaient douloureuses. Une seule substance enlève presque complètement l'odeur, c'est l'éther. Sur les indications de M. Lallier, on se sert souvent à l'hôpital Saint-Louis de pulvérisations d'éther et d'iodoforme ; il se dépose à la surface de la plaie, par suite de l'évaporation de l'éther, une mince couche de vernis, vernis formé par l'iodoforme qui exerce une action topique.

M. *Blondeau* fait remarquer que cette douleur ne doit pas étonner, puisqu'on se sert pour désinfecter de quelques gouttes d'essence ; il suffit en effet, pour provoquer une douleur très vive sur les plaies, d'ajouter à un grand bain une petite quantité d'essence ; 1 gramme suffit.

M. *Vidal* ajoute qu'à la suite des pulvérisations d'éther l'odeur de l'iodoforme ne reparaît pas, ou tout au moins elle

n'existe que d'une façon inappréciable, même sur la couche de vernis.

M. *Constantin Paul* emploie depuis quelque temps l'essence d'éther dans le traitement des rhumes, avec un certain succès.

— M. *Vidal* croit à l'action nutritive des lavements. Une malade, atteinte de cancer de l'estomac, avec vomissements incoercibles, était dans un état d'inanitiation telle que le dernier temps de la cachexie était proche; les parois buccales étaient couvertes de muguet. Sous l'influence de lavements de bouillons, de pepsine, de jaune d'œuf et d'eau-de-vie, la malade vécut six semaines, au bout desquelles les aliments purent être supportés par l'estomac. Elle vécut encore six mois. Il est important de ne pas se servir de bouillons salés; il est bon de les accompagner de lavements d'eau-de-vie et de faire suivre les lavements alimentaires de petits lavements d'eau contenant quatre gouttes de laudanum.

— M. *Ferrand* communique un fait qu'il a observé il y a six mois. Il s'agit d'une dame âgée de trente-cinq ans environ, qui depuis trois ans au moins était atteinte d'un prolapsus hémorroïdaire et rectal, qui la met dans l'impossibilité de sortir de chez elle autrement qu'en voiture. Ce prolapsus était tel que la malade ne pouvait descendre son escalier ni circuler dans son appartement sans qu'il se développe à l'anus une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, presque celui du poing. Cette tumeur se composait d'hémorrhoïdes groupées en un bourrelet saillant et à divers états de congestion et d'évolution, depuis la simple marisque jusqu'à la tumeur violette, turgescente et fluctuante. Au milieu de ce bourrelet la muqueuse rectale, rouge et foncée, pendait de 1 centimètre environ. La sensibiltté était telle que tout mouvement et tout contact déterminaient les douleurs les plus cuisantes. Cette malade ne pouvait descendre son escalier ni même marcher dans son appartement sans que la tumeur se développât et la fit cruellement souffrir. Pour peu que la réduction n'ait pas été faite en partie, les accidents inflammatoires se développaient et l'obligeaient à garder le lit.

La réduction de cette tumeur était cependant possible dans presque toute sa totalité, mais il fallait pour y arriver que la malade se mette au lit et fasse longtemps un taxis des plus douloureux; de plus cette opération était nécessaire après chaque défection.

M. Ferrand mit en œuvre, pour combattre cet état, tous les moyens thérapeutiques connus, mais sans obtenir aucun résultat: lavements divers, frais ou froids, simples ou astringents; suppositoires; fomentations. Seuls les suppositoires fortement chargés de tannin purent amener une modification à peine sensible, achetée au prix d'assez vives douleurs que ce moyen provoquait toujours. Ce fut alors que, convaincu de l'inutilité des moyens employés jusque-là, guidé d'ailleurs par ce qu'on sait des propriétés physiologiques de l'ergot de seigle, M. Ferrand résolut d'employer cette substance sous forme d'injections sous-cutanées.

Une première injection est faite le 27 avril 1879 sur le côté du bourrelet hémorrhaïdal, dans la fosse ischio-rectale, en dirigeant la pointe de l'aiguille vers la paroi externe du sphincter et du rectum. Une seringue entière de pavot est ainsi injectée, représentant 1 gramme 20 centigrammes d'une solution composée: eau, 15 grammes; glycérine, 15 grammes; extrait hydrate alcalin d'ergot, 2 grammes.

L'injection ayant été un peu douloureuse, et craignant les accidents inflammatoires que la tumeur avait si souvent présentés, M. Ferrand fit rester la malade vingt-quatre heures au lit et lui défendit pendant huit jours de descendre son escalier. Une notable amélioration s'était produite et aucun accident inflammatoire ne paraissait à craindre. M. Ferrand fit une deuxième injection le 16 mai, puis une troisième le 27 mai. L'amélioration qui en résulta fut complètement satisfaisante. Néanmoins, croyant assurer le résultat déjà acquis, il fit une quatrième injection le 27 juin.

La malade quitta Paris le mois suivant, se trouvant dans un état des plus satisfaisants. Le prolapsus. en effet, ne se produisait plus; elle pouvait marcher, monter, descendre ses cinq étages et cela sans souffrir et sans craindre même le retour de ses souffrances.

M. Ferrand a revu la malade le 19 décembre 1879: son état est excellent, la guérison s'est maintenue: il n'y a plus de prolapsus, les hémorrhoïdes n'ont pas disparu complètement, elles sortent encore au moment de chaque défécation, mais elles rentrent spontanément et elles restent réduites jusqu'à la défécation suivante. La malade marche, descend; elle peut se promener: en un mot, elle se déclare guérie, et l'est en réalité dans la mesure qui vient d'être spécifiée.

M. *Vidal* fait observer que cette observation vient confirmer ses propres recherches, qui remontent à l'année 1876. A cette époque, un de ses amis, atteint depuis plus de dix ans d'un prolapsus rectal, rebelle à tout traitement et des plus douloureux, fut traité par lui à l'aide des injections d'ergotine. M. Vidal se servit de la solution suivante: eau distillée, 5 grammes; ergotine Bonjean, 1 gramme.

Il commença par injecter 15 gouttes dans le paquet hémorrhoïdal, aussi près de l'orifice rectal qu'il était possible de le faire: le malade éprouva alors une sensation douloureuse; pratiquant ces injections tous les deux jours, M. Vidal arriva peu à peu à injecter 25 gouttes. Au bout de douze injections, le prolapsus était complètement réduit; en allant à la garde-robe, il suffisait au malade de faire un simple effort pour réduire le prolapsus. M. Vidal continua cependant les injections, pour mieux assurer la guérison, et il fit ainsi 22 injections. Ce malade est guéri depuis l'année 1876.

L'année suivante, M. Vidal employa le même traitement sur une femme de 44 ans atteinte d'un bourrelet hémorrhoïdal très volumineux, irréductible et datant de quatre ans. Il fit six injections à deux jours de distance: la guérison parut obtenue dès la cinquième injection. Enfin, sur une troisième malade, traitée à l'hopital, la guérison, dans un cas semblable au précédent, parut obtenue dès la cinquième injection: la malade, examinée en effet trois mois après, ne présentait plus que des hémorrhoïdes qu'il lui était facile de réduire elle-même.

M. *Féréol* demande à M. Ferrand pourquoi il a mis un intervalle de quinze jours entre les deux premières injections.

M. *Ferrand* répond que n'ayant pas encore d'expérience sur ce sujet, il a craint de voir une inflammation consécutive se développer: il a préféré agir avec plus de prudence.

M. *Vidal* ajoute qu'il n'a jamais observé d'accidents de ce genre: on ne provoque que de la douleur, douleur qui est moindre lorsqu'on fait l'injection dans le paquet hémorrhoïdal lui-même.

M. *Bucquoy* demande si on a employé ce procédé dans les cas d'incontinence d'urine: affection qu'on voit trop fréquemment survenir chez les jeunes filles au moment de leur formation.

M. *Vidal* répond qu'il l'a ordonné une fois dans un cas semblable, mais il n'en sait pas le résultat: il avait conseillé de faire l'injection dans la peau du bas-ventre.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

Plaie de l'utérus gravide par une balle; mort du fœtus et guérison de la mère, par le docteur George Hays.

L'auteur rapporte l'observation très intéressante d'une femme de couleur, âgée de cinquante-huit ans, enceinte de six mois, frappée, le 20 juin 1879, par une balle de pistolet qui avait ricoché à environ 50 mètres de l'endroit où avait été tiré le coup. La balle, qui pesait 8 grammes et demi, pénétra dans la cavité abdominale sur le côté gauche, en entrant obliquement à 5 centimètres de distance de l'épine iliaque gauche. Il y eut peu d'hémorrhagie. Lorsque M. Hays vit la malade quelques heures après, la plaie, étroite, était complètement bouchée par de l'épiploon.

Il était probable, d'après la direction du trajet de la balle, que l'utérus avait été blessé. Les douleurs étaient très vives.

L'épiploon fut réduit. Morphine à l'intérieur, cataplasmes laudanisés à l'extérieur. Le 21 juin, de l'ergotine ayant été donnée pour exciter des contractions utérines, le fœtus fut expulsé avec ses membranes. Celles-ci contenaient peu d'eau; des caillots accompagnèrent le fœtus.

Le fœtus avait été traversé de part en part par la balle, mais celle-ci ne put être retrouvée ni dans les membranes ni dans le placenta.

La femme, d'abord très épuisée, eut une péritonite violente. A partir du 27 juin, son état s'améliora. Le 17 juillet, la menstruation revint. Le 20 juillet, elle était bien guérie et reprenait ses occupations. Le 9 août, M. Hays la vit vaquant absolument à ses affaires et sans paraître ressentir aucun inconvénient de la balle qu'elle portait dans son économie. (*New Orleans medical and surgical Journal*, et *Jour. de méd. et de chir. pratiques*, nov. 1879.)

De l'alimentation rectale supplémentaire, par le docteur Smith.

Nous avons vu, d'après les récents travaux publiés dans la *Gazette hebdomadaire*, que l'alimentation rectale est souvent indiquée. Diverses substances ont été employées, telles que le lait, les œufs crus, les bouillons, etc. Le docteur Smith obtient de bien meilleurs résultats en employant le sang défibriné. Dans les cas urgents, surtout quand l'estomac ne fonctionne plus du tout, on peut injecter dans le rectum, toutes les deux ou trois heures, 30 à 90 grammes de sang défibriné. Dans les cas chroniques, où on ne le donne que pour venir en aide à la nutrition stomacale, on peut donner 90 à 180 grammes une ou deux fois par jour.

On peut se servir d'une seringue ordinaire, en ayant soin de bien la nettoyer chaque fois. Si le rectum est irritable, le sang doit être doucement chauffé à la température du corps. Le docteur Smith a employé ce moyen dans 80 cas. Dans 2 ou 3 cas, le rectum devint si irritable que l'injection fut immédiatement rejetée; dans un tiers des cas, il s'ensuivit plus ou moins de constipation; dans 2 cas, les évacuations furent excessivement fétides; dans 1 cas, il se produisit de l'irritabilité nerveuse et de l'insomnie. En dehors de cela, l'usage du sang ne fut accompagné d'aucun mauvais effet. Une quarantaine des malades traités par le docteur Smith souffraient de phthisie pulmonaire. Une amélioration marquée fut obtenue dans à peu près la moitié de ces cas, bien que presque tous avaient été antérieurement traités par l'huile de foie de morue, les stimulants, les toniques, la quinine, etc. Un certain nombre de cas de simple anémie furent traités ainsi avec d'excellents résultats, à l'exception d'un malade que l'on soupçonna être atteint d'hypoplasie artérielle congénitale. Ce traitement fut aussi trouvé excellent dans la dyspepsie atonique, l'asthme dyspeptique, la névralgie invétérée, l'épuisement nerveux, etc. Chez 20 malades, le bénéfice manifeste qui fut obtenu se traduisit tantôt par une augmentation de poids, tantôt par l'excitation de l'appétit, le relèvement des forces, la disparition des sueurs nocturnes et la diminution de la toux.

L'usage de ces lavements étant absolument inoffensif sera souvent une véritable ressource. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*.)

Traitement des érosions du mamelon, par le docteur Haussmann.

L'auteur publie deux observations démontrant les bons effets des compresses phéniquées sur les gerçures des mamelons des femmes qui allaitent. Il emploie dans ce but une solution à 5 pour 100. De son côté le docteur Bernhardi a eu recours, une fois, avec grand profit, à une pommade phéniquée (0,5 pour 10).

Dans le service d'accouchements de la Charité de Berlin, on a expérimenté sur une vaste échelle la médication recommandée par M. Haussmann. Le docteur Steiner a résumé sous forme de tableau les éléments principaux des observations de 40 accouchées qui ont été traitées avantageusement de cette façon.

Le mode d'administration est d'ailleurs différent; les compresses ont été remplacées par des badigeonnages au moyen d'un pinceau.

Le docteur Haussmann maintient envers Bernhardi et Steiner la supériorité des compresses phéniquées à la fois sur la pommade et sur les applications avec un pinceau; il les juge seules aptes à produire une désinfection permanente des fissures, résultat qu'il n'estime pas moins que la cicatrisation des excoriations. (*Revue des sciences médicales*, 15 juillet 1879.)

Tartrate de morphine en injection hypodermique, par le docteur Erskine Stuart.

Une préparation facile, très soluble, ne déterminant aucune irritation, se conservant très longtemps, c'est le tartrate de morphine, qui, d'après M. Stuart, doit être préféré pour les injections hypodermiques. Lorsque l'on fait la dissolution, il est préférable de se servir d'eau chaude. (*Edinb. Journ. of Med.*, mars 1879.)

Observations de rupture intestinale par traumatisme, n'ayant laissé aucune trace sur les parois abdominales, par le docteur Willam Hanning.

Dans une première observation rapportée par M. Hanning, le malade avait reçu un coup de pied de cheval extrêmement violent sur le côté gauche de l'abdomen; cependant, aidé, il put se traîner jusqu'à l'hôpital, distant de 3 kilomètres. Il présentait des douleurs médiocres; peu de vomissements; mais il s'affaissa rapidement, et mourut dix-huit heures après la blessure. Le corps n'avait aucune trace du coup. A l'autopsie de l'abdomen on trouva une déchirure sur la face postérieure du côlon descendant, déchirure de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Seulement un peu de sang était épanché dans la cavité abdominale. Il n'y avait que fort peu de matières dans l'intestin grêle.

Le docteur A. John Glaister, de Glascow, a vu, le 19 avril 1879, un garçon qui, ferrant un cheval, reçut une ruade dans le ventre. Peu après, il était étendu pâle, la face anxieuse; douleurs abdominales vives. Il vomit à plusieurs reprises;

les vomissements furent incessants, malgré des injections de morphine. Il succomba environ trente-six heures après l'accident. A l'autopsie, péritonite généralisée et déchirure de l'intestin grêle dans une étendue de 2 centimètres et demi, au niveau où la douleur était sentie pendant la vie. Il n'y avait aucune trace de lésion extérieure. Le docteur Maurice Evans, de Cardiff, rapporte l'histoire d'un homme qui nettoyait un fusil et dont l'arme partit inopinément. La crosse, en reculant, le frappa dans la région épigastrique. Il eut immédiatement des douleurs vives, de l'anxiété respiratoire; puis vinrent quelques vomissements. Dès le début, état des plus graves; douleurs atténuées dans la nuit par des injectiods de morphine à doses élevées. Dans la journée suivante, sous l'influence d'efforts de défécation, les douleurs reprirent, les vomissements augmentèrent et la mort survint, trente heures après l'accident. A l'autopsie, aucune trace du coup à l'extérieur ou à l'intérieur de l'abdomen, sauf une rupture du jéjunum à sa jonction avec le duodénum; péritonite généralisée et épanchement abdominal abondant. (*British medical Journal*, octobre 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires, par M. le docteur P. REGNARD (1 vol. in-8° de 390 pages, avec nombreuses figures intercalées dans le texte. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie).

L'ouvrage de M. P. Regnard est un de ces travaux qui témoignent d'un labeur assidu et constituent pour les savants une véritable bonne fortune. Les expériences y sont nombreuses, sévèrement contrôlées. Les faits particuliers sont recueillis avec un soin extrême, de sorte que les lois si complexes qui président aux combustions respiratoires y reçoivent une confirmation éclatante. Nous résumerons pour les lecteurs de la *Gazette* les conclusions de cet ouvrage, mais nous leur conseillons de se reporter au livre lui-même pour se rendre un compte exact de l'habileté de l'expérimentateur et des résultats importants qu'il a obtenus.

M. Regnard divise son livre en quatre parties, consacrées à l'étude des variations morbides des éléments et des organes si complexes qui entrent en jeu dans les combustions respiratoires.

La première partie traite de l'étude des variations pathologiques de la respiration élémentaire. Il fait observer que les combustions prises en elles-mêmes et dans les tissus varient pour deux raisons : « 1° Elles augmentent ou diminuent avec la quantité d'oxygène fournie aux éléments; 2° elles augmentent ou elles s'abaissent avec la température à laquelle elles s'opèrent. »

On comprend encore qu'il faille tenir grand compte des variations des milieux qui sont : 1° le sang, milieu intérieur chargé de fournir l'oxygène aux éléments anatomiques; 2° l'oxygène de l'air, milieu extérieur à l'être, où il puise le gaz nécessaire à la saturation du sang. Or, ces deux milieux peuvent subir des modifications qui retentissent sur la combustion intime des éléments et produisent des modifications morbides dans ces combustions.

Si nous considérons d'abord le sang, nous voyons que les maladies peuvent y produire des modifications de deux ordres : « 1° Les affections qui diminuent la ventilation pulmonaire font que moins d'oxygène arrive dans les alvéoles, d'où confinement plus grand dans l'intérieur du poumon, d'où finalement tension plus faible de l'oxygène et dissolution moindre dans le sang; 2° les combustions se trouvant exagérées, l'oxygène est consommé plus vite; il en reste donc moins dans le liquide sanguin. Si la ventilation pulmonaire s'exagère, il peut y avoir compensation; sinon, il y a appauvrissement du sang en oxygène; 3° les combustions peuvent être diminuées, et, si le sang a sa composition normale, il contiendra davantage d'oxygène. » Dans ces cas, nous avons considéré la maladie n'agissant pas directement sur le sang; mais il peut se faire que ce liquide soit primitivement altéré; dans de telles conditions, l'oxygène du sang se trouve diminué, et les combustions intimes, privées d'une partie de leur élément nécessaire, deviennent moins actives.

Les éléments actifs du sang au point de vue de la respiration sont les globules rouges; or ils peuvent être diminués de nombre, de sorte qu'un volume donné de sang possède finalement une capacité respiratoire moindre qu'elle ne devrait être à l'état normal. Outre ce changement de nombre, leur matière active, l'hémoglobine, peut, sous l'influence de la maladie, éprouver des modifications chimiques passagères ou définitives, capables de diminuer ou détruire leur pouvoir absorbant. Dans toutes ces circonstances, la quantité d'oxygène apportée aux tissus par le sang se trouve diminuée, ce qui devient une nouvelle complication de l'état morbide antérieur, à moins qu'une suractivité de la ventilation pulmonaire ne parvienne à y suppléer. C'est donc à ce but, au moins comme palliatif, que doit tendre la thérapeutique dans les cas dont nous venons de parler.

C'est l'air extérieur qui fournit l'oxygène du sang; ce milieu extérieur est à l'abri des phénomènes morbides pour ce qui touche à sa composition, mais la maladie peut créer des obstacles à la mise en rapport de l'air et du sang. M. Regnard a fait des recherches intéressantes sur ce point, en étudiant expérimentalement les modifications respiratoires produites par les états pathologiques qui créent des obstacles à la pénétration de l'air dans les alvéoles pulmonaires. « Il convient d'abord, dit-il, d'étudier la quantité d'air qui, dans une maladie donnée, pénètre, dans l'unité de temps, dans le poumon (circulation aérienne, spirométrie) : 1° elle est augmentée toutes les fois que les combustions sont elles-mêmes augmentées; 2° elle est souvent augmentée quand la capacité respiratoire est amoindrie; 3° elle est diminuée quand diminuent les combustions. »

Mais, outre ces conditions physiologiques, et en quelque sorte vitales, il existe des causes mécaniques capables de faire varier dans une grande proportion l'entrée de l'air : ce sont toutes les modifications du jeu du diaphragme et des muscles de la paroi thoracique. Voici comment l'auteur résume ce qui a trait à cette donnée du problème :

« 1° Certaines affections (traumatismes de formation) peuvent empêcher ses mouvements.

» 2° D'autres compriment le poumon, l'aplatissent, remplissent ses alvéoles et s'opposent encore à la pénétration de l'air (pneumonie, pleurésie).

» 3° Certaines lésions de l'abdomen entravent les mouvements du diaphragme.

» Enfin, quelques affections nerveuses exagèrent ou diminuent les mouvements des organes respiratoires et augmentent ou amoindrissent d'autant la quantité d'air qui les traverse. »

Après avoir étudié les modifications des combustions sous l'influence de la maladie, ou pour mieux dire celle des corps comburants, il reste, pour achever l'exposé du problème, à voir ce que deviennent les corps comburés. Ces produits peuvent être complètement brûlés (urée, acide carbonique) ou incomplètement (leucine, tyrosine, etc.). « L'urée, dit M. Regnard, varie en raison directe des combustions et de la production de chaleur, sauf dans les cas où le foie est frappé. Dans ces cas, les combustions ne sont pas complètes, et des produits non complètement oxydés sont éliminés.

L'acide carbonique varie en raison directe des combustions et dans le même sens que l'urée. Son élimination s'accroît quand augmente la température. La consommation d'oxygène croît encore plus vite, de sorte que les produits hydrocarbonés

sont détruits. Elle diminue au contraire dans les affections où moins d'oxygène arrive. La quantité de chaleur produite croît en même temps que la consommation d'oxygène; l'élimination de l'urée et l'exhalation de l'acide carbonique augmentent. »

Tels sont, en résumé, les points que M. Regnard a étudiés, et, pour être juste, nous devons dire qu'il a contrôlé expérimentalement chaque détail. Cette manière de procéder offre le grand avantage de convaincre le lecteur en même temps qu'elle lui montre les faits particuliers. Ajoutons que l'auteur a fait grand usage de la méthode graphique; de sorte que, grâce aux planches très-nombreuses insérées dans le volume, le lecteur peut, en quelque sorte, embrasser les expériences d'un seul regard. Cependant cette manière de faire a un inconvénient, c'est que le style est un peu celui d'un ouvrage de mathématiques, sec et peut-être trop concis.

Le plus grand éloge, et éloge bien mérité, que nous puissions adresser à M. Regnard, c'est de dire qu'il a rempli sa tâche jusqu'au bout, et il sera facile d'en comprendre l'étendue par cet exposé où M. Regnard la limite lui-même :

« Nous avons moins tenu aux théories et aux explications qu'à la constatation des faits. Nous avons insisté longuement sur les méthodes : elles sont tout dans les sciences expérimentales. Nous croirions avoir fait une œuvre utile si le lecteur restait persuadé que tout ce que nous lui avons présenté a été bien observé. Un jour viendra, sans doute, où ces importants problèmes qui se rattachent aux combustions trouveront leur solution : alors les faits que nous avons vus et groupés pourront peut-être servir utilement à édifier des théories qu'il serait imprudent ou prématuré de proposer aujourd'hui. »

Disons que M. Regnard fait preuve de modestie, et qu'il pourrait, sans restriction, affirmer que ses travaux seront recueillis; mais il a montré tant de persévérance que nous espérons qu'il continuera ses recherches, et que c'est lui-même qui utilisera ses premiers travaux.

H. Chouppe.

Index bibliographique.

De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre, par M. le docteur Grégory, professeur de la Faculté de Bordeaux. In-8 de 297 pages. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

Dans ce livre intéressant, l'auteur étudie parallèlement l'uréthrotomie interne et l'uréthrotomie externe, avec l'intention accusée de chercher à amoindrir la faveur dont jouit la première méthode, pour déterminer les chirurgiens français à pratiquer plus fréquemment l'uréthrotomie externe. La première partie de ce livre est consacrée à l'historique complet et raisonné des opérations, la seconde aux statistiques. Au lieu de donner des chiffres bruts, l'auteur relate le plus souvent les observations d'une façon succincte. Il nous fournit le résumé de 55 cas d'uréthrotomies internes et externes pratiquées par les chirurgiens de Bordeaux dans ces dernières années, et toutes les statistiques *continues* des uréthrotomies tant externes qu'internes publiées par des chirurgiens français, anglais, américains, allemands. Après avoir passé successivement en revue les accidents qui suivent ces opérations, il termine par quelques conclusions dont certaines ne nous semblent pas justifiées.

« L'uréthrotomie interne, dit-il, considérée actuellement comme une opération bénigne et efficace, est au contraire *dangereuse* au point de vue de la vie du patient et *inutile* au point de vue du bénéfice apporté, tandis que l'uréthrotomie externe, jusqu'à présent considérée comme une opération grave, est au contraire d'une *innocuité absolue* et d'une *efficacité plus durable* au point de vue de la récidive. 2° *L'uréthrotomie externe doit donc remplacer l'uréthrotomie interne* dans les cas où celle-ci est indiquée, sauf cependant dans les cas de rétrécissement de la portion libre de l'urèthre, dansquels on *pourra* y avoir recours, bien qu'elle soit encore susceptible de provoquer des accidents graves.

Les statistiques données n'affirment pas la gravité de l'uréthrotomie interne et l'innocuité de l'externe. 915 uréthrotomies internes fournissent en effet 46 morts, soit 5 pour 100 de mortalité; 992 uréthrotomies externes, 88 morts, soit 8,87 pour 100 de mortalité. Quant au résultat définitif des opérations, si l'auteur a raison d'insister sur les récidives qui suivent l'uréthrotomie interne, il n'établit pas, d'un autre côté, d'une façon suffisante les avantages que peut présenter à ce point de vue l'incision externe sur l'interne. Ce point fort intéressant appelle de nouvelles recherches. Enfin, préconiser l'incision externe dans les rétrécissements de la portion libre de l'urèthre, n'est-ce pas oublier les difficultés qu'on éprouve d'habitude à oblitérer les fistules antéscrotales?

Bien que nous ne partagions pas les idées de l'auteur, nous n'en reconnaissons pas moins que son livre substantiel sera lu avec profit.

Étude sur les fractures des cartilages du larynx et leur traitement par la thyrotomie immédiate, par M. le docteur D. C. Caterinopoulos. In-8 de 65 pages. — Paris. V. A. Delahaye et Cie.

Cette étude résume les faits de fracture du larynx observés jusqu'à ce jour et signalés dans les travaux de Gurlt, Cavasse, Hénocque, Fredet, Mussa, etc. Prenant pour base un exemple de guérison de fracture du larynx opérée et guérie par M. Panas, et le rapprochant des faits dans lesquels la trachéotomie et la cricotrachéotomie ont réussi, l'auteur conclut à la nécessité de la trachéotomie dans tous les cas qui ne sont pas exceptionnellement simples, ou plutôt il pense, avec M. Panas, que la thyrotomie faite préventivement et destinée à loger une grosse canule est l'opération préférable, parce qu'elle permet de maintenir en situation les fragments laryngés, et que l'auteur pense pouvoir éviter ainsi le rétrécissement consécutif et l'ablation définitive de la canule, ce qui n'a pu être fait dans la plupart des cas où la trachéotomie a été pratiquée. Cette proposition mérite attention, et elle pourrait être certainement réalisée avec des probabilités rationnelles de succès, surtout dans les fractures à plusieurs fragments, et lorsque les cordes vocales sembleraient déjà atteintes, dans un cas de lésions graves.

VARIÉTÉS

Assistance publique. — Asiles des aliénés. — Nous recevons un très complet et très consciencieux rapport *sur les budgets et comptes des asiles d'aliénés et sur les mesures diverses relatives au service*, présenté par M. Bourneville au Conseil général, dans la séance du 2 décembre 1879. Au chapitre concernant le service médical, le rapport fait remarquer que, dans le service de la Seine, comprenant la Salpêtrière, Bicêtre, Sainte-Anne, Vaucluse et Ville-Evrard, quatre médecins seulement ont été nommés au concours, et les autres, aussi bien que les internes, ont été nommés directement. Il demande que, sans toucher aux situations acquises, le concours devienne désormais la règle générale. Les médecins suppléants, arrivés par ce mode de nomination, seront chargés de remplacer les médecins titulaires en cas d'absence, et deviendront, en cas de vacances, chefs de service, par rang d'ancienneté. Sous le rapport du traitement, le rapporteur fait remarquer que le traitement des médecins du *bureau d'admission* de Sainte-Anne a été élevé de 4000 à 6000 francs, mais qu'il leur a été interdit d'avoir un intérêt quelconque dans un établissement privé. Or, Sainte-Anne ne recevant que des malades indigents ou peu aisés, ainsi que Bicêtre ou la Salpêtrière, les médecins ne peuvent abuser de leur situation. Tout au plus une restriction de ce genre pourrait-elle être faite au sujet de l'asile de Ville-Evrard, qui possède un *pensionnat;* mais, d'une manière générale, elle aurait l'inconvénient d'éloigner du concours les jeunes médecins qui n'auraient en perspective qu'un traitement de 2000 francs (la Salpêtrière), 3000 francs (Bicêtre), 6000 francs (bureau d'admission) ou 8000 francs (Sainte-Anne), quelquefois au bout de quinze ou vingt ans. En conséquence, la commission demande que l'interdiction soit levée au moins pour Sainte-Anne et Vaucluse. Enfin la commission émet plusieurs vœux, savoir : 1° qu'on étende le placement volontaire à tous les malades dont l'admission est sollicitée par les familles; 2° que certains épileptiques puissent passer, chaque année, plusieurs mois hors de l'asile; 3° qu'il soit pourvu, par une organisation régulière, à l'éducation des enfants idiots ou arriérés; 4° qu'on remplace, dans la préparation des aliments, la margarine par le beurre; 5° qu'on assure mieux la régularité du service fait par les sœurs, etc.

LE CONCOURS POUR L'EXTERNAT des hôpitaux de Paris vient de se terminer par le classement des candidats dans l'ordre suivant (voy. le commencement de cette liste dans le numéro 52, année 1879) :

MM. Gilly, Didsbury, Colombé, Duhamel, Chochon-Latouche, Berbez, de Tornery, Philippe-Lavallée, Chatelain, Crivelli, Boissard, Touaillé de Larabrie, Lauth, Grattery, Dinin, Brochard-Rigaud, Giraudeau, Fleurot, Charon, Hûe.

MM. Metaxas, Renault, Philippon, Thuvien, Robert (M. A.). Weber, Berne, Thouvenet, Mesnet, Debrigade, Achard, Dagonet, Leclercq, Gaucheraud, Mathieu, Manaud, Yvon, Mullot, Tisné, Sémelaigne.

MM. Dupont, Colleville, Ruyssen, Revilliod, Jeanselme, Lavic, Botten, Gillet, Phocas, Favrel, Steppin, Vallin, Mancet, Schwing, Budor, Grenier, Deroche, Placé, Peyramaure-Duverdier.

MM. Le Roy de Langevinière, Journiac, Melchior-Robert Sauze, Jacquet, Gougelet, de Brun du Bois-Noir, Derville, Négel, Bibail, Raymond, Vachez, Gomet, Schmitt, de Molènes, Bruneau, Benoît, Leviez, Patenostre, Dumoret.

MM. Audubert, Frétin, Leriche, Brothier, Pignol, Claude, Lallemant (M. J.), Testelin, Guérin, Porquet, Peigné, Blocq (P. O.), Didier (L. F. H.), Jannin, Moroux, Figari, Tavenaux, Rexol, Bourdel, Ménétrier.

MM. Villard, Cousin, Brunschwig, Gelez, Debric, Verneuil, Nutte, Dubois (C.). Mantel, Florand, Parent, Martin du Magny, Bornèque, Boussavit, Laussedat (J.), Perdrier, Gellé, Balme, Rambaud.

MM. Barbe, Biche, Pruche, Danopulos, Bourguet, Belin (E.), Chapotet, Belin (J.), Coudray, Reverdy, Daucourt, Pinard, Del Hamaide, Vigneron, Perrachon, Cohen, Cotton, Ducroux, Schreider, Martin (H.).

MM. Bellau, Engelbach, Rivet, Helleu, Ambresin, Quantin, Benoît (H.), Picard, Delanef, Combret, Chabaud, Morin (J.). Léonard, Diverneresse, Vacquer-Talayrach, Sallé, Girat, Payot, Amiraut, Fauchon.

MM. Boisson, Tostain, Taurin, Derégnaucourt, Rochette, Beltremieux, Mouton, Meige, Cenestoux, Cauvet, Gustin, Mosnier, Franceschi, Lannes, Martinelli, Mairel, Inglessis, Botelho, Têtu, Rambourg.

MM. Olivé, Robert (M. P.), Levaillant, Germex, Pascaud, Dalma, Lubet-Barbon, Fayard, Boquin.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Ce concours, ouvert le 5 octobre, vient de se terminer (23 décembre) par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Thibierge, Luc, Gilsou, Babinski, Verchère, Pioger, d'Ollier, de Brun de Bois Noir, Ozenne, Auvard, Chantemesse, Cochez, Rousseau, Tuffier, Geffier, Lacaze, Broussin, Guiter, Gibier, Pousson, Artaud, Malécot, Walther, de Gaslol, Boissard, Ollive, Bouley, Thuvien, Launoy, Hache, Martinet, Soyer, Binet, Delapersonne, Ph. Lavallée, Schmitt, Giraudeau, Lavergne, Bellangé, Guinard, Hue, de Larabrie, Meunier, Bernard, Dauchez, Berne, Damalix, J. Ferrand, Verneuil, de Gennes.

Internes provisoires . MM. Gilbert, Cayla, Chatellier, Blé, Salat, Poupon, Sené, Lévy (Albert), Gendron, Durand-Fardel, Chambellan, Sapelier, Lecoq, Piogey, Lévy (Édouard), Manaud, Ferrand (Edmond), Métaxas, Greffier, Catuffe, Schwing, Negel, Mercier, Millet (Pierre), Millet (Joseph), Bourdel, Gallois.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Le bureau pour l'année 1880 est composé comme suit : président, M. Ploix; 1er vice-président, M. Parrot; 2e vice-président, M. Thulié; secrétaire général-adjoint, M. Magitot; secrétaires annuels, MM. Bordier, Pozzi; conservateur des collections, M Topinard; archiviste, M. Dureau; trésorier, M. Leguay. — *Commission de publication* : MM. de Ranse, Bataillard, Dally.

UN INTRÉPIDE VOYAGEUR. — Le docteur Jules Crevaux, médecin de 1re classe de la marine, vient d'arriver à Paris, après avoir accompli son deuxième voyage dans l'Amérique équatoriale. En 1877, il avait remonté le Mazoni, traversé les chaînes Tumuc-Humac et exploré un des grands affluents de l'Amazone, le Yary. Dans sa dernière expédition, il est allé de Cayenne aux Andes en explorant l'Oyapock, remontant et descendant le Parou et l'Yapura sur une longueur de 2000 kilomètres. L'intrépide voyageur a rencontré des populations anthropophages sur les rives du fleuve.

AGENDA MÉDICAL POUR 1880, contenant : 1° un *Mémorial thérapeutique; 2°* un *Mémorial obstétrical; 3°* un *Formulaire magistral; 4°* un *Code médical et professionnel; 5°* une *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger.* — Paris, Asselin et Cie, place de l'École-de-Médecine.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 18 au 24 décembre 1879, on a constaté 1077 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 21. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 1. Variole, 27. — Croup, 16. — Angine couenneuse, 16. — Bronchite, 63. — Pneumonie, 102. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 12. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 9. — Erysipèle, 8. — Autres affections aiguës, 241. — Affections chroniques, 521 (dont 161 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 7. — Causes accidentelles, 27.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Thérapeutique médicale, par le professeur J. Quissac. 1 vol. in-8 de 417 pages, Paris, J. B. Baillière et fils. 8 fr.

Le pansement antiseptique, exposé spécialement d'après la méthode de Lister, dédié à ses élèves et aux médecins praticiens, par le chevalier J. H. de Nussabum; traduit sur la 2e édition allemande, par le docteur E. de la Harpe. In-8 de 185 p. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

De la localisation des maladies cérébrales, par David Ferrier; traduit de l'anglais, par H. C. de Varigny, suivi d'un mémoire sur les *Localisations motrices dans l'écorce des hémisphères du cerveau*, par MM J. N. Charcot et Pitre. 1 vol. in-8, avec 67 figures dans le texte. Paris, Germer Baillière et Cie. 6 fr.

Traité pratique et clinique des blessures du globe de l'œil, par le docteur A. Yvert; traduction de M. le docteur Galezowski. 1 fort vol. in-8 de 750 pages, Paris, Germer Baillière et Cie. 12 fr.

Recherches cliniques sur la diphthérie, et de son traitement en particulier, avec 5 planches de températures, 2 tableaux sur l'excrétion urinaire et le dosage de l'urée chez les diphthériques, par Floris Bouffé. 1 vol. in-8. O. Berthier. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 8 janvier 1880.

VALEUR DES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES.

(Deuxième article.)

L'exposé des faits cliniques nécessitait dans notre précédent article une énumération qu'on pourrait poursuivre parallèlement en physiologie; mais la multiplicité des observations nous entraînerait dans une longue série de citations, et nous préférons résumer les notions que nous considérons comme définitivement acquises et qui ont été fournies par l'anatomie et par l'expérimentation.

Une des particularités qui n'est pas la moins curieuse à étudier dans le sujet qui nous occupe est que la condition anatomique qui devrait servir de base à la discussion, c'est-à-dire la caractéristique de l'ecchymose sous-pleurale, a été longtemps incertaine. Tardieu et les élèves qui l'ont suivi ont vu les ecchymoses sous-pleurales sous un aspect spécial, si bien déterminé à leurs yeux, qu'ils ne se sont pas crus obligés de nous en transmettre une description, des dessins, enfin une étude anatomo-pathologique telle qu'on l'exige à bon droit de nos jours. On doit, quoi qu'on en ait pu dire, considérer comme ecchymoses sous-pleurales ces extravasations sanguines rappelant les taches de purpura, pointillées, arrondies, festonnées ou étoilées, à bords déchiquetés, qui, situées sous la plèvre viscérale se distinguent facilement des lésions du parenchyme pulmonaire. Ce sont de petites extravasations qui se présentent sous forme de taches irrégulières, ponctiformes, pointillées, lenticulaires, variant depuis la largeur d'une pointe d'aiguille jusqu'à plusieurs millimètres de diamètre, en forme de coups d'ongle, de festons ou de taches arrondies, ombiliquées même, à bords plus ou moins diffus, et qui sont situées dans la partie superficielle du parenchyme pulmonaire, sous la plèvre; elles sont caractérisées en ceci qu'elles persistent quand on enlève avec des pinces fines le feuillet viscéral de la plèvre, et, ainsi que l'ont vu Legroux et Parrot, par leur constitution histologique, c'est-à-dire par un amas de globules rouges, pressés les uns contre les autres, formant une sorte de petit disque à bords effacés, situé sous la plèvre et ne pénétrant pas dans les lobules pulmonaires, mais formant une véritable extravasation de sang sous-pleurale dans laquelle on retrouve les altérations des hématies que Ranvier et Cornil ont si bien décrites pour les extravasations sanguines des séreuses. Tel est le fait anatomique complet; il est vrai que maints détails viennent compliquer la description; c'est ainsi que ces ecchymoses semblent disparaître lorsque le poumon est affaissé, putréfié ou en partie desséché; mais alors l'insufflation, ainsi que l'a montré Faure, permet de retrouver l'aspect primitif, fait que j'ai vérifié sur des poumons de chats sacrifiés par suffocation, par décapitation et par submersion. Toutefois ce caractère fort important n'existe qu'à condition qu'on n'insufflera pas trop vigoureusement, de façon à produire l'emphysème sous-pleural.

L'observation expérimentale de ces ecchymoses présenterait suivant quelques auteurs une particularité encore plus remarquable : à savoir que les ecchymoses sous-pleurales pourraient disparaître lorsqu'on coupe les gros vaisseaux pulmonaires ou si on examine le poumon dans les jours qui suivent l'agonie. J'ai pour ma part étudié ces modifications dont l'observation est fort délicate à faire, parce que le poumon présente des phénomènes cadavériques ou même dépendant de l'agonie, qui transforment l'aspect dela surface pulmonaire, et je considère ces changements comme dus à des contractions des fibres lisses analogues aux mouvements vermiculaires observés dans l'intestin. Quant à moi, je n'ai pu observer la disparition des ecchymoses sous-pleurales pendant l'agonie; j'ai bien constaté, et en particulier chez un cobaye suffoqué dont j'ai dessiné avec soin deux ecchymoses sous-pleurales, une différence dans l'aspect de ces ecchymoses, en ce sens que la partie déchiquetée de l'extravasation était remplacée par l'emphysème; mais le centre de l'extravasation persistait.

Et d'ailleurs, sans nier la valeur des observations auxquelles j'ai fait allusion, je n'oserais considérer comme des ecchymoses sous-pleurales des suffusions sanguines qui disparaîtraient sous la simple action de l'écoulement du sang par les gros vaisseaux chez des animaux fraîchement sacrifiés; et, dans tous les cas, il serait difficile de prouver ici l'existence préalable de l'hémorrhagie. Je ne pense pas d'ailleurs que les contractions des muscles lisses des bronches ou du parenchyme pulmonaire puissent modifier davantage ces ecchymoses après la mort pas plus que pendant la vie; car M. Brown-Séquard a démontré en 1870 que les contractions des petites bronches ne sont pour rien dans la production de certaines ecchymoses ou hémorrhagies pulmonaires. En résumé, les ecchymoses sous-pleurales sont des lésions anatomiques dues à la rupture des capillaires situés à la périphérie des lobules sous la plèvre, et elles peuvent se distinguer des larges suffusions sanguines qui accompagnent les noyaux apoplectiques, l'emphysème et l'œdème pulmonaire.

Ajoutons que l'anatomie pathologique ne permet pas, actuellement, d'établir une corrélation précise entre la forme de l'ecchymose et la cause de sa production. L'expérimentation spécialement dirigée dans le but de connaître les lésions produites par la pendaison, la submersion, la suffocation, a donné des résultats aussi répétés que

convaincants. Page, Faure, Vicq, Girard, Descoust, etc., ont observé les ecchymoses sous-pleurales dans ces divers genres de mort. J'ai pour ma part trouvé chez des cobayes, des lapins, des chats nouveau-nés, décapités, noyés ou suffoqués, des ecchymoses et des suffusions sanguines; et si je n'entre pas dans le détail de ces recherches, c'est parce qu'elles confirment les travaux si remarquables que je viens de citer; d'ailleurs, la vérification est si facile, qu'il n'y a pas lieu d'insister davantage sur ces faits, que des experts autorisés et consciencieux ont présentés devant les tribunaux dans ces dernières années. Cependant nous ne devons pas oublier qu'il faut dans ces expériences tenir le plus grand compte des caractères de l'espèce et de l'âge des animaux soumis à l'étude. C'est ainsi que le cobaye adulte suffoque très facilement, tandis que le lapin résiste davantage et que le chat nouveau-né, quand on lui comprime les narines et la bouche, continue pendant un temps considérable ses efforts respiratoires. Il n'en est plus de même chez le chien, qui est l'animal le plus favorable pour ces expériences ; chez lui, les ecchymoses sous-pleurales se produisent avec une grande netteté ; et puisque j'ai été amené à ces considérations techniques, je conseillerais à qui voudrait étudier ces ecchymoses, de les rechercher aussi bien sur des animaux décapités que sur ceux qui sont sacrifiés par suffocation, parce que c'est dans ces deux conditions de mort violente que l'on observe ce phénomène dans ses manifestations les plus frappantes.

La physiologie générale, dans ces dernières années, nous a montré sous un aspect très nouveau les ecchymoses sous-pleurales, depuis que M. Brown-Séquard, dans une série de publications à l'Académie de médecine et à la Société de biologie en 1870, a démontré la production d'ecchymoses et d'effusions de sang dans les poumons sous une influence nerveuse. Il ne s'agit plus ici ni d'asphyxie ni de suffocation traumatiques, mais de la production des ecchymoses et des hémorrhagies interstitielles dans le poumon par suite d'une lésion de certaines parties du cerveau. Ces résultats ont une importance capitale dans l'étude du mécanisme de la lésion ; c'est pourquoi nous rappelons la conclusion principale qu'on en peut déduire, à savoir : que les blessures du pont de Varole au voisinage de l'insertion des pédoncules cérébelleux produisent des ecchymoses du poumon, brusquement, en dehors de toute action traumatique extérieure, puisqu'on les voit se former, la poitrine étant ouverte, en dehors de l'action des nerfs vagues (que l'on peut couper sans empêcher la production de ce phénomène), et qu'elles se forment enfin alors même que la trachée et les bronches sont vides d'air ou que les poumons sont distendus par la respiration artificielle.

En présence d'une réunion si complète de faits anatomiques, physiologiques et cliniques, la conclusion pratique nous semble facile à formuler. Comment pourrions-nous désormais invoquer comme caractéristiques ou pathognomoniques de la suffocation les ecchymoses sous-pleurales qui se rencontrent dans des circonstances si diverses? Il faut désormais ne donner à ce signe que la valeur restreinte qu'il mérite en médecine légale d'autant plus qu'il est invoqué précisément dans les cas où l'on veut distinguer entre elles les diverses causes de mort supposée violente, telles que la suffocation des nouveau-nés, la pendaison ou la submersion, et que dans ces circonstances surtout les ecchymoses sous-pleurales sont par elles-mêmes une preuve insuffisante, puisqu'elle est toujours discutable.

Nous acceptons, ainsi qu'on le voit, la conclusion du Congrès de médecine légale de 1878; mais nous devons en même temps insister sur les devoirs qu'impose aux médecins qui pensent comme nous une conclusion aussi nettement tranchée. En effet, il faudra toujours, dans un rapport, en même temps qu'on signale les ecchymoses sous-pleurales, tenir compte de toutes les circonstances qui peuvent les produire, et indiquer avec soin l'absence ou la présence de lésions cérébrales ou pulmonaires.

En définitive, la question nous semble résolue en médecine légale, en ce sens que la valeur du symptôme devient secondaire; mais si l'on envisage la production des ecchymoses sous-pleurales au point de vue de leur pathogénie, on retrouve un sujet d'étude des plus intéressants. Nous avons à dessein laissé de côté cette partie de l'histoire des ecchymoses sous-pleurales, parce que nous voulions baser nos conclusions seulement sur des faits; mais nous nous réservons de compléter dans un dernier article la théorie des ecchymoses sous-pleurales, autant qu'il est possible de le faire avec les notions que nous possédons sur le mécanisme de production de ce phénomène.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Du traitement du delirium tremens par l'alcool, par le docteur Deshayes, médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Similia similibus curantur. Si cet aphorisme est souvent vrai, c'est surtout chez les ivrognes, et les quelques cas de délire alcoolique qu'il m'a été donné d'observer depuis un an n'ont fait, sous ce rapport, que confirmer dans mon esprit ce que mon excellent ami le docteur Levasseur professe de son côté.

De tous les moyens autrefois employés pour combattre le *delirium*, les vomitifs, la digitale, le chloroforme, l'éther, l'asa fœtida, le musc, le chloral, même l'expectation, l'opium est à peu près le seul conservé actuellement. Mais que de fois n'échoue-t-il pas? Pour qu'il agisse, il faut, dit-on, le donner jusqu'à sédation, aux doses massives de 2, 3 et 4 grammes; mais alors le remède ne peut-il pas devenir pire que le mal?

Un traitement bien plus rationnel et bien plus efficace est le traitement par l'alcool, et c'est à consolider cette théorie, déjà admise, du reste, par un certain nombre d'auteurs, et notamment par le professeur Jaccoud, ainsi qu'à apporter pour sa consécration de nouveaux faits cliniques, que visent ces quelques notes.

Obs. I. — L..., charcutier, âgé de vingt-huit ans, constitution robuste, fume très-rarement; se livre depuis plus de dix ans à une consommation d'alcool toujours progressive et aujourd'hui incroyable. Boit jusqu'à un litre d'eau-de-vie commune dans les vingt-quatre heures; ne dégrise, pour ainsi dire, jamais, et en est arrivé à un véritable état d'hébétude.

Depuis plusieurs mois L... était sujet à des hallucinations plus fréquentes, constantes pour ainsi dire, et présentait à des intervalles plus rapprochés de véritables accès de *delirium tremens*.

C'est pour un de ces accès que je fus appelé le 21 juin 1878, et que je trouvai L... se démenant, s'agitant, et en proie à ses hallucinations habituelles et spéciales aux alcoolisés (incendies, animaux dévorants, etc.), ayant perdu tout sommeil depuis quatre jours, et

menaçant à chaque instant sa pauvre jeune femme de couteaux et de serpes qu'il tenait à la main. (Prescription : grands bains, opium, une pilule de 5 centigrammes toutes les deux heures, jusqu'à sédation.) Cette prescription ne fut pas suivie, et L... resta jusqu'au lendemain sans rien prendre.

Le 22, dans la matinée, même état de surexcitation : le malade tousse depuis quelques jours, mais on n'y a fait aucune attention : crachats rouillés, sanguinolents; à l'auscultation, râles crépitants fins et respiration bronchique en arrière, à gauche. En vain essayai-je à nouveau de soumettre le malade à la tisane, au lait ou au bouillon : L... ne voulut rien prendre. Un peu d'oppression; langue sèche; sueurs profuses; pouls petit, fréquent. Je fis part aussitôt à la famille de toute mon inquiétude sur la terminaison possible d'une pneumonie chez un alcoolisé de cette nature.

Dans l'après-midi, L... échappe aux siens, descend dans la rue, parcourt à pied et en courant plus d'un kilomètre, s'arrête à différents débits, où il boit plusieurs petits verres de mauvaise eau-de-vie, et revient chez lui beaucoup plus tranquillement, l'esprit plus calme et paraissant beaucoup moins oppressé. A partir de ce moment il consentit à prendre un peu de lait et de bouillon, à la condition que je lui accorderais une petite quantité d'eau-de-vie, quantité qui s'éleva par chaque jour à 250 grammes et plus.

Trois jours après cette échappée, L..., beaucoup plus calme, a recouvré le sommeil; la pneumonie est en résolution, et tout rentre dans l'ordre.

L... me promet de ne plus boire; mais, hélas! serment d'ivrogne, et deux mois plus tard, à la suite de nouveaux excès, je devais le faire séquestrer à l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, d'où, après un séjour de plusieurs mois, il est sorti guéri.

Étant aujourd'hui connue l'action de l'alcool dans les pyrexies et notamment dans la pneumonie, il m'est bien permis de penser que cet agent thérapeutique a été pour beaucoup dans la prompte résolution de l'état pulmonaire de mon malade, et d'ajouter que le *delirium tremens* qu'il présentait à un si haut degré a également et promptement cédé à l'usage recouvré de l'alcool. C'est du moins la conclusion que j'ai tirée.

Obs. II. — M. X..., âgé de quarante ans, employé chez un marchand de vins, de constitution athlétique, mais adonné depuis longtemps aux liqueurs fortes (vermouth, absinthe, eau-de-vie, etc.).

Depuis un an au moins, tremblement des mains, pituites le matin, sommeil agité et rare, etc.

Le 5 février 1879, la famille de X..., qui antérieurement avait déjà été traité pour des accidents semblables, me fait appeler, et je trouve le malade dans une agitation et un délire des plus violents; il crie, se démène, voit sa maison en feu, et le reste. (Opium à haute dose, purgatif, grand bain.) Le lendemain, même agitation, même état; sueurs profuses, continuelles. On a peine à garder ce pauvre forcené, tant il est agité. (Même traitement.)

Le surlendemain, 8, potion avec 100 grammes d'alcool.

A partir de ce moment le calme s'établit, et le malade s'endort dans l'après-midi pour ne se réveiller que douze heures après. Les jours suivants X... reprenait son travail.

Trois mois plus tard, mon client, qui avait repris ses anciennes habitudes, présentait à nouveau tous les symptômes de l'alcoolisme aigu : même agitation, même délire, langue sèche, pouls fréquent.

Soumis immédiatement à l'alcool, X..., quoique devenu plus calme, continua néanmoins à présenter un subdélirium et une agitation relative. A cette date, 24 avril, auscultation normale.

Le 26, pleuro-pneumonie à droite, dans toute la hauteur.

On continue l'alcool et la digitale : le délire disparaît le troisième jour, et la pneumonie, qui marche régulièrement, entre bientôt en résolution.

Deux objections peuvent être faites à propos de ce malade. Dans le premier cas, en février, le délirium a cédé le troisième jour. Or il en est souvent ainsi, alors qu'aucun médicament n'a été administré, que l'on s'est contenté d'une simple expectation : à tel point que beaucoup d'auteurs recommandent de s'en tenir à cette expectation. Je ne crois pas qu'il en eût été de même ici, car le calme a été trop subit et a coïncidé trop subitement avec le retour du sommeil, pour qu'on ne soit en droit d'y voir l'action incontestable de l'alcool.

Dans le deuxième cas, en avril, quoi d'étonnant, dira-t-on peut-être, de voir le *delirium tremens* chez un alcoolisé atteint de pneumonie? Soit : mais que la pneumonie soit survenue plusieurs jours après la première attaque de délirium, ce qui ne fait aucun doute pour moi, ou que le délirium ait été la conséquence de la pneumonie alors en *incubation*, puisque la respiration était normale, ici encore bienfaisante a été l'administration de l'alcool, et si cette fois l'action en a été moins rapide, la présence de la pneumonie vient en fournir la raison.

Chez ce malade, comme chez les deux autres, la température n'a jamais été prise régulièrement. Je le regrette, car il y aurait à tenir compte peut-être de la marche de la température sous l'action de l'alcool, chez un alcoolisé atteint d'alcoolisme aigu.

Je ferai aussi observer que ces malades, relativement jeunes, ne présentaient, au moment des attaques, aucune lésion appréciable du côté du cœur, ni des reins. J'ai cru enfin inutile de donner une observation complète et détaillée de chaque cas en particulier, tant était claire et évidente la nature des accidents.

Ce qu'il fallait, ce qu'il faut, dans le *delirium tremens*, c'est procurer le sommeil, qui est la guérison, et l'alcool, bien mieux que l'opium, m'a permis d'obtenir ce sommeil.

L'observation suivante, la dernière, car je crois inutile de citer tous les faits semblables et confirmatifs que j'ai observés à l'Hôtel-Dieu, est encore plus probante.

Obs. III. — M. X..., âgé de trente-trois ans, de très-bonne santé habituelle, mais adonné depuis longtemps aux spiritueux, fumeur, marié et père de famille, vit séparé de sa femme, par suite d'incompatibilité de caractères. Irritable à l'excès, jaloux, excentrique en tout, il boit, et c'est à la suite d'une véritable orgie que, le 1er janvier 1879, après plusieurs nuits de veilles et d'excès de toutes sortes, il arrive chez une tante dans un état impossible à décrire. La face est rouge, vultueuse; il a les yeux hagards, se croit poursuivi par la police, voit la maison en flammes, entend sa femme l'appeler, etc.

Je lui prescris 5 centigrammes d'opium en pilules toutes les deux heures; puis une potion au chloral (4 grammes). Même agitation, et pendant quarante-huit heures, le jour comme la nuit, notre malade, difficilement maintenu en respect par plusieurs hommes, arpente sa chambre, crie, chante, pleure, vocifère.

Le 3 au soir, première injection sous-cutanée, à l'aide de la seringue ordinaire de Pravaz, pleine, avec la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	1 gramme.
Eau distillée................	30 —
Eau de laurier-cerise..........	quelques gouttes.

Aucun changement vers minuit. Deuxième injection semblable. Troisième injection à cinq heures du matin. A partir de huit heures, une injection toutes les trois heures, et cela jusqu'au soir, le 4, c'est-à-dire huit ou neuf injections en tout.

J'évaluai alors à 70 *centigrammes* la quantité de morphine injectée. Je n'osai aller au delà, et d'ailleurs l'effet produit était nul.

Notre pauvre malade faisait peine à voir : il était au paroxysme du délire : les pupilles étaient très-contractées, et malgré les sueurs profuses dont il était couvert, et la diète absolue qu'il avait malgré moi subie depuis plusieurs jours, X... conservait une force musculaire considérable.

Je prescrivis alors, vers dix heures, 60 grammes d'alcool dans une potion. Vers la deuxième cuillerée le calme se manifesta, et bientôt X..., que nous considérions tous, assistants et médecin, comme perdu, s'endormait d'un sommeil paisible, presque régulier, qui dura d'une traite quatorze heures, et après lequel notre malade, mi-conscient des scènes des jours précédents, se réveillait l'esprit lucide et demandant *à boire*.

L'alcool fut continué modérément; X... put s'alimenter, et quelques jours après reprenait la direction de ses affaires.

Dans ce dernier cas, l'action de l'alcool a été si rapide et si manifeste qu'il est impossible de ne pas le reconnaître.

A moins de preuves contraires, je reste convaincu, pour le moment, que le remède à opposer au *delirium tremens*, chez les alcoolisés de vieille date, tout au moins, est l'alcool lui-même. Par alcoolisés, il faut entendre les sujets qui sont

depuis longtemps soumis à l'intoxication alcoolique. Il se pourrait, en effet, qu'étant donné un cas d'alcoolisme aigu chez un malade non alcoolisé; c'est-à-dire non habitué aux excès bachiques, l'alcool n'eût plus là son action sédative, compensatrice, pondérante, ou réparatrice, comme l'on voudra.

Pathologie interne.

Des abcès du foie évacués par les bronches, par le docteur O. Saint-Vel.

En dehors des petits abcès métastatiques de l'infection purulente, le foie présente rarement des abcès dans la zone tempérée. Dans les pays chauds, l'abcès est une terminaison fréquente d'une maladie commune : l'hépatite, que celle-ci soit liée à la dysentérie ou en soit indépendante. Le volume toujours notable, souvent considérable, et l'unicité ou le très petit nombre de ces collections, les ont fait désigner par Murchison (*Leçons cliniques sur les maladies du foie*, traduction par J. Cyr; in-8, p. 187) sous le nom d'abcès tropical, pour les distinguer de l'abcès pyohémique des pays tempérés. Rufz, Dutroulau aux Antilles, Haspel en Algérie, Annesley aux Indes, ont été frappés de la concomitance de l'abcès hépatique et de la dysentérie. Ribes, Budd, ont pensé que l'abcès résulte de la résorption effectuée sur le côlon ulcéré. La phlegmasie débuterait par la phlébite des radicules de la veine porte et se propagerait par les veines au parenchyme du foie. Cette pathogénie ne différerait guère de celle des abcès métastatiques. Un très grand nombre d'abcès échappent à cette explication et résultent d'une inflammation primitive de la glande, sans connexion aucune avec la dysentérie, même dans les localités où celle-ci est endémique. Cette assertion repose sur des chiffres nombreux recueillis par Morehead, Bristowe, Maclean, Waring et Murchison.

Le travail de suppuration semble suivre, dans certains cas, la division lobulaire du foie, ainsi que l'ont constaté Andral, Louis, Stokes et R. Quain. Les abcès que montre l'autopsie ne sont plus en voie de formation; ils sont déjà constitués, si récents qu'ils soient. Ils varient de volume, de nombre et de siège. Leur grosseur va de celle d'une noix à celle d'une orange; elle peut atteindre celle de la tête d'un enfant; la glande peut même n'être plus qu'une coque distendue par le pus, comprimant les organes voisins et amenant l'éros on des côtes. Le nombre des abcès est d'ordinaire de un à trois; l'abcès unique est le plus fréquent. Les abcès au nombre de cinq à dix sont liés à la dysentérie. Un abcès volumineux, remarque Murchison, peut, comme une hydatide, être le point de départ de petits abcès secondaires, qui résultent de la propagation de l'inflammation à d'autres points du parenchyme. Cette dissémination prouve, dit avec raison Dutrouleau, que les grandes collections ne résultent pas de la réunion des petites, ce que démontrent aussi la forme sphéroïdale des abcès volumineux et la membrane kystique dense, à surface unie, qui les tapisse. La partie postérieure du lobe droit est le siège ordinaire des abcès qui, lorsqu'ils sont multiples, se développent dans tous les points de la glande. Formés le plus souvent dans l'intérieur du parenchyme, ils tendent à gagner la surface du foie; le péritoine seul recouvre certains abcès superficiels.

Dans les collections récentes, les parois sont formées par la substance hépatique ramollie qui est réduite, dans la cavité remplie d'un pus jaune pâle, à des tractus filamenteux. Ces parois sont lisses, doublées quelquefois d'une mince couche de fibrine; elles prennent plus de consistance si l'abcès dure; elles se vascularisent et présentent l'aspect stratifié des membranes pleurétiques. Le pus qu'elles renferment a une coloration verdâtre ou jaune foncé, lorsque des conduits biliaires ont été détruits. Tant que la collection reste enkystée, elle conserve sa forme globuleuse; mais si l'enveloppe se rompt, le tissu hépatique intermédiaire entre deux abcès se détruit, et l'abcès plus vaste qui se produit est irrégulier et anfractueux.

Contrairement à ce qu'on pourrait prévoir d'après des lésions aussi graves, les symptômes restent généralement ceux de l'hépatite : ce sont la douleur sourde ou lancinante dans l'hypochondre droit ou bien localisée à l'épigastre ou en arrière, à la base du thorax, siégeant dans un cinquième des cas environ au moignon de l'épaule, dans le creux susclaviculaire ou dans la fosse susépineuse; c'est l'augmentation de volume du foie tantôt refoulant le poumon, tantôt débordant les fausses côtes de 3 à 7 centimètres; ce sont : une toux sèche; la contraction énergique du côté gauche du thorax suppléant la respiration courte, incomplète, coupée à droite par la douleur; l'ictère se montrant à des intervalles variables, ainsi que la fièvre. Mais ni l'hypertrophie du foie, ni la douleur, ni la gêne respiratoire, ni la fièvre, ni l'ictère, ne sont des signes constants. Que l'hépatite ait été évidente ou latente, l'abcès consécutif peut rester latent; et c'est pour l'abcès profond surtout que l'exploration peut rester négative ou peu sûre. Si dans quelques cas la suppuration, compliquée ou non de gangrène, amène par la violence des symptômes la mort en huit ou dix jours, dans d'autres cas la réaction est peu marquée, la collection s'enkyste et peut avoir une durée de plusieurs mois, de plusieurs années même.

L'abcès se termine de deux façons : la résorption et la rupture spontanée. Nous n'avons pas à traiter ici de l'ouverture artificielle, opération délicate et pleine d'alea. La résorption spontanée est trop rare pour qu'on puisse y compter. Elle a été néanmoins observée par Haspel, Cambay, Morehead, C. Broussais, Cateloup, Dutroulau, et par moi. Dans les cas où le kyste a servi à la résorption de son contenu, il ne contient plus qu'un résidu caséeux ou calcaire; et les parois, en se rapprochant, sont arrivées à se confondre en un tissu solide dont une dépression cicatricielle profonde dans le tissu hépatique reste le dernier vestige. En dehors de cette exception, le pronostic des abcès tropicaux est sombre. Outre qu'ils peuvent mettre la vie en péril, dans les premiers jours de leur formation, par la violence des réactions générales, ils l'exposent plus tard par les graves conséquences résultant de l'ouverture artificielle ou de la rupture spontanée. La guérison est l'exception dans les abcès hépatiques des pays chauds.

L'abcès, en gagnant la surface du foie, se trouve en rapport avec les parties voisines et dans les conditions qui en favorisent la rupture. La rupture à travers la paroi abdominale ou la paroi thoracique est rare. Dans un cas le pus, après avoir pénétré dans le tissu cellulaire abdominal, avait fusé jusque dans le scrotum. L'abcès peut s'ouvrir à l'extérieur par les voies biliaires et la vésicule biliaire, par l'estomac et le côlon transverse. Le malade peut mourir subitement du fait de la rupture de l'abcès dans le péritoine, le péricarde ou la plèvre. Dans un cas d'abcès multiples cité par Rouis, l'un s'était vidé dans la plèvre et un autre dans le péritoine. Après s'être épanché dans la cavité pleurale, le pus peut arriver au dehors par les bronches. Les deux modes de rupture les plus fréquents et qui, malgré de graves circonstances, telles que la difficulté, l'abondance, la durée de l'évacuation, la fièvre hectique, amenant parfois une terminaison fatale, peuvent néanmoins être considérés comme des terminaisons désirables dans l'hépatite suppurée, sont la rupture dans l'intestin et l'évacuation par les bronches.

La rupture dans les bronches, le plus commun de ces différents modes, s'accompagne de symptômes qui sont en partie ceux de la pneumonie : point de côté, râles muqueux à bulles plus ou moins grosses, dyspnée, fièvre. Parfois il y a du gargouillement; tantôt la respiration est calme; tantôt il existe des accès de suffocation, surtout après un effort. Les crachats caractéristiques, lie de vin ou mêlés de sang et de pus, sont souvent abondants comme dans les vomiques, ou bien varient de quantité selon le volume plus ou moins con-

sidérable de la collection, la facilité plus ou moins grand de l'évacuation et la recrudescence de l'inflammation dans le foyer. Quelquefois l'expectoration, après avoir duré des semaines avec abondance, se tarit, et recommence à la suite d'accès fébriles avec la même abondance, les mêmes caractères et la même persistance. La nouvelle évacuation provient-elle d'un abcès voisin qui communique avec l'ancienne poche après destruction du tissu hépatique intermédiaire? Vient-elle d'une de ces collections qui se forment dans ou autour des résidus d'une inflammation antérieure et désignées par James Paget sous le nom d'abcès résidueux?

Les conditions anatomo-pathologiques rendent compte de ces différents symptômes. En proéminant à la surface du foie, l'abcès détermine, même avant sa rupture, des altérations dans les organes voisins. Ainsi le poumon peut subir, par le refoulement du diaphragme, une sorte de tassement; il peut être pris d'hépatisation; la plèvre peut être le siège d'une inflammation adhésive. Le diaphragme peut être détruit par l'abcès dans une étendue dont le diamètre est inférieur à celui de la collection hépatique et de la caverne pulmonaire consécutive à la rupture. Il en résulte une ouverture plus ou moins étranglée, à bords irréguliers, dont la disposition explique en partie la durée de l'évacuation du pus dont elle gêne l'expulsion. Cette durée tient encore à ce que la poche, alors que l'écoulement paraissait se tarir, se remplit après quelques accès de fièvre et continue à fournir du pus. Bien que la quantité de pus rendue dans un accès de suffocation, après la rupture, ait été d'un litre de plus, le malade peut pendant des semaines et à plusieurs reprises expectorer, à la suite d'accès de toux, un plein crachoir chaque jour. Lorsque la collection se tarit, le liquide rejeté est séro-purulent. La toux qui souvent persiste n'amène plus de temps à autre que quelques crachats panachés de sang ou bien jaunes, amers et fétides. Le défaut de cicatrisation de ces abcès tient à l'induration des parois de la cavité kystique.

La guérison est rarement prompte et définitive après la rupture de l'abcès; elle est entravée parfois par la reproduction de la suppuration; la convalescence est lente d'ordinaire, et le rétablissement n'est définitif dans certains cas qu'au bout de deux ou trois ans. Ce sont là des chances heureuses. Il n'est pas de médecin ayant exercé dans les pays tropicaux qui n'ait rencontré des cas de guérison d'abcès hépatiques évacués par les bronches. Il est très rare de pouvoir observer les suites de cette rupture dans les pays tempérés. A quelques mois d'intervalle, en 1878, j'ai eu l'occasion de les étudier sur deux malades arrivés de la Martinique. Je reproduis seulement les circonstances intéressantes de ces observations.

Obs. I. — M. X..., âgé de quarante-neuf ans, créole, sans antécédents dysentériques, avait été très malade en 1877, d'une hépatite terminé en août par la rupture d'un abcès. A la vomique avait succédé pendant plusieurs semaines une expectoration lie de vin abondante. Les crachats spécifiques avaient reparu à différents intervalles et en petite quantité. Arrivé à Paris en mai 1878, le malade affaibli, amaigri, jaune sans être ictérique, accusait une amélioration notable de l'état général, survenue dès les premiers jours du voyage. Ni troubles digestifs, ni douleur à la région hépatique, rien de suspect à l'auscultation, en dépit d'une toux tenace et fréquente qui, à cause de l'amaigrissement et de quelques symptômes fébriles, avait fait craindre quelque altération pulmonaire. La palpation et la percussion ne révélaient aucune hypertrophie du foie. Avec ou sans quinte de toux, il se produisait, plusieurs jours de suite ou à des intervalles plus éloignés, des crachats aérés et teints de sang, ou bien épais, amers et colorés en jaune. Une saison de Vichy rétablit l'état général. Quoique diminuée, la toux continuait àa mener l'expectoration de mucosités amères, jaunes et fétides, ce qui indiquait que le trajet hépatique et pulmonaire n'était pas complètement cicatrisé. Ce malade, qui se disposait à passer l'hiver dans le midi de la France, dut retourner aux Antilles en novembre. Six mois après son retour sa santé se maintenait.

Dans la seconde observation le dénouement fut sombre.

Obs. II. — M. L..., créole, âgé de vingt-sept ans, d'une forte constitution, avait contracté la dysenterie vers le milieu de 1877. Les accidents dysentériques avaient pris la forme chronique, et, au bout d'un an, une hépatite grave leur avait succédé. En juillet 1878, au milieu d'une crise de suffocation, un abcès considérable était évacué par les bronches. A deux reprises, la poche qui proéminait en arrière vers le sixième espace intercostal s'était remplie et vidée; et, avec ces alternatives, l'évacuation du pus avait duré deux mois. Profitant d'une amélioration dans son état, le malade part de la Martinique et arrive à Paris le 2 novembre. Depuis le départ l'expectoration s'est tarie. L'apparence et l'interrogation ne révèlent pas d'altération profonde de l'état général. Le foie ne déborde pas les fausses côtes; une matité assez marquée en haut indique le refoulement du poumon et la situation de la poche kystique. A partir du 22 novembre, le malade éprouve une douleur à l'hypochondre droit, et présente un peu de fièvre dans l'après-midi. L'expectoration de pus mélangé de sang recommence avec abondance et s'accompagne d'une toux fatigante. Il existe un gargouillement obscur à la base du poumon, en arrière, et plus haut des râles muqueux disséminés. A la percussion et à la palpation, la poche de l'abcès se sent entre la sixième et la huitième côte. Des vésicatoires sur le côté, des purgatifs légers et du sulfate de quinine sont prescrits sans résultat. Pendant un mois l'expectoration continue; il y a des jours qu'elle remplit un crachoir; l'amaigrissement fait de rapides progrès. Vers la fin de l'année les crachats lie de vin diminuent, et l'état général s'améliore. Au lieu d'aller passer l'hiver dans quelque station du Midi, le malade, découragé et nostalgique, se décide au retour, et, parti de Saint-Nazaire le 6 janvier, il meurt en mer le 16.

Cette observation montre le danger qu'entraîne la reproduction de la suppuration. Il n'est pas le seul à redouter après l'hépatite suppurée. Le rétablissement n'est que temporaire quelquefois; après une période de fausse sécurité plus ou moins longue, l'influence morbide, existant comme un trait caché dans la profondeur de l'organe, se révèle par un nouvel abcès, que les sujets soient restés sous les tropiques ou qu'ils résident dans les climats tempérés. Aussi rien de plus vrai que la remarque de Dutroulau (*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, in-8, p. 217) : « Il est à ma connaissance que des Européens partis des colonies après des abcès du foie ouverts par le bistouri ou rendus par les voies naturelles, et guéris en apparence, ont succombé longtemps après à de nouveaux abcès; d'autres ont gardé des abcès en suppuration pendant des années. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

Anatomie générale. — M. *L. Ranvier* adresse un volume intitulé : *Leçons d'anatomie générale, professées au Collège de France* (1878-1879).

Structure des glandes sudoripares. Note de M. *L. Ranvier*. — Voici les principaux résultats nouveaux auxquels l'auteur a été conduit par ses recherches :

a. Les cellules glandulaires du tube sécréteur des glandes sudoripares montrent, dans leur protoplasma, des stries granuleuses semblables à celles de l'épithélium des tubes contournés du rein. — *b.* Les cellules glandulaires sudoripares contiennent, en oûtre, des granulations graisseuses. — *c.* Les cellules glandulaires sudoripares n'ont pas de membrane d'enveloppe ni de cuticule. — *d.* La lumière centrale du tube sécréteur envoie, entre les cellules glandulaires, des prolongements canaliculés qui se ramifient et atteignent la membrane propre. — *e.* La couche ou tunique musculaire du tube sécréteur n'est pas au-dessous de la membrane propre, comme l'ont dit et figuré les auteurs; elle est située au-dessus de cette membrane et immédiatement au-dessous de l'épithélium. — *f.* Les fibres-cellules qui composent la tunique contractile du tube sécréteur sont distantes les unes des autres, de telle sorte que les

échanges glandulaires peuvent s'effectuer entre elles. — *g*. Le protoplasma et le noyau de ces fibres-cellules sont marginaux et occupent toujours celle de leurs faces qui est tournée vers la lumière de la glande. — *h*. Leur face externe est aplatie et présente une série de petites crêtes longitudinales et parallèles qui, s'incrustant dans la membrane propre, établissent une union intime entre cette membrane et l'élément musculaire, dont la contraction est ainsi rendue efficace. — *i*. La face interne des fibres musculaires est convexe, et sur elle reposent directement les cellules glandulaires, qui émettent des prolongements entre ces fibres et viennent se fixer à la membrane propre. — *j*. La glande sudoripare naît du corps muqueux, qui, pour la former, envoie dans le derme un bourgeon composé entièrement de cellules épithéliales (Kölliker). Les cellules externes du renflement terminal de ce bourgeon deviennent, par simple différenciation, les fibres musculaires du tube sécréteur. — *k*. La lumière de la glande sudoripare embryonnaire s'établit, non pas à la suite de la fonte des cellules centrales de la glande, comme l'a dit Kölliker, mais par la formation de la cuticule. — *l*. Le développement de la glande sudoripare et la croissance de ses éléments épithéliaux ne sont pas sans analogie avec le développement et la croissance du poil. — *m*. L'évolution épidermique des cellules du canal excréteur sudoripare compris dans l'épiderme est plus hâtive que celle de l'épiderme lui-même. — *n*. Le processus de kératinisation de la cuticule du canal excréteur est différent de celui des cellules de ce canal et du reste de l'épiderme. Par certaines de ses réactions, la kératine de la cuticule se rapproche de la kératine de la gaîne interne de la racine des poils. — o. La coloration noire que prend la couche cornée de l'épiderme sous l'influence de l'acide osmique tient à ce que cette couche est infiltrée de graisse. En effet, elle ne se colore plus quand on la soumet à l'action de ce réactif après qu'on l'a traitée par l'alcool absolu.

ALTÉRATIONS DES NERFS CUTANÉS DANS UN CAS D'ICHTHYOSE CONGÉNITALE. Note de M. *H. Leloir*.

« Un morceau de peau d'ichthyose serpentine congénitale, pris sur un malade de l'hôpital Saint-Louis, nous a permis de constater que les nerfs de la région étaient profondément altérés. Les filets nerveux adhérents à ce morceau de peau furent examinés, après séjour dans l'acide osmique au centième pendant vingt-quatre heures et coloration consécutive au moyen du picrocarmin. Nous pûmes constater qu'un grand nombre des tubes nerveux avaient subi une dégénération complète et présentaient, avec une grande netteté, les lésions ultimes de la névrite dégénérative atrophique : disparition complète de la myéline, gaînes vides présentant un aspect moniliforme (la gaîne de Schwann seule persistant et présentant de distance en distance des noyaux), comme cela se rencontre dans le stade ultime de la dégénérescence des nerfs. Quelques très rares tubes nerveux présentaient les altérations suivantes : fragmentation de la myéline en gouttelettes, et même résorption totale de cette substance en certains points, disparition du cylindre axe, multiplication des noyaux. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit une lettre de candidature de M. le docteur *Félix Terrier* pour la section de pathologie externe.

M. *J. Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Lésébenc* (de Brest), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une observation de transmission du farcin chronique du cheval à l'homme.

M. *le Secrétaire perpétuel*, par l'entremise de M. *Briau*, présente, au nom de M. *Émile Ruelle*, bibliothécaire de Sainte-Geneviève, un volume intitulé : *Œuvres de Rufus d'Éphèse.*

M. *Jules Rochard* présente, au nom de M. le docteur *Frogé*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Brieuc, une brochure intitulée : *Du rôle de la fièvre dans la genèse des maladies aiguës, et du traitement préventif de ces maladies.*

M. *Panas* présente, au nom de M. le docteur *Péan*, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen.*

ALLOCUTIONS. — Avant de quitter le fauteuil de la présidence, M. *Richet* prononce une allocution très applaudie, dans laquelle il passe en revue les travaux importants qui ont été discutés à l'Académie pendant l'année 1879.

En prenant possession du fauteuil présidentiel, M. *H. Roger* propose de voter par acclamation des remerciements au président sortant et prononce quelques paroles très applaudies.

DÉVELOPPEMENT DES HYDROPISIES. — M. *Bouillaud*, à l'occasion de la précédente communication de M. Colin, dit que la question des hydropisies a été traitée en 1822 avec beaucoup d'éclat par Pinel. A cette époque, les lymphatiques jouaient un grand rôle dans le développement des hydropisies passives; Pinel disait qu'elles étaient produites par une *débilité des vaisseaux lymphatiques*. On ne se doutait pas alors que les veines jouaient un rôle considérable dans l'absorption du sérum. Magendie avait fait à cette même époque des expériences très concluantes qui démontraient le rôle des veines et vaisseaux lymphatiques dans l'absorption de la sérosité.

Au début de ses études, M. Bouillaud a observé un grand nombre d'hydropisies passives et locales ; il se demanda alors comment ces phénomènes avaient lieu, et c'est après de nombreuses autopsies qu'il reconnut qu'ils étaient produits par des oblitérations veineuses locales. En généralisant, il arrivait à cette déduction que l'oblitération de la veine porte devait également produire une hydropisie partielle, c'est-à-dire l'ascite.

Bricheteau publia à la même époque un travail dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, qui tendait à renverser la nouvelle doctrine, qui n'en fut pas moins universellement adoptée quelques années plus tard.

M. *Colin* dit que les veines distendues et oblitérées, et ayant perdu leur élasticité, donnent lieu, par suite d'un excès de pression sanguine, à une exosmose qui produit les hydropisies passives. Or M. Bouillaud avait émis une opinion analogue lorsqu'il s'était occupé de cette importante question. Il affirme n'avoir jamais rencontré une hydropisie passive ou partielle qui ait été produite par une lésion des vaisseaux lymphatiques.

M. *Bouillaud* fait remarquer que, pour lui, l'hypersécrétion séreuse est toujours une *hypercrinie*, c'est-à-dire un acte *vital*, ce qui différencie sa doctrine de la doctrine *mécaniciste* de M. Colin. Il ajoute qu'il est impossible que l'arrêt de circulation du cours de la lymphe produise des hydropisies, parce que le sérum des hydropisies n'a aucun rapport avec le liquide contenu dans les lymphatiques.

M. *Colin* répond à M. Bouillaud et dit qu'il a fait des expériences nombreuses qui démontrent les faits exposés dans sa précédente communication.

En ce qui concerne l'action de la veine porte dans la production de l'ascite, il n'a pu obtenir des résultats positifs. Chaque fois qu'il a essayé de lier la veine porte, les animaux ne résistaient pas à cette expérience et mouraient au bout de quelques heures, avant que l'hydropisie ait eu le temps de se reproduire. Mais si on lie en même temps la veine cave supérieure et si on exerce une constriction médiocre, les animaux vivent quelque temps et il se produit de l'ascite. M. Colin se croit autorisé à penser que dans les hydropisies passives le sang filtre à travers les veines sous l'influence de celles-ci.

M. *Bouillaud* dit que la collection séreuse se produit par suite de l'oblitération de la veine ; lorsque le cours du sang veineux est obstrué, il se forme une hydropisie en arrière de l'obstacle. Dans l'oblitération de la veine porte, on a beau ponctionner l'ascite, celle-ci étant toujours le produit direct d'une hypercrinie et non d'une transsudation, l'hydropisie se reforme perpétuellement parce que l'obstruction persiste. Un phénomène analogue a lieu dans la cirrhose.

M. *Colin* répond qu'il n'avait pas compris, en lisant le mémoire de M. Bouillaud, que les observations auxquelles il est fait allusion se rapportassent à une oblitération complète de la veine porte. Dans ce cas, il admet parfaitement la théorie de M. Bouillaud en tant qu'appliquée aux oblitérations complètes.

En ce qui concerne le rôle que jouent les lymphatiques dans la production des hydropisies, M. Colin dit qu'il a observé chez les animaux un grand nombre d'épanchements séreux résultant de la ligature des vaisseaux lymphatiques, et notamment du canal thoracique. Il en a observé également à la suite d'inflammations ganglionnaires. Ces faits démontrent suffisamment que les hydropisies peuvent avoir pour cause une lésion des lymphatiques.

M. *Bouillaud* demande si M. Colin est certain que, dans ces cas, il n'existait pas également une oblitération ou une compression des veines.

M. *Colin* répond qu'il est possible qu'il y ait eu dans ces cas une compression veineuse, mais que cela n'est pas probable. Les vaisseaux sanguins ne paraissaient pas comprimés. Quant au canal thoracique, il faut savoir qu'il est quelquefois double ou triple chez les animaux. Si l'on pratique la ligature sur toutes les branches, ou en arrière des anastomoses, on obtient l'infiltration du mésentère.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Anévrysmes de l'artère pulmonaire chez les phthisiques : M. Damaschino. — Note sur la cirrhose pulmonaire consécutive à la cachexie palustre : M. Laveran. — Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie : M. Debove.

M. *Damaschino* présente des planches relatives aux anévrysmes de l'artère pulmonaire chez les phthisiques. Ces anévrysmes, source habituelle du sang dans les hémoptysies, présentent une certaine variété en ce qui concerne leur contenu; tantôt ils sont vides, tantôt ils contiennent du sang sous la forme d'un caillot mou, noir, de formation récente (c'est là le cas le plus fréquent); tantôt enfin ils contiennent des coagulations fibrineuses, mais c'est là un fait tout à fait exceptionnel; M. Damaschino n'a observé qu'un cas de ce genre, celui dont il vient entretenir la Société. Le malade dont il s'agit était atteint d'une phthisie à marche lente; il avait eu à plusieurs reprises des hémoptysies. A l'autopsie, on trouva plusieurs cavernes dans les poumons, et, de plus, deux anévrysmes de l'artère pulmonaire; le premier, du volume d'une noix, contenant des dépôts fibrineux nettement stratifiés; le second, ayant sa cavité remplie par un caillot fibrineux sans stratification.

— M. *E. Besnier* donne lecture d'une note de M. *Laveran*, agrégé au Val-de-Grâce, détaché à l'hôpital de Constantine, sur la *Cirrhose pulmonaire consécutive à la cachexie palustre*.

Les altérations histologiques du poumon, bien décrites par M. Laveran, dans cette maladie, sont de deux ordres : les unes portent sur la trame conjonctive de l'organe, tant au pourtour des lobules que dans leur intérieur, et résultent de l'infiltration de cette trame par des cellules embryonnaires devenues fibreuses; les autres intéressent le revêtement épithélial des alvéoles et consistent dans la transformation de l'endothélium pulmonaire en épithélium cylindrique analogue à celui des bronches.

— M. *Debove* communique les résultats de recherches entreprises par lui, en collaboration avec M. Dreyfus, interne des hôpitaux, et publiées sous ce titre : *Contribution à l'étude de l'anurie et de l'urémie.*

De nombreuses expériences ont été faites sur ce sujet, mais leurs résultats ne sont pas complètement démonstratifs; d'une part, en effet, on peut se demander si les phénomènes provoqués expérimentalement chez des animaux sont identiques à ceux qu'on observe au lit du malade; d'autre part, chez les animaux eux-mêmes, le traumatisme que nécessite la ligature des uretères mêle ses effets immédiats à ceux de l'anurie, empêche de prolonger l'expérience, car il entraîne promptement la mort, et constitue ainsi une cause d'erreur ou, au moins, d'incertitude. Les observations cliniques ont donc plus de valeur que les expériences; M. Debove a eu l'occasion d'en recueillir une très complète dans son service; c'est cette observation qui a servi de base aux recherches publiées par lui.

Il s'agit d'une femme qui se présenta à la consultation, n'ayant pas uriné depuis vingt-quatre heures. On la sonda; la vessie ne contenait pas d'urine; le lendemain, elle n'en contenait pas davantage; il en fut de même les jours suivants; l'anurie se maintint jusqu'au quinzième jour. A partir de ce jour, l'excrétion de l'urine se rétablit en partie, mais, malgré cela, les accidents de l'urémie apparurent, et la malade mourut dans le coma le vingt-quatrième jour.

A l'autopsie, on constate les lésions suivantes : l'anurie résulte de la compression des uretères, près de leur embouchure dans la vessie, par un cancer utérin ; l'uretère droit, énormément dilaté et rempli d'urine, a presque le volume de l'intestin grêle; le rein droit a un volume double de son volume normal; son tissu fortement congestionné est parsemé de taches hémorrhagiques; à l'examen histologique, on y constate toutes les lésions d'une néphrite interstitielle diffuse suraiguë avec accumulation de globules blancs dans le tissu conjonctif.

L'uretère gauche a aussi subi une distension considérable comme l'indiquent les dimensions acquises par lui, mais il est flasque et vide, l'urine ayant pu s'évacuer dans la vessie ; le rein gauche est moins malade que le droit, par suite du rétablissement du cours de l'urine.

Les recherches de M. Debove sur cette malade ont porté sur les points suivants :

1° *Marche de la température dans l'anurie.* — La température a subi un abaissement notable; au dix-neuvième jour, elle était tombée à 34°,8; malgré cela, la malade n'a cessé d'accuser une sensation de chaleur vive; ce contraste entre le fait réel et la sensation perçue est analogue à celui qu'on observe dans la fièvre au moment du frisson, seulement, dans ce cas, il s'est produit en sens inverse.

2° *Accumulation de l'urée dans le sang.* — Sur des animaux en expérience, M. Gréhant a trouvé 2gr,76 d'urée par litre de sang. Chez la malade de M. Debove, vers le quinzième jour, c'est-à-dire au moment où l'accumulation devait avoir atteint son maximum, on n'a trouvé que 4gr,4 d'urée par litre de sang.

Ce chiffre est bien faible après quinze jours d'anurie, si l'on songe à la quantité d'urée produite physiologiquement chaque jour. Mais il s'explique, d'après M. Debove, par ce fait que l'accumulation d'urée dans le sang, arrivée à un certain degré, empêche les combustions organiques, et par suite, diminue considérablement la production quotidienne d'urée.

Là aussi est la cause de l'algidité; l'organisme peut être comparé, dans ce cas, à un foyer où on laisse les cendres s'accumuler; ainsi couvert, le feu languit et donne peu de chaleur. Ce même fait explique la rareté relative de l'urémie dans les affections du rein; l'insuffisance d'élimination amène une diminution de production, et la dose d'urée se maintient dans le sang au-dessous du degré toxique où commence l'urémie.

3° *Élimination de l'urée.* — Dans les vomissements on a trouvé peu d'urée; par des lavements, on a enlevé 0gr,139 d'urée par litre de liquide rendu; pour ouvrir du côté de la peau et des glandes salivaires des voies d'élimination, on a fait une première injection sous-cutanée de 1 centigramme de pilocarpine, puis une seconde de 2 centigrammes; l'effet sudorifique a été très peu marqué, et la quantité d'urée rendue avec la sueur absolument insignifiante; mais on a obtenu une certaine quantité de salive contenant de l'urée dans

la proportion de 2gr,64 par litre; chez un malade non anurique, la proportion d'urée dans la salive est de 0,156.

En somme, chez sa malade, M. Debove a eu recours à tous les moyens d'élimination supplémentaire, et n'a obtenu que de très faibles résultats; il arrive même à se demander s'il y a avantage, dans l'anurie, à médicamenter le malade, et même si, dans certains cas, il n'y a pas inconvénient. Ainsi, par exemple, si l'on donne un purgatif, on fait éliminer, pour une très faible quantité d'urée, une grande quantité d'eau; on provoque ainsi la résorption des liquides épanchés; or ces liquides sont très riches en urée, et leur passage dans le sang y apporte une quantité d'urée bien supérieure à celle éliminée par l'intestin à la suite de la purgation.

4° *Quantité d'urée contenue dans l'urine.* — La malade n'est pas restée anurique jusqu'a la fin; l'analyse de l'urine rendue par elle du quinzième au vingt-quatrième jour a donné une proportion d'urée moindre qu'à l'état normal. Ce fait a été signalé : M. Hermann, ayant lié les uretères chez un animal, remarqua que l'urine accumulée au-dessus de la ligature était très pauvre en urée; mais, par contre, si l'on enlevait la ligature, l'urine sécrétée dans les heures suivantes en contenait une quantité considérable. Chez la malade de M. Debove, on n'a pu recueillir l'urine accumulée, car, lorsque l'anurie a cessé, la première évacuation d'urine s'est faite dans le lit; on n'a donc pu avoir que de l'urine sécrétée consécutivement à la levée de l'obstacle. Cette urine, d'après les recherches d'Hermann, aurait dû contenir une proportion exagérée d'urée; or c'est le contraire qui a eu lieu. M. Debove s'explique aisément cette différence entre les résultats d'Hermann et les siens. Chez les animaux en expérience, le rein n'a pas le temps de s'altérer, et dès que l'obstacle au cours de l'urine est levé, la fonction rénale se rétablit dans son intégrité. Chez sa matade, l'anurie datait de longtemps, et le rein était trop profondément altéré pour que la sécrétion urinaire pût redevenir normale. « Quand l'anurie a persité un certain temps, dit M. Debove, la fonction rénale est définitivement compromise et la malade meurt d'urémie, alors même que le cours de l'urine parvient à se rétablir. »

5° *Dosage de l'urée contenue dans le foie.* — Pour tout cet organe, M. Debove n'a trouvé que 0gr,365 d'urée. Ce résultat paraît en opposition avec les travaux de M. Brouardel, qui considère le foie comme l'organe formateur de l'urée.

Dr BELLON.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

De l'immobilisation et de la mobilisation dans le traitement des maladies articulaires. — Contribution à l'étude de l'ovariotomie. — Présentation de pièces. — Elections.

M. *Le Fort* continue son discours sur le traitement des arthrites. Dans la coxalgie, quand on a obtenu la guérison avec raideur de la jointure, presque avec ankylose, que faut-il faire? Si l'ankylose est le résultat de désordres graves, il faut s'abstenir. Si on peut le faire sans danger pour le malade, il faut chercher à diminuer l'ensellure et la claudication, mais ne pas chercher à ramener les mouvements.

Dans la coxalgie rhumatismale guérie, M. Le Fort est partisan résolu de la mobilisation; mais il y a une mesure. On ne doit pas agir violemment, mais avec douceur et persévérance. Pour arriver à la mobilisation sans provoquer des accidents, M. Le Fort a fait construire un appareil qui opère avec force et graduellement la traction de la cuisse en arrière (fig. 1 et fig. 2).

L'appareil dont se sert M. Le Fort se compose d'une ceinture moulée et d'un cuissard. Le poids du corps est transmis de l'ischion au genou, sans passer par la hanche, au moyen de pelotes mobiles par des cremaillères (f) prenant point d'appui sur les condyles du fémur et d'autre part par un bourrelet appuyant sur l'ischion. Le redressement graduel de la cuisse fléchie sur le bassin est opéré par le mécanisme suivant (fig. 1). L'attelle fémorale externe s'articule au niveau de la hanche. Sur le même axe s'articule une tige métallique prolongée au-dessous du point d'articulation sous forme de demi-cercle (d) percé de cinq trous. Suivant l'inclinaison donnée à cette tige, chacun des cinq trous peut répondre à un trou percé dans l'attelle fémorale au-dessous de son extrémité articulée. Une broche (e) enfoncée dans l'un des trous de la tige pelvienne et dans celui de la tige crurale rend ces deux pièces solidaires l'une de l'autre. Cette tige pelvienne se termine en haut par un anneau et au-dessous

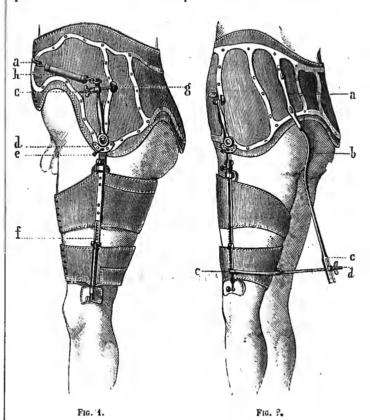


FIG. 1. FIG. 2.

par un trou creusé en pas de vis dans lequel s'engage la vis à oreille (c); cette vis prend son point d'appui sur la cupule (g) dépendant de la garniture métallique de la ceinture. Si on tourne cette vis, on écarte de la cupule l'extrémité de la tige pelvienne et l'on étend par cela même la cuisse sur le bassin. Si au lieu d'opérer de force et brusquement cette extension, on veut la rendre continue, on fixe à l'anneau terminal de la tige métallique, et à un anneau (a) dépendant de la ceinture un cylindre de caoutchouc dont l'élasticité a pour effet de tendre au redressement du membre.

Si la résistance à l'extension est trop grande, on applique momentanément à la partie postérieure de la ceinture (fig. 2) une forte tige métallique (a, b, c) bifurquée à sa partie inférieure pour laisser passer une tige (D, C) munie en (d) d'un pas de vis sur lequel court un écrou à oreilles. En avant, cette tige bifurquée en fer à cheval saisit au moyen des deux crochets qui la terminent les attelles fémorales interne et externe. L'action de l'écrou tendant à rapprocher de force de la cuisse la tige métallique (a, b, c), on conçoit que le redressement puisse être opéré avec force, mais avec une force qu'il est possible de graduer à volonté.

Les reproches de M. Verneuil ne peuvent s'appliquer aux ankylophobes de la Société de chirurgie. L'immobilisation est

la règle dans le traitement des tumeurs blanches en général, surtout quand il s'agit du genou. Mais dans beaucoup de cas, la mobilisation naturelle est impuissante; il faut employer la mobilisation artificielle. L'immobilisation prolongée peut enraidir une articulation saine.

La mobilisation des articulations est la règle quand il n'y a plus de douleur; l'immobilisation est la règle s'il existe de la douleur indépendante des mouvements communiqués. C'est au chirurgien de choisir le moment opportun pour agir.

— M. *Guéniot* fait un rapport sur un mémoire lu par M. Dézanneau (d'Angers): résumé statistique de quinze opérations d'ovariotomie.

— M. *Peyrot* présente les extrémités inférieures des fémurs d'un enfant de quatorze ans sur le cadavre duquel MM. Peyrot et Farabeuf ont essayé une machine à redresser le genu valgum. Dans les deux cas il y eut décollement de l'épiphyse et déchirure du périoste.

— *Elections.* — Les élections pour le bureau de la Société pendant l'année 1880 donnent les résultats suivants :

Président, M. Tillaux; *vice-président*, M. de Saint-Germain; *secrétaire général*, M. Horteloup; *premier secrétaire annuel*, M. Polaillon; *deuxième secrétaire annuel*, M. Le Dentu; *trésorier*, M. Berger; *archiviste*, M. Terrier.

Membres du comité de publication : MM. Sée, Giraud-Teulon, Horteloup.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Traitement du genu valgum; redressement brusque et ostéotomie. — Hernie crurale étranglée; kélotomie; persistance des accidents, mort. — Prolapsus utérin, opération de Le Fort. — Présentation d'instruments. — Présentation de pièces.

M. *Farabeuf* fait un rapport sur les pièces présentées par M. Peyrot dans la précédente séance. Il s'agit de décollements des épiphyses produits par l'appareil Collin. L'articulation du genou n'était pas ouverte; les ligaments étaient intacts; l'épiphyse inférieure du fémur était décollée. Ce décollement a été produit par des tractions graduées au moyen de moufles.

— M. *Terrillon* lit un rapport sur une communication faite par M. Bauregard (du Havre) dans la séance du 5 novembre 1879. Ostéotomie sous-cutanée pratiquée pour redresser le genu valgum.

Chez un garçon vigoureux atteint de genu valgum gauche, M. Bauregard fit une incision jusqu'à l'os à la partie interne et supérieure du genou; section de l'os fémoral au niveau du condyle avec le ciseau et le maillet; appareil platré. Pansement de Lister. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, cinquante jours après l'opération. Le sujet a été présenté à la Société de chirurgie en novembre; l'opération datait du mois d'août.

M. Terrillon relève un seul point dans cette observation, c'est l'opportunité du procédé opératoire. Deux méthodes sont en présence; l'une, née à Lyon, est le redressement brusque (Delore); la méthode anglaise est l'ostéotomie; dans ce cas, on agit avec la scie (Oxton), ou bien avec le ciseau et le maillet (Bacquel). En France on emploie la méthode de Delore; M. Bauregard paraît être le premier qui ait employé chez nous la méthode sanglante. Pourquoi a-t-il opéré ainsi? c'est ce qu'il ne dit pas.

Rien ne paraissait pousser à une opération sanglante; la guérison n'est pas plus rapide avec l'ostéotomie; la récidive ne peut pas être invoquée pour trancher la question. La méthode de Delore a été appliquée un grand nombre de fois et sans accidents graves; l'ostéotomie a donné de graves complications, et tout nous porte à rejeter cette opération. La seule raison invoquée par M. Beauregard, c'est la résistance du membre aux tentatives de redressement. Or, avec un appareil, la force du chirurgien ne doit plus entrer en ligne de compte.

M. Collin a en effet construit un appareil qui a l'avantage d'agir avec précision sur un point bien déterminé; la force est progressive, bien qu'on puisse agir aussi par saccades; avec cet appareil, un chirurgien de force moyenne peut développer une grande puissance.

Les expériences faites sur le cadavre par MM. Peyrot et Farabeuf avec l'appareil de M. Collin ont déterminé sur deux sujets de quatorze ans des lésions identiques. Absence de lésions des ligaments externes de l'articulation; décollement du périoste au côté externe du fémur; arrachement du condyle externe; sous le cartilage du condyle interne, écrasement de la substance spongieuse.

— M. *Berger* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Eustache* (de Lille); hernie crurale étranglée, kélotomie : persistance des accidents d'étranglement, mort.

Un homme de cinquante-cinq ans, affaibli, entre à l'hôpital avec une hernie crurale du volume d'un œuf de dinde, étranglée depuis cinq jours. En ville, on avait donné des purgatifs et fait le taxis sans chloroforme. Vomissements fécaloïdes. M. Eustache fit immédiatement l'opération. L'anse intestinale était noirâtre; débridement en dehors et en avant. L'intestin fut laissé au dehors; il s'écoula par la rupture des parois des matières intestinales, et M. Eustache put introduire une sonde élastique dans chaque bout. Mais bientôt il ne sortit plus ni matières ni gaz; les vomissements fécaloïdes continuaient. On débrida plus largement; des sondes allèrent facilement à 12 ou 15 centimètres, et les vomissements continuaient. Le lendemain, nouveau débridement; le malade mourut quelques heures après.

A l'autopsie, il s'agissait, dit M. Eustache, d'un pincement latéral de l'intestin; le bout supérieur à son abouchement avec la partie herniée semblait rétréci contre la face postérieure de l'arcade crurale. M. Eustache croit qu'en pareil cas la gastrotomie serait indiquée.

M. Berger ne pense pas que l'autopsie eût indiqué la persistance d'un étranglement. En effet, où siégeait-il, d'après M. Eustache? Au niveau de l'abouchement du bout supérieur avec la partie étranglée; or, on y introduisait facilement une sonde. Il s'agissait plutôt d'un pseudo-étranglement paralytique, maladie bien connue depuis la thèse de Henrot. La gastrotomie n'eût été d'aucun secours. La paralysie de l'intestin peut simuler l'étranglement intestinal.

M. *Le Fort* a reçu dans son service une femme qui avait une hernie crurale étranglée depuis douze jours; opération, résection de l'épiploon; les accidents cessèrent; mort le lendemain. A l'autopsie le bout supérieur était très dilaté; le bout inférieur était vide; l'épiploon avait contracté des adhérences avec l'intestin hernié; et après la réduction, la bride épiploïque tiraillée avait pressé sur l'intestin et gêné la circulation des matières.

M. *Polaillon* a observé un fait analogue à celui de M. Eustache, chez un homme de cinquante ans, atteint de hernie crurale étranglée depuis cinq jours. Opération; débridement en dedans sans ouverture du sac; puis, le sac étant ouvert, on trouve l'intestin gangréné, il fut fixé à la plaie. Le doigt pénétra facilement dans les deux bouts. Les matières fécales restèrent trente heures sans s'écouler; mort quarante-huit heures après l'opération. A l'autopsie, on ne rencontre plus d'étranglement, mais une péritonite localisée qui agglutinait les anses et empêchait le cours des matières.

M. *Tillaux*. Dans la hernie crurale, il faut débrider partout, excepté en dehors, car on risquerait de couper la veine fémorale.

M. *Lucas-Championnière*. La rétention des matières après

la kélotomie est une chose assez commune ; ce n'est pas une raison pour faire une autre opération.

— M. *Le Fort* fait un rapport oral sur un mémoire de M. Iquet (de Liége), relatif à la cure du prolapsus utérin par l'opération de M. Le Fort. Trois opérations ont été suivies de guérison.

M. *Duplay* a fait deux fois cette opération avec un succès à peu près complet.

— M. *Guermonpiez* présente un doigtier métallique pour permettre aux blessés de continuer leur travail à la suite de l'écrasement des doigts.

— M. *Le Fort* présente une pièce recueillie sur un enfant entré le 24 décembre à l'hôpital pour une contusion de la jambe avec douleur vive à la hanche. Bientôt des symptômes graves se déclarèrent ; signes de périostite phlegmoneuse aiguë, mort au bout de trois jours. On trouva un commencement de suppuration dans la cavité cotyloïde, et une péricardite très-avancée. Le malade est mort de septicémie aiguë.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1879. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

1° Centres nerveux des Calmariens. 2° Grains de plomb simulant des cysticerques : M. Joannes Chatin. — Structure des glandes sudoripares ; M. Hermann. — Appareil schématique pour l'étude des anévrysmes : M. François-Franck. — Nouvel excitateur du cerveau : MM. François-Franck et Pitres. — Dédoublement de la deuxième circonvolution frontale chez des malfaiteurs ; M. Hanot.

M. *Joannes Chatin*. 1° Des travaux allemands récents ont modifié les idées généralement admises sur le système nerveux des céphalopodes. Depuis les recherches de Cuvier, de Garner et d'Owen, on le regardait comme formé par une bague ganglionnaire entourant la portion initiale du tube digestif et donnant naissance à de nombreux nerfs sur le trajet desquels peuvent s'observer quelques ganglions accessoires. D'après les travaux ci-dessus indiqués, il y aurait lieu de décrire en outre de nombreux ganglions développés en avant et en arrière de l'anneau péri-œsophagien et donnant naissance à plusieurs filets nerveux rapportés jusqu'à présent à cet anneau. M. Joannes Chatin a recherché ces ganglions chez les Calmariens, où ils existent, dit-on, avec la plus grande netteté et la plus grande constance. Ces ganglions stomato-gastriques, stomacaux et pharyngiens, ne sont autre chose que des ganglions conservant leur dureté primitive de part et d'autre de la cavité viscérale, et non des ganglions nouveaux ou supplémentaires. Leur disposition montre bien, comme Serres l'a dit il y a cinquante ans, que l'étude du groupement et de la coalescence des ganglions peut seule ramener à leur exacte valeur les différences qui s'observent dans les dispositions fondamentales du système nerveux des mollusques.

2° De petits kystes trouvés dans les muscles pectoraux d'une perdrix et remis à M. Joannes Chatin comme produits par des helminthes, n'étaient autres que des grains de plomb, entourés de la double poche kystique décrite, dans les traités de chirurgie, autour de certains projectiles enkystés. Ils doivent être ajoutés à la liste déjà longue des pseudhelminthes.

— M. *Hermann* signale quelques particularités relatives à la structure des glandes sudoripares. La paroi de ces glandes comprend de dedans en dehors : 1° un épithélium ; 2° une tunique musculaire à fibres longitudinales ; 3° une gaîne hyaline. L'épithélium se compose d'un seul plan de cellules, hyalines à leur partie interne, granuleuses à leur partie externe qui contient le noyau, et émettant par leur base des prolongements qui vont comme des crampons embrasser les fibres de la seconde couche. Celles-ci forment aussi un plan unique, d'épaisseur variable suivant les espèces. Elles sont très adhérentes à la tunique externe. Cette dernière gaîne, mince et transparente, ne possède pas le revêtement endothélial externe que certains auteurs lui ont décrit. Elle ne paraît pas avoir la nature des véritables parois propres. Chez le cheval, les glandes sudoripares présentent en outre de nombreuses granulations pigmentaires. Le chlorure d'or permet de suivre des fibres nerveuses sans myéline, accolées aux ramuscules vasculaires et allant se perdre dans les glandes mêmes. La présence de fibres musculaires entre la paroi glandulaire et l'épithélium ne permet pas d'attribuer à ces filets nerveux une action sécrétoire, à moins que la tunique musculaire ne joue un rôle important dans la production de la sueur. Les faits qui précèdent ont été étudiés sur les glandes volumineuses, telles que les glandes axillaires de l'homme, dont on retrouve les analogues autour du mamelon de la truie, dans la région inguinale du bélier et de la brebis, etc. Il est permis de se demander si ces glandes volumineuses ne doivent pas être considérées comme des organes spéciaux distincts des glandes sudoripares proprement dites.

— M. *François-Franck* présente à la Société un appareil schématique destiné à mettre en évidence les modifications imprimées à la circulation périphérique par les anévrysmes artériels. Cet appareil permet d'étudier spécialement : 1° le pouls d'une tumeur anévrysmale comparé à celui d'un vaisseau symétrique régulièrement calibré, ainsi que les bruits de souffle qui se produisent dans cette tumeur ; 2° les différences de débit des vaisseaux, les différences d'amplitude et de retard du pouls à une même distance du centre d'impulsion, suivant que le liquide a parcouru des vaisseaux de calibre uniforme ou a traversé la poche anévrysmale. Une ampoule de caoutchouc, munie de soupapes qui assurent la progression du liquide dans le même sens, reçoit l'eau qui s'écoule d'un réservoir à pression constante (vase de Mariotte) ; soumise à une compression intermittente à l'aide d'une *came* du modèle de celles que M. Marey emploie dans son schéma de la circulation pour imiter les phases de la contraction ventriculaire. Cette ampoule expulse le liquide à travers un tube bifurqué. L'une des branches présente sur son trajet une dilatation de caoutchouc extensible formant anévrysme, et l'autre est en continuité avec un tube de caoutchouc uniformément calibré. Les deux branches se rejoignent ensuite et aboutissent à un tube d'écoulement commun ; des robinets placés à leur origine permettent de les ouvrir ou de les fermer à l'accès du liquide. Des signaux à air permettent de déterminer sur l'appareil enregistreur le moment de la projection de l'onde liquide dans le système et celui de son arrivée à la périphérie. En recueillant ces deux inscriptions simultanées, on constate que l'écart entre ces deux moments est notablement plus considérable (un tiers environ) quand le liquide passe par la poche anévrysmale. Ce retard exagéré a été observé par M. François-Franck dans les cas d'anévrysmes chez les malades, et étudié par lui comme un signe de diagnostic différentiel pour le siège des anévrysmes sur les différents points de la crosse aortique et sur les troncs artériels qui en émanent (*Journal de l'anatomie*, mars 1878, mars-avril 1879).

— M. *François-Franck* présente, en son nom et au nom de M. *Pitres*, un nouvel excitateur du cerveau qui a été construit par M. Galante. L'appareil se visse sur le crâne au moyen d'un petit tire-fond et est maintenu par un contre-écrou. Sur la tige de fixation une première virole permet d'orienter l'excitateur dans le plan horizontal ; une seconde articulation en forme de genou permet de l'élever et de l'abaisser, de l'incliner à droite ou à gauche. L'excitateur peut se déplacer le long d'une tige d'avant en arrière. Enfin les deux rhéophores sont montés sur une vis de rappel qui permet de

donner à leurs pointes un écartement variable de 0 à 3 centimètres.

— M. *Hanot*. Dans une série de onze autopsies pratiquées à l'infirmerie centrale des prisons, j'ai rencontré quatre cerveaux pourvus de quatre circonvolutions frontales transversales dans l'hémisphère droit et dans l'hémisphère gauche. La circonvolution surnuméraire est visiblement due au dédoublement de la deuxième circonvolution frontale. Bien que les individus dont proviennent ces cerveaux n'aient pas été de grands criminels, on peut rapprocher ces faits de ceux de Benedikt, qui a déjà signalé l'existence de quatre circonvolutions frontales transversales chez les scélérats. On peut aussi les rapprocher de cet autre fait que M. Ovion, interne à l'hôpital Cochin, après s'être livré toute cette année à des recherches analogues, n'a pas rencontré un seul encéphale présentant la même particularité.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Phénomènes de la vision chez les Gastéropodes : M. Joannes Chatin. — Différences qualitatives des albumines contenues dans les urines pathologiques : M. Maurel. — Phénomènes thermiques de la contraction musculaire : M. Regnard. — Précocité et longévité : M. Delaunay.

M. *Joannes Chatin*. L'étude de l'action des couleurs spectrales sur les éléments rétiniens et l'appareil optique des invertébrés est loin d'être faite d'une façon satisfaisante. En dehors du mémoire fondamental de M. Paul Bert, elle ne compte que quelques aperçus purement spéculatifs. Je me propose d'indiquer ici certains faits relatifs à cette étude chez les Gastéropodes pulmonés. La rétine de ces animaux ne présentant aucun indice de coloration spéciale, on ne peut utiliser pour ces recherches les découvertes de Boll sur les modifications que la lumière fait éprouver au rouge rétinien. Mais on sait depuis les travaux de Dewar que le choc de la lumière sur la rétine détermine l'apparition d'un courant spécial. On peut donc évaluer l'intensité de l'ébranlement rétinien par celle du courant lui-même. Ce principe admis, les expériences ont été instituées de la façon suivante chez diverses espèces d'Hélia et de Limax. Le tubercule oculifère était maintenu en extension par une petite serre-fine d'argent doublée de caoutchouc et portant un petit cylindre noir très léger qui permettait de masquer ou de démasquer à volonté l'œil de l'animal. Dans ces conditions, cet organe recevait la lumière transmise par des verres de couleur différente dont la valeur chromatique avait été déterminée au spectroscope. C'est pour la lumière jaune que le courant de Dewar a été le plus intense; si l'on exprime sa valeur par 1 dans ce cas, elle tombe à 0,9 pour le vert; 0,6 pour le violet et le bleu; 0,32 pour le rouge. Mais ces résultats ne sont pas encore parfaits, les verres employés étant loin de donner un monochromatisme absolu. Ils suffisent néanmoins à donner la preuve expérimentale de cette sorte de daltonisme que divers animaux inférieurs présentent pour certains rouges du spectre.

— M. *Maurel*. L'albumine contenue dans certaines urines pathologiques n'est pas toujours une substance identique à elle-même. Un fait très simple suffit à le prouver : sous l'influence d'un réactif cupro-potassique, les urines des sujets brightiques ou cardiaques donnent un précipité violet, tandis que le coagulum albumineux des sujets atteints d'une fièvre très vive (pneumonie, fièvre typhoïde, fièvre jaune, fièvre récurrente) ne présente pas la même coloration sous l'influence du même réactif. Dans une épidémie récente de fièvre typhoïde, observée à Cherbourg, M. Maurel ayant traité les urines de ses malades par la liqueur de Fehling et une solution de glycose, a constaté que la réduction de l'oxyde de cuivre ne se produisait pas. Au contraire, cette réduction avait lieu si, au préalable, on débarrassait les urines de l'albumine qu'elles contenaient, au moyen de la précipitation par l'acide nitrique et de la filtration. L'albumine de ces urines se comportait donc comme une véritable peptone. Les malades observés ayant été soumis à une diète rigoureuse depuis plusieurs jours, ne pourrait-on pas supposer qu'il y a eu résorption des sucs gastro-intestinaux et transformation par leur action de l'albumine de sang en peptones.

— M. *Regnard*, en son nom et au nom de M. *Brissaud*, communique les premiers résultats d'une série d'expériences sur les phénomènes thermiques de la contraction musculaire. Elles sont calquées sur celles de Becquerel; mais entreprises avec des appareils perfectionnés, elles donnent des résultats plus précis. Les aiguilles thermo-électriques de M. d'Arsonval, formées d'une gaîne de maillechort contenant un fil de cuivre soudé à son extrémité, évitent à la fois par leur constitution même les courants hdyro-électriques, et par leur finesse la douleur et les complications inflammatoires auxquelles étaient exposés autrefois les sujets qui se soumettaient à ces expériences. L'aiguille du galvanomètre porte un petit miroir qui renvoie sur un écran placé à 30 mètres un faisceau de lumière électrique; les observateurs, considérant les déplacements du point lumineux ainsi réfléchi, ont ainsi à leur disposition une aiguille galvanométrique de 30 mètres de longueur, dont les plus petites oscillations ne peuvent leur échapper, et ils se trouvent placés assez loin du galvanomètre pour ne pas l'influencer par leur présence. Dans de pareilles conditions, ils ont noté au moment même de la contraction musculaire un abaissement de température suivi d'une élévation rapide pendant que la contraction persiste, élévation qui s'exagère brusquement au moment où elle cesse. L'expulsion du sang contenu dans le muscle au moment où il se contracte, son retour brusque quand il se relâche, expliquent peut-être ces oscillations. Mais il y aurait lieu, remarque M. Bert, de répéter ces expériences sur des muscles d'animaux exsangues.

M. *Delaunay*. Dans la séance précédente, j'ai démontré que la précocité, c'est-à-dire l'achèvement prématuré du développement, caractérise les êtres inférieurs. Les influences qui déterminent la précocité sont difficiles à préciser; on peut citer cependant le fonctionnement exagéré, les saisons et les climats chauds et peut-être la lumière violette. Quant à la longévité, elle représente la partie descendante de la courbe d'évolution; cette courbe est symétrique et la longévité est en raison inverse de la précocité; aussi les sujets très intelligents, mais dont le développement a été tardif, comme les physiologistes, surtout comme les académiciens, arrivent à une longue vieillesse.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action du petit-lait dans les pyrexies,
par M. HILDESHEIM.

« C'est l'ironique destinée des sciences médicales de se défendre obstinément de résoudre les questions les plus proches, et de gaspiller ses meilleures forces à étudier sans utilité les questions lointaines. »

Début bien pompeux pour un travail consacré au petit-lait! Pourquoi ce médicament tant vanté a-t-il disparu de la pratique? Il faut en accuser, paraît-il, « l'ironique destinée » et aussi « le nihilisme médical, les nouvelles écoles, qui ont fait considérer comme nuisibles les ordonnances trop chargées ». Et cependant il avait du bon, ce petit-lait « dont un médecin de province disait que les praticiens auraient beaucoup plus d'occupation si les habitants ne buvaient pas le lait du beurre dans toutes leurs maladies! »

Pour réhabiliter un médicament qu'à vrai dire les médecins n'ont jamais beaucoup pris au sérieux, l'auteur continue sur le même ton à aligner ses phrases sans apporter un fait nouveau, une expérience inédite. Il nous apprend que le petit-lait « rafraîchit le sang et fournit aux besoins de la nutrition et de la respiration ». Il possède des qualités antipyrétiques manifestes, grâce à la proportion de sels de potasse qu'il renferme. — Les propriétés antipyrétiques des sels de potasse! — N'insistons pas. (*Berl. klin. Woch.*, n° 38.)

De l'empoisonnement par les chlorates,
par M. Félix MARCHAND (de Halle).

Ce n'est pas la première fois que l'on soulève des doutes sur l'innocuité du chlorate de potasse, surtout dans la pathologie infantile. Mais les rares observations présentées comme des spécimens d'intoxication par le sel de Berthollet laissaient des doutes dans l'esprit, et les ouvrages les plus récents continuent à enseigner l'impossibilité de cette intoxication. — La vogue inattendue du sel dans le traitement du croup, l'importance des doses employées, sont cause que dans l'espace de deux ans M. Marchand a pu observer plusieurs cas de mort subite qu'il est impossible d'expliquer autrement que par un empoisonnement. Et, en effet, on obtient chez les animaux les mêmes symptômes, les mêmes lésions cadavériques en leur faisant absorber une quantité déterminée de chlorate de potasse.

Les symptômes principaux sont, au début, des vomissements qui persistent pendant plusieurs heures, et de l'hématurie bientôt suivie d'une anurie presque complète. La peau prend une teinte subictérique, et bientôt apparaissent des symptômes nerveux graves (délire, convulsions, etc.), qui se terminent par un coma mortel.

A l'autopsie, on constate deux lésions essentielles, l'une dans le sang, l'autre dans les reins. Le sang est liquide, mais sa couleur naturelle est remplacée par une teinte d'un brun chocolat sombre extrêmement remarquable. Dès la première autopsie les médecins qui y assistaient affirmèrent unanimement que jamais ils n'avaient rien observé de pareil. Cette teinte est due à la transformation chimique que subit le sang au simple contact du chlorate de potasse : l'hémoglobine s'oxyde pour se transformer en un corps nouveau, la méthémoglobine, qui possède au spectroscope une raie d'absorption spéciale dans le rouge. Le sang est alors incapable d'absorber de l'oxygène, et les globules rouges se transforment en une masse gélatineuse brunâtre, qui donne au sang la coloration spéciale signalée plus haut.

Du côté des reins (et aussi des organes vasculaires de l'abdomen) on constate la même coloration. Au microscope, on constate que les canalicules urinifères de la substance corticale sont remplis de cylindres brunâtres, homogènes, composés évidemment de sang chimiquement transformé. C'est une néphrite hémorrhagique d'un genre spécial. Il va sans dire que l'urine contient la même substance.

Il est facile de se rendre compte de la pathogénie de tous ces accidents. Le chlorate de potasse est un poison du sang; lorsqu'il parvient dans le système circulatoire (ce qui est rare, car il est décomposé au contact de toutes les humeurs organiques), il détruit les hématies, et les résultats de cette destruction apparaissent dans les urines, se répandent sous la peau ou se collectent dans la rate et dans le foie. Les désordres nerveux se montrent plus tard, comme il arrive dans toutes les intoxications qui enlèvent l'oxygène du sang.

La conclusion pratique s'impose. Il n'y a pas d'action générale du sel de Berthollet, ou, si elle existe, elle ne peut être que funeste. L'action locale, au contraire, n'est pas douteuse, mais elle n'est pas assez importante pour qu'on administre le médicament là où il y a du danger, comme chez les enfants en bas âge. C'est dire qu'il doit être banni de la thérapeutique infantile.

Il est inutile, je pense, d'insister sur l'importance des faits signalés par M. F. Marchand, qui me paraissent destinés à éclaircir bien des obscurités. Ainsi, par exemple, Winckel décrivait dernièrement (*Berl. klin. Woch*, 1879, n° 19) une maladie des enfants qui reproduit trait pour trait et dans ses moindres détails l'empoisonnement par le chlorate de potasse. Il est vrai de dire que Winckel nie la possibilité d'une pareille intoxication; mais la ressemblance est tellement frappante que l'on se demande si l'empoisonnement n'a pas échappé au médecin. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVII, fasc. 3.)

Travaux à consulter.

DE LA GUÉRISON DE L'HYDROCÈLE, par M. SCHÆTZKE. — Ce procédé consiste à employer, pour l'injection intravaginale, des solutions d'acide phénique de 5 à 10 pour 100; beaucoup plus fortes par conséquent que celles que l'on a recommandées dans ces derniers temps. Il est utile, l'opération terminée, de faire l'enveloppement du scrotum par des bandelettes de diachylon imbriquées. 4 observations. (*Berlin. klin. Woch.*, 1879, n° 39.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE CERVEAU DU LAPIN, par M. MŒLI. — Production de lésions limitées de l'écorce des hémisphères au moyen de petits cautères rougis à blanc passés à travers une couronne de trépan. Les résultats principaux sont une diminution de la sensibilité, de la motilité et de la vision du côté opposé à la lésion. Ces résultats confus diffèrent de ce qui a été observé chez l'homme et demandent confirmation. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI.)

LA LARYNGITE PHLYCTÉNULAIRE, par M. R. MEYER. — Maladie aiguë, qui débute brusquement chez des personnes saines par des phénomènes fébriles et aboutit en peu de jours à des desquamations épithéliales limitées des cordes vocales, avec rougeur inflammatoire de la superficie. Les accidents ressemblent aux éruptions herpétiques de la cornée et des lèvres, et disparaissent sans laisser de traces en une ou deux semaines. M. Meyer dit que les auteurs classiques ne parlent pas de cette affection qui ressemble cependant beaucoup à la laryngite herpétique (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 41.)

DE L'HYPERTROPHIE CARDIAQUE DES FEMMES ENCEINTES, par M. COHNSTEIN. — Si l'hypertrophie du cœur n'est pas aussi constante que le disent les auteurs français, elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit en Allemagne. — Dans 20 autopsies pratiquées par lui, M. Cohnstein a trouvé, dans les deux tiers des cas, des lésions évidentes et variables suivant « la forme de la chlorose ». On admet, en effet, en Allemagne, deux formes de cette affection : la forme *hydrémique*, lésion du sang, et la forme *vasculaire*, lésion du système circulatoire (hypoplasie de Virchow). La dernière déterminerait l'hypertrophie simple; la première la dilatation simple ou combinée avec l'hypertrophie. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVII.)

DE L'ATHÉTOSE PRIMITIVE, par M. GNAUCK. — 1° L'athétose est une individualité pathologique, caractérisée par des symptômes spéciaux, apparaissant chez des individus parfaitement sains : c'est donc bien une forme pathologique primitive; 2° le même syndrome, ou un syndrome analogue peut apparaître à la suite de lésions cérébrales diverses, et dans ces cas le tableau symptomatique est toujours mêlé. Une observation personnelle. (*Arch. für Psych.*, t. IX.)

DEUX CAS DE HERNIE MUSCULAIRE, par M. RAWITZ. — Observés chez des soldats. Dans le premier, il s'agissait du long adducteur un peu au-dessous du ligament de Poupart; dans le second, du demi-membraneux dans le creux poplité. Traitement inefficace. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIV.)

BIBLIOGRAPHIE

De la fièvre jaune à la Martinique, par M. Bérenger-Féraud.

L'auteur a voulu faire l'histoire de la fièvre jaune aux Antilles comme il l'avait faite pour le Sénégal. Laissant au second plan les questions de doctrine, il s'est attaché surtout (rôle ingrat, mais souverainement utile) à produire au grand jour de la publicité les faits intéressants restés enfouis dans les rapports des chefs de service. Nous avons ainsi un tableau parfaitement clair et complet de ces épidémies, accompagné de détails véridiques et rapportés par des hommes compétents; tableau homogène et sans trop d'aridité, grâce à la facilité du style.

L'ouvrage débute par un *historique* qui ne comprend pas moins de 105 pages, et qui se divise en deux périodes : 1636-1814 et 1814-1876. Il était intéressant de savoir si l'histoire permettrait de résoudre la question tant controversée de la spontanéité de la fièvre jaune à la Martinique. « Tantôt l'importation étrangère, tantôt la genèse spontanée, ont pu être la cause d'une épidémie de fièvre jaune à la Martinique. » (P. 103.) Il est certain toutefois qu'elle ne s'est jamais déclarée dans l'île à un moment où la santé publique ne laissait rien à désirer. Quelques épidémies ont été précédées de fièvres inflammatoires bilieuses s'aggravant de plus en plus jusqu'à ne plus pouvoir être différenciées du typhus amaril. Les choses ne se passent pas autrement au Mexique, et ces faits nous paraissent inexplicables autrement que par la spontanéité de l'affection. Comme influences météoriques, on ne signale que la persistance et l'intensité des vents du sud. D'ailleurs toute cette partie consacrée à l'étiologie spéciale et détaillée se prête peu à l'analyse.

Dans le chapitre II (marche, durée, terminaison), on remarque une étude complète de thermométrie clinique de la fièvre jaune. La forme générale de la courbe est celle d'une pyrexie; le début est brusque; la défervescence est critique dans les cas favorables, traînante dans les cas insidieux. Le thermomètre donne des indications précieuses au point de vue du pronostic comme dans les autres pyrexies.

L'auteur insiste beaucoup sur l'érythème scrotal qu'il regarde comme pathognomonique (p. 110). Fuzier lui donne beaucoup moins d'importance et attribue quelquefois cet accident à l'absence de soins de propreté; l'enduit gingival aurait une grande valeur pronostique lorsqu'il est très marqué et accompagné d'un état de congestion et de boursouflement de la muqueuse. Même remarque pour l'apparition précoce de l'albumine dans les urines.

Les formes de l'affection sont très nombreuses, depuis les formes foudroyantes jusqu'à la simple indisposition amarile des médecins et des infirmiers. Cette forme légère, très intéressante au point de vue épidémiologique, est comparée à la « typhisation à petite dose » de Jacquot.

Toute cette partie clinique est remarquablement soignée. Du chapitre suivant, nous ne retiendrons que ce qui a rapport à l'immunité, qui paraît inspirer une médiocre confiance à M. Bérenger-Féraud. « Une atteinte sévère confère ordinairement dans une même épidémie l'immunité, mais une atteinte légère ne donne absolument aucun bénéfice. » (P. 169.) « Cette immunité est fragile, elle peut être perdue non seulement par un séjour assez court dans la zone tempérée, mais encore par l'habitation dans les hauteurs. » Cette réserve contraste avec les affirmations catégoriques de la plupart des auteurs, parmi lesquels nous citerons encore Fuzier.

Un certain nombre de chapitres sont consacrés à l'analyse des symptômes, à l'anatomie pathologique, au diagnostic et au pronostic, sujets déjà traités en grande partie. Nous rapporterons cependant le passage suivant qui mérite confirmation. En parlant de la fièvre inflammatoire des Antilles et de la fièvre jaune : « Il ne s'agit pas de deux affections voisines quelque rapprochées qu'on les suppose, mais c'est bien au contraire la même nature de maladie. Ce seraient deux manifestations, l'une légère, l'autre grave, d'une même intoxication miasmatique (p. 343). La fièvre inflammatoire ne serait que le premier degré de la fièvre jaune. »

Nous ne nous arrêterons pas au traitement; on n'est pas encore sorti de la période des essais et des tâtonnements. En tout cas, l'auteur se prononce énergiquement contre les vomitifs au début et la quinine à la seconde période (période *quinique* d'autres observateurs, vu l'indication permanente de la quinine). Les bains, les saignées abondantes, doivent être recommandés. Le but de l'auteur, en faisant d'abondantes émissions sanguines au début, est de « produire un *immense ébranlement de l'organisme*, espérant faire ainsi avorter dans certains cas des atteintes graves ». N'y a-t-il pas là un peu d'exagération?

Le chapitre capital nous paraît être celui consacré à la *prophylaxie*, mais qui malheureusement ne se prête guère à l'analyse. Après avoir fait l'historique des efforts tentés sous l'inspiration de ses prédécesseurs pour combattre le fléau (et aussi un peu le mauvais vouloir administratif), il termine par ces consolantes paroles : « Les mesures sanitaires ont paru jusqu'ici exercer une influence heureuse sur la fièvre jaune à la Martinique. Et même au cas où elles n'ont pu empêcher l'épidémie de venir, elles ont singulièremen diminué sa sévérité et la durée de ses ravages! »

C. Zuber.

Index bibliographique.

Le pansement antiseptique exposé spécialement d'après la méthode de Lister, par M. J. N. Nussbaum, traduit par le docteur E. de la Harpe. In-8° de 185 pages. — Paris, 1880. J.-B. Baillière.

Ce livre est traduit sur la deuxième édition allemande, c'est dire qu'il a eu la consécration du succès dans les pays d'outre-Rhin, et M. de la Harpe, en le présentant aux lecteurs français, rend un véritable service aux praticiens qui, voulant profiter des avantages du pansement antiseptique, éprouvent bien souvent quelque embarras dans l'application de la méthode de Lister.

M. Nussbaum est un partisan convaincu des avantages de la méthode antiseptique; il ne cache pas son enthousiasme, et, en homme très-convaincu, il est presque « apostolique ». Pour qu'on nous passe cette expression, nous citerons une phrase du premier chapitre sur la nécessité de la méthode antiseptique :

« Messieurs, je dois parler, je ne puis me taire... Il faut avoir » connu le triste état de ma clinique, et l'avoir vu disparaître » comme par miracle par l'emploi du pansement de Lister. Le té» moin de ces faits voudrait diriger vers le ciel son regard recon» naissant, et, avec des larmes de joie, proclamer bien haut que » le plus grand des progrès a été fait en chirurgie. Grâce à Lister, » des milliers de malades sont arrachés à une mort dont, sans lui, » ils auraient été sûrement la proie... Quel bonheur! le tableau » s'est merveilleusement changé d'un seul coup. » Il ne faudrait pas juger le livre sur ce simple extrait, qui prouve seulement que l'auteur ne craint pas d'exprimer ses convictions dans un style qui perd singulièrement à la traduction, parce qu'en France nous acceptons peu volontiers, en chirurgie du moins, ce style par trop admiratif. M. Nussbaum nous explique son zèle, qui n'est certes pas celui de la première heure, puisque de 1872 à 1875 les opérés ont été décimés, à la clinique de Munich, par la pyémie, par l'érysipèle et par la pourriture d'hôpital (80 pour 100 des blessés étaient atteints de cette maladie). Or, après l'application du pansement de Lister dans toute sa rigueur, la scène a changé, et, dit l'auteur, « la démonstration qui s'est faite dans ma clinique » a été si claire, si péremptoire, qu'il aurait fallu être aveugle » pour ne pas être converti à la méthode antiseptique ».

Le lecteur comprendra que, sous l'impulsion d'une conviction basée sur des résultats qui ne surprennent nullement ceux qui ont constaté l'heureuse influence des pansements antiseptiques, le professeur de Munich ait donné des préceptes qui représentent

l'application rigoureuse de la méthode. Nous ajouterons que, si l'on met à part certaines exagérations dans l'expression qui, dans la langue allemande, sont peut-être moins apparentes, on reconnaîtra que ce petit livre est non-seulement un plaidoyer des plus éloquents en faveur de la méthode de Lister, mais un exposé très-clair, très-méthodique, et en définitive c'est un livre très-pratique et dont nous conseillons la lecture attentive.

DU DIAGNOSTIC DE LA PIERRE DANS LA VESSIE, par le docteur P. J. ANCELIN. In-8° de 66 pages. — Paris, 1879. V. A. Delahaye et Cie.

L'auteur divise en deux parties cette étude sémiologique : l'une comprend le diagnostic médical et l'autre le diagnostic chirurgical. De celui-ci nous dirons en peu de mots qu'il a été inspiré par l'enseignement de M. Guyon, dont il résume les préceptes les plus importants. La première partie intéresse autant les médecins que les chirurgiens; en effet, c'est principalement aux praticiens ordinaires qu'il importe de connaître les signes rationnels indiquant la nécessité d'une exploration, et, à cet égard, le premier chapitre renferme les notions qui sont indispensables à avoir toujours présentes à la mémoire, et qui malheureusement ne sont acquises qu'à la suite d'une longue expérience, lorsqu'on n'a pas appris à en apprécier toute la valeur pendant le temps des études. Il n'est pas tout à fait inoffensif de sonder de prime-abord un malade; il faut donc connaître les symptômes rationnels de la pierre, aussi bien pour autoriser les explorations que pour éviter de laisser passer inaperçus des symptômes dont la signification serait reconnue tôt ou tard et même souvent trop tard.

Ces symptômes rationnels sont tirés de l'étude de la miction dans ses diverses particularités, la fréquence et la douleur, puis la douleur en dehors de la miction, l'hématose, la déformation du jet. Tous ces symptômes ont été étudiés par la plupart des auteurs classiques ou spéciaux; mais ce qui leur donne leur véritable valeur, c'est leur étude approfondie; en d'autres termes, ce qui fait que ces mêmes symptômes passent inaperçus ou n'imposent pas de convictions chez certains médecins, mais amènent les chirurgiens à décider une exploration, c'est qu'il est indispensable de procéder méthodiquement à cet examen; il faut, comme le dit l'auteur, suivre le malade pendant les diverses phases de sa vie de vingt-quatre heures, et analyser avec soin ce qui se passe au repos, c'est-à-dire la nuit, ou au contraire pendant les mouvements, c'est-à-dire le jour. Il est, en effet, à remarquer que tous les symptômes que présentent les calculeux naissent sous l'influence de la locomotion de la pierre.

La fréquence de la miction mérite un examen particulier : ainsi ordinairement elle se produit plutôt le jour, tandis que dans la cystite elle a plutôt lieu la nuit, et ces mouvements n'ont pas d'influence sur ce symptôme; dans l'hypertrophie de la prostate, la fréquence de la miction est plus considérable la nuit; c'est là ce qui trouble le plus le repos des prostatiques, tandis que les calculeux, suivant la formule originale du professeur Guyon, « les calculeux cessent, pour ainsi dire, de l'être pendant la nuit par le fait seul du repos ».

Ces citations nous suffisent pour montrer l'intérêt pratique de cette étude.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

NÉCROLOGIE : WILLAM CALLENDER. — L'HÔPITAL SAINT-BARTHÉLEMY. — LA CHIRURGIE ANTISEPTIQUE EN ANGLETERRE. — L'ÉGLISE LISTÉRIENNE ET SES DISSIDENTS : MM. SAVORY ET SMITH. — M. LANDER LINDSAY. — PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DES PLANTES.

L'Angleterre vient de perdre un de ses chirurgiens les plus sympathiques et les plus justement estimés. Wiliam Callender est mort le mois dernier d'une maladie de Bright, affection qui fait tant de victimes dans toutes les classes de la société anglaise, et particulièrement dans le monde médical.

Nous ne pouvons enregistrer cette perte sans dire quelques mots de cet homme remarquable, qui a joué un rôle considérable dans la chirurgie anglaise pendant ces vingt dernières années. M. Callender était entré à l'hôpital Saint-Barthélemy comme étudiant en 1849, et toute sa carrière s'est poursuivie dans cet établissement, où il a été successivement interne, chirurgien-adjoint, chirurgien en chef, professeur d'anatomie et enfin professeur de clinique chirurgicale. Son enseignement pouvait être considéré comme une des gloires de l'hôpital Saint-Barthélemy, et avait beaucoup contribué au succès de l'Ecole de médecine attachée à cet établissement. Les élèves se pressaient à ses cours, où il montrait une érudition remarquable en même temps qu'un grand talent d'exposition. Pendant près de dix ans Callender surveilla la publication d'un recueil périodique publié par l'Ecole de médecine sous le nom de *Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, et il y inséra de nombreux mémoires sur les causes de mort après les grandes amputations, sur les affections articulaires, sur les rétrécissements de l'urèthre, etc. Ses remarquables travaux relatifs à l'anatomie du système osseux et à la pathologie chirurgicale des hernies lui avaient ouvert depuis longtemps les portes de la *Société royale* de Londres; distinction qui équivaut, en Angleterre, au titre de membre de l'Institut. Callender a été un des fondateurs de la Société clinique de Londres, dont il avait été président, et il s'intéressait à toutes les œuvres scientifiques de son pays.

Mais ce qui avait particulièrement mis sa personnalité en avant pendant ces dernières années, c'est la lutte qu'il avait entreprise contre la méthode antiseptique dite de Lister. Bien avant que la méthode du chirurgien d'Edimbourg eût passé les confins de l'Ecosse pour rayonner dans le monde entier, Callender s'était efforcé de démontrer qu'on peut obtenir d'excellents résultats en chirurgie par des soins excessifs de propreté, et sans être rivé à aucune méthode spéciale. Nous avons suivi pendant assez longtemps les services de ce chirurgien éminent, et nous avons pu constater en 1874 et en 1875 que l'infection purulente, la septicémie et l'érysipèle étaient, pour ainsi dire, inconnus dans ses salles. Les statistiques publiées par ce chirurgien sur les plaies d'amputation, sur les fractures compliquées et sur les plaies articulaires, statistiques que nous avons reproduites à cette époque dans la *Gazette hebdomadaire*, tendent démontrer qu'il n'est pas nécessaire de suivre en tous points le rituel de l'Eglise listérienne pour obtenir de bons résultats en chirurgie. Callender avait fait bien avant Lister de la chirurgie antiseptique; mais il était modeste dans ses affirmations.

Le bruit fait autour du nom et de la méthode de Lister pendant ces deux dernières années offensait beaucoup Callender, qui se considérait avec raison comme le premier propagateur de l'*antiseptisme* en chirurgie, mais qui répugnait à se poser comme chef d'école.

Mais nous pouvons prédire dès aujourd'hui que si l'œuvre méritoire de Callender est momentanément effacée, ses travaux lui survivront, et son nom restera toujours le symbole du travail et du devoir professionnel. L'école de Saint-Barthélemy s'efforce, du reste, de propager son œuvre, et les chirurgiens de cet hôpital, parmi lesquels il nous suffira de citer MM. Savory et Th. Smith, dirigent aujourd'hui des services chirurgicaux où les résultats sont présentés comme aussi satisfaisants que ceux obtenus à *King's College* par Lister.

— Nous avons déjà fait connaître aux lecteurs de la *Gazette* (n° 33, 1874) les travaux si intéressants de Darwin et de Burdon-Sanderson sur la physiologie comparée des plantes et notamment sur les propriétés digestives de la *Dionea muscipula*. Nous croyons intéresser nos lecteurs en leur donnant l'analyse d'un remarquable travail d'un physiologiste anglais bien connu, M. Lander Lindsay, qui s'est occupé de ces questions si attrayantes de physiologie comparée.

L'esprit chez les plantes, tel est le titre que notre savant confrère a donné à son récent mémoire. Ce titre n'est point une vaine figure, il exprime nettement les prétentions de M. Lindsay, qui, après avoir doté les animaux d'une âme et d'une conscience, veut étendre aujourd'hui au règne végétal cette suprême prérogative. Il établit d'abord dans ce curieux travail que, dans le domaine physiologique, un grand nombre de phénomènes sont communs aux animaux et aux plantes.

En voici l'énumération : respiration, circulation, nutrition, digestion (d'une nourriture animale), sécrétion (d'un suc analogue au suc gastrique), absorption, luminosité, caloricité, état électrique ; sommeil, fatigue (suivie de l'action bienfaisante du repos); mouvement spontané, maladies analogues, faculté d'être influencé par les poisons atmosphériques ou gazeux, d'être modifié par les irritants chimiques ou mécaniques, par la lumière et l'obscurité, le chaud et le froid ; contractilité, hérédité, mimique.

Les traités spéciaux de botanique confirment sans exception tous

ces faits remarquables, dont quelques-uns peuvent paraître au premier abord inacceptables. Mais M. Lander Lindsay va plus loin encore et trouve chez les plantes les éléments de l'esprit, affirmant ainsi dans toute sa rigueur l'assimilation qu'il a promise.

Le nombre de qualités mentales dont il veut douer les plantes est vraiment extraordinaire. Nous en donnons la liste :

Sensation, comprenant la sensibilité et l'irritabilité ou excitabilité, sentiment, pouvoir excito-moteur, réflexe ou automique, mémoire organique, conscience, instinct, sympathie, préférence, prédilection ou particularité, inclination ou attachement et leur réciproque, antipathie ou aversion, choix, adoption d'un parti, volition ou volonté, découverte et rectification d'une erreur, pouvoir de s'accommoder aux circonstances, comprenant : mouvement d'adaptation, choix d'une conduite, d'un acte, faculté d'éviter ou de surmonter des obstacles mécaniques ; action intentionnelle, emploi de moyens dans un but donné ; sens de l'existence ; polarité ou sens de la direction ; individualité et excentricité ; notion des conséquences, jugement, discernement, bon sens, perfectionnement par l'expérience, spontanéité de l'effort ou de la tentative, répétition de cet effort, échec, investigation et expérimentation, épreuve ou essai ; désir, convoitise ou appétit ; emploi de moyens naturels ou artificiels, calcul et détermination de la distance et de l'espace, patience, persévérance, comprenant la résolution ou le caractère résolu, énergie ou activité, avec leurs opposés : lenteur, paresse, indifférence, apathie, léthargie, prudence, pouvoir d'acquérir des connaissances et d'en tirer partie.

M. Lindsay, cite dans son mémoire les faits les plus curieux à l'appui de son opinion. Nous en détachons quelques-uns.

La sensibilité générale, analogue à la sensibilité cutanée des animaux, existe chez les plantes ; certaines d'entre elles, manifestement impressionnée par le froid et les changements atmosphériques, au point que quelques-unes, la pimprenelle par exemple, ont pu servir à pronostiquer le temps. La *Dionea muscipula* et la *Drosera robundifolia*, sont des plantes insectivores! Qu'une mouche vienne à se poser sur le limbe de leur feuille, la feuille se replie sur l'imprudent insecte, qui est aussitôt digéré par des sucs spéciaux et sert à la nutrition de la plante.

Si, au lieu d'un insecte, c'est une pierre qui est offerte à l'avidité de la plante, elle est saisie par la feuille, mais relâchée aussitôt.

Comment ne pas voir dans cet acte complexe, l'intention, l'acte motivé, la volonté, la faculté du discernement et l'antipathie ! Le pouvoir de préférer ne se limite pas chez les plantes aux aliments. Les plantes grimpantes choisissent, en se développant, la position la plus avantageuse, et la direction qu'elles prennent dénote un degré remarquable de jugement et de bon sens. Les lianes de l'Amérique refusent absolument de pousser contre certains arbres, et l'on s'explique leur mauvaise volonté quand on reconnaît que ces arbres sont trop faibles pour les supporter. D'autres lianes s'enroulent d'abord autour d'un arbre, puis l'abandonnent, rectifiant ainsi une erreur commise.

Les vrilles de la *Bignomia capreolata* ne s'enrouleront jamais autour d'un tube en verre ou en zinc et se replient sur elles-mêmes, plutôt que de s'appliquer sur un support qui n'est pas à leur convenance (Darwin). La *Bignomia speciosa* cherche, en se développant, le terrain de son goût et tâtonne jusqu'à ce qu'elle ait trouvé à s'insérer dans un trou bien sombre et on la voit dans un autre.

Nous avons ici la recherche, l'exploration, l'observation, et enfin la découverte.

L'effort spontané existe chez la *Drosera*, dont les feuilles se meuvent vers les mouches qui se posent dans leur voisinage.

La *Drosera filiformis* s'approche vivement de l'insecte qui s'est arrêté à la distance d'un demi-pouce de sa feuille, jusqu'à ce que la plante puisse saisir sa victime.

On voit dans cet exemple curieux la faculté de calculer la distance et l'espace.

Toutes ces plantes témoignent de leur préférence, de leur attachement pour un sol, pour un climat propres, donnant ainsi la preuve de leur véritable individualité.

Elles ressentent la peine et le plaisir, et possèdent par conséquent le sens de l'existence. Cette incursion dans le domaine de la physiologie végétale conduit M. Lauder Lindsay à cette conclusion hardie, que les plantes sont pourvues d'appareils de sensibilité analogues à nos sens spéciaux.

Les sens des plantes, encore inconnus de notre science, pourraient être désignés provisoirement par le nom vague d'*énergies* que leur a déjà donné le professeur Laycock. D'après M. Lindsay, leur fonctionnement nous démontre l'existence d'une conscience analogue à celle des animaux, siégeant dans un système nerveux d'une nature particulière.

Tel est, en résumé, le remarquable travail de M. Lander Lindsay ; quoique ne se rattachant que très indirectement à la médecine, il nous a paru assez intéressant pour être placé sous les yeux de nos confrères français.

A. L.

NÉCROLOGIE : GEORGES HERBELIN.

La diphthérie contractée à l'hôpital, dans l'accomplissement des devoirs professionnels, vient de faire une nouvelle victime dans la personne de M. Herbelin, interne à l'hôpital Sainte-Eugénie. Combien serait longue la liste des médecins et des étudiants tués par cette affection redoutable! Cinq dans cette seule année, dont trois internes. Puissent ces tristes événements devenir le point de départ d'améliorations dans le régime hospitalier ! Il y a peu de mois, le Conseil municipal de Paris, voulant rappeler aux générations à venir de beaux exemples de courage et d'abnégation, décidait que les noms des victimes seraient gravés sur une plaque commémorative à l'hôpital où elles s'étaient dévouées; à peine ces plaques sont-elles posées qu'il faut en ajouter une nouvelle.

Georges Herbelin était bien jeune encore : il n'avait que vingt-huit ans; cependant cette vie si courte est riche en faits dignes de mémoire Fils d'un honorable médecin de province, il était encore enfant quand son père mourut; il était la seule consolation de sa mère. Il sortait à peine du lycée quand éclata la guerre de 1870, et quoique son âge le dispensât du service militaire, il s'engagea dans un des régiments de Paris ; il y fit son devoir; plusieurs de ses anciens compagnons d'armes sont venus le rappeler devant son cercueil. La paix conclue, il commença ses études médicales, et, après quelques années de travail, il était nommé interne (1877). Comme nous l'avons dit, il était en 1879 interne à l'hôpital Sainte-Eugénie. Pendant toute l'année il se dévoua surtout et non sans succès, au traitement de la diphthérie; encore deux jours, et il allait quitter ce milieu infectieux quand il fut atteint, le 30 décembre; le 2 janvier il succombait. M. Lannelongue, son chef de service, M. Bergeron et ses collègues, c'est-à-dire ses amis, avaient vainement, pendant ces quatre jours, rivalisé de science et de soins auprès de lui. Georges Herbelin vit la mort venir, triste, mais sans faiblesse; un rayon de bonheur éclaira ses derniers moments : il était décoré. M. le Président de la République, sur la demande de M. Lannelongue, lui avait conféré la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Cet hommage rendu à un martyr du devoir, s'adresse à tous ceux qui l'ont précédé. Son histoire, hélas! est et sera encore celle de beaucoup d'autres. Mais il était bon qué le sacrifice qui leur est commun soit, une fois au moins, honore dans la personne de l'un d'eux. Ainsi l'ont compris et la Faculté de médecine, et l'administration de l'Assistance publique, et le gouvernement lui-même.

Dans la petite chapelle de Sainte-Eugénie, avaient pris place : M. Lepère, ministre de l'intérieur ; M. Hérold, préfet de la Seine ; M. Andrieux, préfet de police ; M. de Heredia, président du conseil municipal, à la tête d'une députation du conseil; M. d'Echerat remplaçant le directeur général de l'Assistance publique retenu par la maladie, M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine; des professeurs, des agrégés, un grand nombre de médecins, chirurgiens et internes des hôpitaux de Paris. C'est à la médecine française, disons plus encore, à la science nationale, que s'adressaient les paroles émues de M. le président du conseil municipal, du préfet de la Seine, du ministre de l'intérieur aussi bien que celles de MM. Vulpian, Lannelongue et Courby.

De semblables exemples sont bons et salutaires. Le nom d'Herbelin restera gravé sur le marbre; et la solennité de ses obsèques rappellera à ses successeurs que le gouvernement et la France savent apprécier et récompenser le courage civique.

H. Chouppe.

CONSEIL MUNICIPAL. — ASSISTANCE PUBLIQUE. (*Séance du 29 décembre* 1879. — Le conseil municipal de Paris a voté le budget de l'Assistance publique. Il a affecté une somme de 17 700 francs à l'organisation de l'école des infirmiers et infirmières laïques de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Il a en outre recommandé particulièrement à lA'dministration : 1° de procéder à une réorganisation convenable des consultations et du traitement externe dans les hôpitaux, afin d'arriver promptement à la suppression du bureau central; 2° d'instituer dans les hôpitaux de Paris des services exclusivement destinés aux femmes enceintes, aux femmes en couches et aux nourrices; 3° de prendre en considération les remarques faites dans le rapport au sujet des admissions dans les hospices; 5° d'étudier une meilleure rémunération des sages-femmes des bureaux de bienfaisance ; 5° de donner une meilleure nourriture aux infirmiers, d'accorder les aliments en nature aux surveillants, sous-surveillants, surveillantes et sous-surveillantes qui le réclameront; de supprimer le maigre le vendredi; 6° de soumettre à la crémation les débris des corps qui ont servi aux études anatomiques.

M. le préfet de la Seine a déclaré qu'il préparait sur la matière un mémoire qui pourra être soumis au conseil dans la session de mars prochain.

— (*Séance du* 30 *décembre* 1879.) — Le conseil municipal de Paris a décidé que le nombre des aumôniers d'hôpitaux ou d'hospices serait réduit à dix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 31 décembre 1879, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Fournier (Alfred), agrégé près la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté (chaire nouvelle).

— Les aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, sont nommés prosecteurs à l'École pratique de ladite Faculté, à dater du 1er octobre 1879: MM. Kirrisson, Segond, Nélaton, Reynier et Duret.

M. Journiac, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours de thérapeutique, en remplacement de M. Leblanc, démissionnaire.

M. Marchant, aide d'anatomie, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à ladite Faculté, en remplacement de M. Letulle, démissionnaire.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Par décret en date du 31 décembre 1879, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Rouget, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Claude Bernard, décédé.

— Par décret en date du 31 décembre 1879, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Bouley, membre de l'Institut, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie comparée instituée au Muséum d'histoire naturelle (chaire nouvelle).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Par décret en date du 31 décembre 1879, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Poincarré, docteur en médecine, professeur-adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'hygiène à ladite Faculté (chaire nouvelle).

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. le professeur Laennec est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

ASSASSINAT D'UN MÉDECIN A L'ILE NOU. — On lit dans la *Nouvelle-Calédonie* du 24 septembre que M. Grosperrin, médecin de la marine, a été tué par un condamné auquel il venait de refuser une dispense de service.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies mentales et affections nerveuses.* M. le docteur Voisin reprendra ses conférences cliniques, dans la nouvelle salle de cours, le dimanche 11 janvier, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HÔPITAL TENON. — Opérations les mardis et jeudis. Ophthalmoscope le samedi. M. Théophile Auger fera des leçons cliniques avant ses opérations du mois.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 24 au 31 décembre 1879, on a constaté 1279 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 37. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 3. Variole, 56. — Croup, 14. — Angine couenneuse, 12. — Bronchite, 76. — Pneumonie, 156. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 0. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 8. — Autres affections aiguës, 273. — Affections chroniques, 566 (dont 200 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 13. — Causes accidentelles, 42.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Prophylaxie des teignes, par le docteur E. Verrier. In-8, avec 6 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

Des paralysies corticales du membre supérieur. Monoplégies brachiales, par le docteur Gaston Decaisne. In-8 de 74 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Étude sur la syphilis héréditaire tardive, par Victor Augagneur. Gr. In-8 de 128 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Paralysie agitante (*Maladie de Packinson*). Étude clinique, par Paul de Saint-Léger. Gr. in-8 de 112 pages, avec 3 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, par le docteur Paul Redard. Gr. in-8 de 156 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

De la phthisie fibreuse chronique, ses rapports avec l'emphysème pulmonaire et la dilatation du cœur droit, par le docteur L. Bard. Gr. in-8 de 140 pages, avec 3 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Contribution à l'étude de la digitale, par le docteur V. Chappet. Gr. in-8 de 140 p. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Contributions à la chirurgie des voies urinaires, suivies de mémoires sur divers sujets de médecine et de chirurgie, par le docteur F.-G. Guillon. In-8 de 232 p. avec figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 5 fr.

Étude sur l'exploration et la sensibilité de l'ovaire, et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte, par Henri Chaignot. In-8 de 108 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 15 janvier 1880.

VALEUR DES ECCHYMOSES SOUS-PLEURALES.

(Troisième et dernier article.)

La multiplicité des circonstances dans lesquelles on rencontre les ecchymoses sous-pleurales, a dû faire pressentir la complexité du mécanisme suivant lequel se produisent ces lésions, et nous avons à rechercher, à travers les hypothèses et les théories proposées, les conclusions qui nous semblent les plus légitimes.

Trois théories principales ont été soutenues pour expliquer le mécanisme pathogénique des ecchymoses.

La première et la plus ancienne, qui a été appelée théorie « respiratoire », apparaît d'abord comme la plus simple et la plus naturelle; les efforts respiratoires exercent sur les vaisseaux pulmonaires un appel comparable à celui de la ventouse: d'où la production d'ecchymoses à la surface du poumon. Parmi les objections adressées à cette théorie, il faut mettre au premier rang le résultat des expériences de Brown-Séquard, de Vicq, Vulpian et Legroux, qui montrent que les ecchymoses sous-pleurales se produisent alors même que la poitrine est ouverte, si l'on détermine des lésions nerveuses spéciales. Mais on a déduit de ces faits expérimentaux plus qu'ils ne peuvent établir, quand on les a invoqués comme renversant la théorie *de l'aspiration.* D'autre part, ce n'est pas parce que les ecchymoses se produisent malgré la syncope respiratoire, comme dans les expériences de Legroux, qu'on est en droit de laisser de côté l'influence *de l'expiration.* En effet, l'expérimentation montre que, chez de jeunes animaux, les cobayes en particulier, de simples pressions un peu brusques sur la poitrine peuvent produire des ecchymoses sous-pleurales; de plus, l'action des contractions du diaphragme, des muscles inspirateurs, est, en réalité, très intense, surtout si l'on y ajoute celle des muscles de la nuque et du tronc, et les divers efforts musculaires accessoires qui sont provoqués, soit par le mode de suffocation ou d'asphyxie, soit par les particularités anatomiques en rapport avec l'âge et l'espèce des animaux mis en expérience.

A notre avis, on ne saurait donc nier l'influence de l'effort inspiratoire, et surtout des pressions sur le thorax, comme cause productrice des ecchymoses; mais nous considérons comme bien moins importante la théorie dite « circulatoire », admise par Tardieu et Jaccoud, théorie fondée sur l'arrêt ou la diminution de l'activité cardiaque. Cette théorie ne saurait s'appliquer à l'asphyxie, puisque le cœur est, au contraire, accéléré dans l'agonie asphyxique; elle ne peut être plausible que dans les cas d'asphyxie lente, alors que la circulation cardiaque est profondément entravée; mais il faudrait plutôt invoquer l'ataxie cardiaque convulsive dans l'agonie asphyxique pour expliquer, dans la circulation pulmonaire, des troubles qui d'ailleurs ne nous semblent pas avoir un rôle important dans la production des ecchymoses.

Il reste à examiner la troisième théorie, celle qui attribue les ecchymoses sous-pleurales à une action vaso-motrice. C'est bien celle-ci qui, proposée par M. Brown-Séquard, a été acceptée partiellement par MM. Vicq, Vulpian, Legroux, et qui, disons-le tout de suite, répond le mieux à l'ensemble des faits; elle paraît facile à exposer si l'on se contente de

FEUILLETON

Philippe-François Collot et les Collot.

J'ai voulu savoir quel était ce Philippe-François Collot, dont j'ai décrit la thèse de philosophie (*Quelques thèses à image exposées momentanément dans les salles de l'École de médecine de Paris,* in *Gaz. hebd.*, 1879, n° 45, 46 et 48). Il appartient, sans aucun doute, à l'illustre famille de ces opérateurs qui « ont eu le don de tailler les malades de la pierre avec une adresse singulière et un succès presque toujours heureux ». Les armoiries qui se trouvent sur l'image de la thèse de 1673, conservée à l'École de médecine, sont celles du portrait de Philippe Collot (1593-1656), qu'on peut voir dans l'ouvrage de Charles Perrault (*Les hommes illustres qui ont paru en France dans le dix-septième siècle.* 1700. vol. II, p. 87). Mais quel est-il? M. Chéreau ne l'a pas inscrit dans le tableau généalogique qu'il a dressé dans son article COLOT du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (t. XIX, 1re série), et qu'il fait précéder de cette réserve : « Il y a là peut-être quelques erreurs; il y a certainement » de nombreuses lacunes. Notre but seul est d'inviter les » chercheurs à faire mieux que nous, à nous compléter, à » nous corriger. » Qu'il me pardonne de me rendre à cette dernière invitation.

Une transposition malheureuse, il faut bien l'avouer, a produit dans ce tableau une confusion inextricable pour le lecteur non prévenu. Elle est devenue pour l'auteur lui-même la cause d'autres erreurs. Philippe Collot, *mort à quarante-deux ans,* n'est pas celui qui finit ses jours à Luçon en 1656. Je dis 1656, car la date 1659 du tableau est inexacte. Celui qui finit ses jours à Luçon est Philippe Collot, deuxième du nom, qui mourut à soixante-trois ans, étant né en 1593. Ce dernier figure dans le tableau susdit avec cette seule

l'énoncer dans ses termes généraux; la cause de l'asphyxie, quelle qu'elle soit, agirait sur le système nerveux central et déterminerait, dans les régions d'origine des vaso-moteurs pulmonaires, une irritation qui, transmise aux vaisseaux pulmonaires, produirait la stase sanguine, la congestion capillaire, l'hémorrhagie.

Il est certain que les lésions traumatiques, les irritations galvaniques de diverses parties de l'encéphale, mais surtout de la région du pont de Varole voisine de l'émergence des pédoncules cérébelleux, produisent, comme nous l'avons dit dans un précédent article, des ecchymoses sous-pleurales et d'autres troubles des plus graves dans la circulation pulmonaire; mais ce qui est bien moins précis et bien plus complexe, c'est le mécanisme de ces phénomènes, lorsqu'on veut en approfondir les diverses phases. En effet, lorsque, par exemple, l'ecchymose pulmonaire ou même l'apoplexie pulmonaire se produit immédiatement à la suite d'une section du pont de Varole, on peut admettre, avec M. Brown-Séquard, que les phénomènes se développent ainsi qu'il suit : l'ecchymose se produit si brusquement que des observateurs, tels que MM. Brown-Séquard, Vicq, Vulpian, qui ont cherché à la prendre sur le fait, n'ont pas réussi. Je n'ai pas obtenu plus de succès. Quoi qu'il en soit, cette ecchymose n'est formée qu'aux dépens des capillaires: car on ne retrouve pas de déchirures de veines ou d'artères; or cette hémorrhagie capillaire, fût-elle produite simplement par diapédèse, ne peut résulter que des deux conditions vasculaires suivantes, sous l'influence de l'irritation du territoire nerveux situé à la partie inférieure du pont de Varole : ou bien une excitation transmise par les nerfs vaso-moteurs (et non par les nerfs vagues) aura déterminé une contraction vasculaire, — mais celle-ci peut être une contraction se faisant simultanément dans les veines et les artères, de sorte que le sang soit accumulé dans les capillaires et en détermine la rupture ; — ou bien il y aurait, ce qui est beaucoup moins probable, une contraction des veinules seules.

Nous croyons donc, pour notre part, qu'il faut admettre la première de ces opinions, à savoir, que l'ecchymose est le résultat d'une contraction spasmodique des artérioles et des veinules résultant de l'irritation des régions nerveuses où prennent origine les vaso-moteurs pulmonaires. Du reste, cette explication, proposée par M. Brown-Séquard, est celle qui répond le mieux aux faits expérimentaux; jusqu'à présent il n'en a pas été émis de plus satisfaisante. Pourtant cette théorie vaso-motrice est moins facile à comprendre dans le cas d'asphyxie par suffocation ou par submersion; car alors l'irritation directe sur la région vaso-motrice est moins évidente, et l'on est ainsi conduit à admettre que c'est le sang chargé d'acide carbonique qui est l'agent excitateur des vaisseaux; ajoutons que cette hypothèse repose sur des preuves de divers ordres très nombreuses.

En définitive, si la physiologie ne nous a pas encore expliqué suffisamment les phénomènes intimes de la production des ecchymoses sous-pleurales, elle nous a démontré ce fait capital: qu'une lésion nerveuse peut les produire, et il ne faut pas trop s'étonner si elle nous laisse encore bien des points à éclaircir; en effet, du moment où une lésion nerveuse centrale a pour résultat la production d'ecchymoses pleurales, on est amené à supposer que certaines lésions des parties périphériques voisines peuvent jouer un rôle jusqu'ici méconnu. Pour mieux faire comprendre la difficulté de ces phénomènes, je choisirai trois exemples.

M. Grosclaude coupe toutes les parties molles du cou d'un chien, en avant de la colonne vertébrale : l'animal meurt d'hémorrhagie foudroyante et les poumons offrent des ecchymoses; chez plusieurs cobayes et lapins décapités, soit en commençant par le cou, soit en commençant par la nuque, j'ai constamment trouvé des ecchymoses sous-pleurales. Enfin, suivant le conseil de M. Brown-Séquard, j'ai mis à nu la moelle d'un cobaye, et je l'ai ensuite sectionnée à la base du crâne, l'animal est mort immédiatement, mais n'a pas présenté d'ecchymoses pulmonaires, résultat que M. Brown-Séquard avait dès longtemps constaté. Ces trois expériences prouvent combien dans la décapitation même les phénomènes peuvent varier avec l'opération, et il semble que de toutes les lésions, celle de la moelle soit la moins importante au point de vue de la production des ecchymoses. De pareils faits pourraient être longuement discutés, on pourrait penser que c'est la section du pneumogastrique qui produit les ecchymoses; mais les expériences de M. Brown-Séquard prouvent que la section préalable des nerfs vagues ne produit pas d'ecchymoses et n'empêche pas celles-ci de se produire; nous sommes donc obligés d'admettre que les lésions du cou ou de la nuque dans la décapitation, et en particulier les pressions, les chocs que nécessitent les sections, transmettent aux régions d'origine des vaso-moteurs pulmonaires, en quelques secondes et moins encore, l'irritation qui produit la contraction vasculaire dont l'ecchymose est le résultat.

---

mention : « opérateur du roy ». C'est tout simple. Ce qui lui revient a été donné à son père.

Sa sœur aînée, mariée à Restitut Girault, que M. Chéreau fait naître le 6 février 1634, est née sûrement avant 1593, et nous verrons bientôt que son mariage eut lieu vers 1607.

Il me semble inutile de relever en détail les autres erreurs de ce tableau généalogique (voy. plus loin). Il est à refaire. N'ayant pas les éléments nécessaires pour le reconstituer d'une manière complète, je vais essayer d'en tracer les lignes principales, et mettre au moins à leur vraie place les principaux membres de la grande famille des Collot. Autour d'eux, on essayera ensuite de grouper les autres, en tirant profit des renseignements que M. Chéreau a « pu rassembler, soit aux Archives, soit dans les ex-registres de plusieurs paroisses de Paris ».

Maintenant remarquons l'*histoire*, s'il vous plaît.

Laurent Collot exerçait la médecine dans la petite ville de Tresnel, près de Troyes (en Champagne), quand il apprit d'Octavian de Ville le grand appareil, inventé en 1525 par Jean des Romains, lequel avait transmis le secret à Marianus Sanctus, de Barlette, son meilleur ami. Ils étaient l'un et l'autre avancés en âge, et ce fut Octavian de Ville, chirurgien de Rome, élève de Marianus Sanctus, qui répandit la méthode nouvelle, « étant appelé de tous côtés, même dans les pays étrangers ». En 1556, Laurent Collot vint s'établir à Paris, par ordre exprès du roi Henri II, qui créa pour lui une charge d'opérateur de sa maison pour la taille. Trois de ses successeurs en ont hérité. François Collot, qui nous donne ces détails dans le *Traité de l'opération de la taille, ouvrage posthume, Paris*, 1727, dit page 68 : « Philippe Collot, mon » père, a été le dernier; il avait pourtant, de son vivant, ob» tenu pour moi la survivance de cette charge, sans qu'il » m'en dût rien coûter, non plus qu'à mes frères; mais » M. Vallot, qui pour lors était premier médecin de Sa Ma» jesté, soit par négligence ou par quelque raison que je ne

En dehors même des conditions expérimentales dont l'importance est quelquefois difficile à bien apprécier, il faut encore tenir compte de notions anatomiques qui ne nous semblent pas avoir été suffisamment étudiées : nous voulons parler de la structure même des vaisseaux pulmonaires; et ce que nous en savons est de nature à montrer l'importance de ce sujet d'étude histologique. En effet, les artérioles qui fournissent les capillaires de la surface pulmonaire proviennent de petits rameaux de l'artère pulmonaire ayant une disposition particulière, c'est-à-dire qu'ils présentent des flexuosités plus nombreuses, un calibre plus considérable, des anastomoses plus directes et des réseaux plus lâches que les capillaires des vésicules pulmonaires; de plus, les veines pulmonaires ne sont pas tout à fait semblables aux autres veines, les fibres circulaires y prédominent; nous indiquons ces différences sans vouloir y trouver la cause du siège des ecchymoses sous-pleurales, ou bien la preuve d'une contraction veineuse plus active et plus brusque dans les veines pulmonaires que dans les autres parties du système veineux. Il nous suffit pour le moment de signaler l'intérêt que nous aurions à mieux connaître ces particularités anatomiques. Telles sont les notions les plus précises que nous possédions en physiologie sur le mécanisme des ecchymoses sous-pleurales; nous ne saurions méconnaître qu'il y a encore quelques lacunes à combler; mais si l'on se reporte au point de départ de ces articles, on reconnaîtra que la physiologie concorde avec les faits cliniques pour nous imposer la plus grande réserve dans l'appréciation médico-légale de la lésion.

Albert Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note sur un cas d'anévrysme de la valvule mitrale compliqué d'insuffisance aortique et d'hémorrhagie cérébrale, par M. le docteur Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Obs. — Le malade qui va faire le sujet de cette note est un homme de trente-sept ans, exerçant la profession de tisseur, d'assez bonne constitution.

Interrogé au point de vue de l'hérédité, il nous dit que son père est mort d'accident, que sa mère est morte aliénée, que deux de ses frères ont été emportés par la phthisie pulmonaire, et qu'il a deux sœurs bien portantes.

Il affirme qu'il n'a jamais eu aucun malaise avant la maladie actuelle, dont les premiers symptômes remontent à cinq mois.

Il commença à cette époque à tousser et à cracher. Depuis un mois il éprouve une dyspnée graduellement croissante, exaspérée par les efforts et la marche et des douleurs vives à la base du thorax.

Voici les symptômes constatés le 1er février, au moment de son entrée à l'hôpital :

Organes respiratoires. — Dyspnée intense qui oblige le malade à rester assis. Expectoration blanche, muqueuse, aérée. Rien d'anormal à la percussion du côté des poumons. A l'auscultation, pas d'autres symptômes que des râles sous-crépitants moyens vers le milieu du poumon droit.

Cœur et organes circulatoires. — La matité précordiale est légèrement augmentée d'étendue. La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, à quelques millimètres en dehors de la verticale mamelonnaire. A l'auscultation, les battements sont sourds; on ne constate pas de bruit de souffle bien évident.

Peut-être en existe-t-il un léger au deuxième temps au niveau de l'orifice aortique, mais on ne peut l'affirmer.

Le pouls à 120 frappe le doigt avec une énergie extrême, avec gonflement subit et considérable de l'artère, puis se déprime immédiatement, offre, en un mot, le caractère bondissant très prononcé.

On entend dans la fémorale un souffle unique systolique assez intense qui se retrouve beaucoup moins marqué dans la carotide.

Le tracé sphygmographique présente, comme on le voit (fig. 1), les caractères suivants :



Fig. 1.

Ligne d'ascension verticale très longue, ligne de descente peu oblique dans sa plus grande partie, puis presque horizontale, interrompue à la fin de son premier tiers par une brisure de dicrotisme léger. Œdème notable des jambes.

Foie augmenté de volume. Il dépasse de 2 centimètres et demi le bord costal au niveau de la ligne mamelonnaire et s'avance à l'épigastre de façon à atteindre presque l'ombilic et les fausses côtes gauches. Sa matité se confond avec celle de la rate.

Rate hypertrophiée. Sa matité suivant le diamètre vertical dépasse 15 centimètres.

Les fonctions digestives sont languissantes.

Le malade ne dort pas à cause de son oppression et a souvent

» veux pas pénétrer, me fit perdre cette charge; il apporta » tant de délai, soit pour me faire prêter le serment accou- » tumé, soit pour signer mes lettres, que mon père étant » décédé (1656), il ne me parla plus de la charge que pour » me la vendre; je ne voulus plus l'acheter, croyant que je » ternirais mon nom si je mettais à prix d'argent une charge » qui n'avait été créée que pour récompenser mes ancêtres. »

Mais laissons un instant cet ouvrage. Ambroise Paré parle à plusieurs fois de Laurent Collot et de ses enfants. D'abord, au chapitre XLIX du dix-septième livre des Œuvres complètes : « Comme j'ai vu plusieurs fois faire à maître Laurent Collo, » chirurgien ordinaire du roy, et mesmement à ses deux en- » fants, les plus excellents et parfaits ouvriers en leur voca- » tion, qu'il est possible de trouver en notre temps, et croy » que par ci devants y en a eu peu de tels. » Ceci a été écrit la première fois, au verso du feuillet 186, dans les Dix livres de chirurgie, *Paris, chez Jean Le Royer, au vray Pottier*, 1564 (Bibl. nat., Te 37. 2). — Puis, au chapitre XV du vingt-cinquième livre des Œuvres complètes, primitivement Livre des monstres, *Paris, chez André Wechel*, 1573 : « L'an » 1570, Madame la duchesse de Ferrare envoya quérir en » cette ville Jean Collo, pour extraire une pierre de la vessie » d'un pauvre pâtissier, demeurant à Montargis... L'an 1566, » le frère du dit Jean Collo, nommé Laurent, fit pareillement » en cette ville de Paris extraction de trois pierres estant en » la vessie... Les dits Collo m'ont donné les susdites pierres » pour mettre en mon cabinet, comme choses monstrueuses... » Je me demande, après cela, comment M. Chéreau appelle les fils de Laurent Collot, Martin et Zacharie, au lieu de Laurent et Jean. Et j'ajoute que l'existence de ce second Laurent Collot, ignorée de M. Chéreau, enlève toute valeur à ce renseignement puisé dans les archives générales K.K : « Les comptes de la maison de Charles IX, celui de l'argentier Johenne, le mentionnent (Laurent) à l'année 1572. » Rien ne prouve qu'il soit question ici du premier Laurent Collot.

Revenons aux renseignements donnés par François Collo

des rêves pénibles. Les facultés intellectuelles sont normales. Aucune trace de paralysie. — On prescrit : infusion de 30 centigrammes de feuilles de digitale.

Symptômes survenus ultérieurement. — Le 4 février, l'exploration du cœur montre des symptômes nouveaux et inattendus que nous devons indiquer en détail.

Cœur. — La percussion démontre une matité précordiale très étendue, de 8 centimètres suivant le diamètre transverse.

La dimension du diamètre longitudinal est difficile à déterminer, parce que la matité du cœur se confond en bas avec celle de la rate et du foie qui se réunissent. La pointe, beaucoup plus déviée qu'à son entrée, bat actuellement dans le sixième espace intercostal, à 2 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire.

Le choc violent se manifeste par un soulèvement très marqué et très visible de la paroi thoracique, et imprime une impulsion énergique au doigt.

A l'auscultation, on trouve un souffle systolique intense à caractère râpeux qui n'existait pas à l'entrée du malade.

Il a son maximum au niveau de la pointe et s'affaiblit à mesure qu'on s'en éloigne dans la direction de la base, où se retrouve, mais toujours peu distinct, le bruit de souffle du deuxième temps. La dyspnée est extrême. — Prescription : potion avec une décoction de 50 centigrammes de digitale; 60 grammes de sirop de quina au vin d'Espagne.

Le 6 février, mêmes symptômes. Le pouls est tombé à 96 pulsations, mais présente d'une façon plus accentuée encore les caractères du pouls de Corrigan.

Sur les tracés aussi, les caractères indiqués dans le premier s'accentuent graduellement avec quelques particularités en plus, ainsi qu'on peut le voir sur les trois graphiques ci-contre pris à différentes heures de la journée (fig. 2) :

Si nous les analysons en les comparant à celui du 3 février et entre eux, nous remarquons que les lignes d'ascension, et par suite de descente, sont de plus en plus longues; que la seconde se rapproche de plus en plus de la verticale, de façon à former avec la précédente un angle de plus en plus aigu; qu'il y a ensuite une nouvelle ascension qui, représentée par une simple brisure dans le premier et rapprochée du sommet, se trouve au contraire de plus en plus marquée dans les trois suivants et placée beaucoup plus bas, de façon à constituer comme une deuxième pulsation bien distincte; que la ligne se rapproche ensuite un peu de l'horizontale, sauf dans le dernier, où se produit avant la fin de la partie diastolique une troisième ascension presque égale à la seconde, tandis que dans les deux précédents cette seconde oscillation supplémentaire était indiquée par une ondulation à peine marquée.

Le bruit de souffle du deuxième temps à l'orifice aortique est plus évident.

Le 7 février, la dyspnée s'est considérablement accrue. La respiration est excessivement accélérée et irrégulière. Elle se suspend parfois, pour reprendre avec une amplitude et une rapidité plus grandes, et rappelle un peu le rhythme respiratoire de Cheyne-Stokes.

Le faciès est altéré, pâle, les lèvres cyanosées. Il y a une hébétude croissante, et la nuit du subdélirium et des hallucinations.

L'auscultation fait percevoir des râles sous-crépitants nombreux et de la respiration soufflante à la partie moyenne du poumon droit.

Le pouls régulier, dont le caractère bondissant s'est encore accru, frappe le doigt avec une violence extrême. Il est à 124.

L'œdème des jambes a augmenté et est devenu énorme.

Le 10, hébétude encore plus marquée. Aucune apparence d'hémiplégie. Malgré son état grave, il a fait comprendre qu'il désirait être assis sur une chaise, et il a pu descendre de son lit. Nous le trouvons dans cette position au moment de la visite.

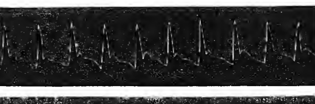






FIG. 2.

Même état de la respiration et de la circulation, suffocation imminente. Nous constatons que le volume du cœur a encore augmenté et que la pointe bat toujours dans le sixième espace intercostal, mais à 4 centimètres en dehors du mamelon.

Le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — Le cadavre ne présente pas de caractère extérieur particulier, si ce n'est un amaigrissement assez grand et une forte infiltration des jambes.

Le thorax et l'abdomen étant largement ouverts en laissant en place les viscères, on constate que le foie, très augmenté de volume, s'avance au-devant de l'épigastre jusqu'à la rate hypertrophiée elle-même, et que le cœur énorme, occupant au moins le tiers du côté gauche de la poitrine, repose dans une grande étendue sur le foie et la rate (par l'intermédiaire du diaphragme). Sa pointe présente exactement le siège reconnu pendant la vie.

Cet organe étant enlevé, on constate que son volume, est en

(ouv. cité, p. 69). Philippe Collot, petit-fils de Laurent Collot, originaire de Tresnel, « étant valétudinaire et ne pouvant se » dispenser de suivre la cour, ni de s'attacher à la personne » de Henri le Grand, prit la résolution, pour se soulager et » pour se rendre utile au public, d'instruire deux sujets : le » premier fut Restitut Girault, auquel il donna en mariage » sa fille aînée, à condition qu'il instruirait Philippe Collot, » son fils et mon père, quoique fort jeune. Mon père reçut de » lui les lumières suffisantes pour se rendre habile tant dans » la théorie que dans la pratique, et quelques années après » Restitut Girault s'associa avec lui, conjointement avec » Jacques Girault, son fils, et cette société a duré pendant » toute leur vie. L'autre élève fut Séverin Pineau, chirurgien » ordinaire du roy, auquel il fit épouser Geneviève Collot, sa » cousine; enfin tous les deux s'étant perfectionnés, Philippe » Collot mourut âgé de quarante-deux ans. » A quelle époque? Evidemment de 1607 à 1609, comme le prouve le contrat passé « entre nos seigneurs de Sillery, chancelier de France; le duc de Sully, pair de France, pour Sa Majesté; MM. le prévost des marchands et échevins de cette ville de Paris, d'une part, et ledit Séverin Pineau, de l'autre, qui tous s'engagèrent sous le bon plaisir du roy » pour perpétuer la précieuse méthode et instruire dix jeunes chirurgiens choisis. C'est sur l'avis de Dulaurens, premier médecin de Henri IV, que cette décision fut prise à la mort de Philippe Collot. Or Nicolas Brulart, chevalier marquis de Sillery, a été créé chancelier en 1607, et Dulaurens mourut le 16 août 1609. On peut donc, sans crainte de se tromper beaucoup, faire mourir Philippe Collot vers 1608 et le faire naître en 1566, puisqu'il est mort dans sa quarante-deuxième année. C'est celui-là que M. Chéreau fait mourir en 1659.

Il paraît que l'enseignement de Séverin Pineau (mort en 1619) ne produisit pas d'opérateurs distingués, ce qui fit que Restitut Girault et ses deux élèves continuèrent seuls à pratiquer la taille par le grand appareil.

Philippe Collot (1593-1656), mort à Luçon (Vendée), à

partie dû à sa distension par une grande quantité de sang noir, de consistance de gelée de groseille. Après avoir enlevé ces caillots, on reconnaît qu'il existe une hypertrophie vraie avec épaississement des deux ventricules et augmentation de capacité des cavités, mais qui ne donne pas à l'organe un volume supérieur au double de l'état normal.

La valvule tricuspide essayée par un courant d'eau arrivant dans le ventricule droit, sous une pression assez forte, est parfaitement saine et suffisante.

La valvule mitrale, près de son insertion à la zone fibreuse, sur la face supérieure de la valve droite et antérieure (en la supposant relevée), présente un mamelon gros comme une petite noisette, un peu allongé et bosselé, offrant en haut un petit mamelon surajouté au principal, au sommet duquel est une ouverture de 3 à 4 millimètres de diamètre, irrégulière sur ses bords, qui sont amincis et éraillés. Cette ouverture correspond à une cavité creusée aux dépens de la valvule par dédoublement des deux feuillets séreux qui la constituent et par distension du feuillet supérieur ou auriculaire, de façon à former une poche.

Du côté du ventricule, existe vers la base de la valvule un autre orifice assez régulier de 3 à 4 millimètres de diamètre également, qui s'ouvre dans la même poche.

Le feuillet ventriculaire de l'endocarde est perforé comme à l'emporte-pièce, et non déchiqueté comme l'auriculaire.

Il existe donc par le fait une communication entre le ventricule et l'oreillette à travers la valve droite de la valvule mitrale, dont les bords, du reste, s'affrontent très bien quand un courant d'eau un peu énergique est porté dans le ventricule par l'orifice aortique. On voit alors un jet de liquide passer du ventricule dans l'oreillette seulement par l'orifice de l'anévrysme.

Les valvules sygmoïdes aortiques sont bordées de végétations cylindriques inégales de longueur (de 2 à 8 millimètres), égales de diamètre (0mm,6), à surface lisse, au nombre de trois ou quatre pour chaque valvule, ressemblant tout à fait aux condylomes syphilitiques appelés erêtes de coq, et composées d'un tissu friable qui se continue avec celui des valvules. Celles-ci présentent en outre toutes trois une fissure qui les réduit à de simples brides adhérentes par leurs extrémités. Deux par le fait sont presque complètement détachées de leurs insertions à la zone fibreuse. La valvule antérieure offre une perforation moins large que les deux autres.

Les poumons sont peu altérés. Il existe quelques adhérences pleurales sous forme de brides lâches et peu nombreuses en arrière, surtout à gauche.

Ils présentent tous deux à leur sommet des cicatrices froncées et étoilées, correspondant à la coupe à une induration fibreuse du tissu. Plus nombreuses à droite, elles sont entourées de ce côté d'une infiltration charbonneuse.

Le foie, volumineux sans changement de forme, pèse 2kil,140; les vaisseaux sont gorgés de sang. A la coupe il présente une consistance normale.

La coloration de son tissu est dans certains points d'un rouge brun, ailleurs d'un rouge jaunâtre. Il est çà et là marbré de grandes taches plus foncées.

La rate présente un volume deux fois plus considérable que normalement. Sa capsule et ses tractus fibreux sont épaissis. Son tissu est dense, plus difficile à déchirer qu'à l'état normal, plus compact, parsemé de nombreux corpuscules gris rougeâtre de 2 à 3 millimètres de diamètre, consistants et durs.

Elle présente près de son sommet un infarctus irrégulier du volume d'une petite amande, de forme aplatie, au niveau duquel la surface de l'organe est froncée et inégale. En ce point, il est impossible de séparer et de distinguer la capsule fibreuse.

Le tissu de cette partie nécrobiosée est blanc jaunâtre uniforme à la coupe, assez consistant.

Les reins, sauf leur engorgement veineux considérable, la coloration rouge sombre et l'augmentation de volume qui en résulte, sont absolument sains.

Le cerveau présente une consistance générale faible, résultat évidemment cadavérique.

Dans le lobe occipital gauche existe un foyer hémorrhagique allongé, occupant exactement une loge creusée dans le centre de cette extrémité, aux dépens de la substance blanche seule, sans destruction de la substance grise, si ce n'est en un point où le caillot présente à la partie antérieure externe un prolongement mince qui a dissocié la couche corticale pour se faire jour au fond du sillon qui sépare la circonvolution occipitale moyenne de la supérieure jusque sous les méninges, et s'infiltrer dans le tissu conjonctif de la pie-mère, de façon à former une ecchymose sous-arachnoïdienne de 5 centimètres de long sur 2 ou 3 de large.

Le caillot intracérébral, gros comme un œuf de pigeon, mais plus aplati, est composé de sang coagulé uniformément noir et consistant.

La substance cérébrale qui forme les parois de ce foyer présente une surface irrégulière un peu rougeâtre.

Elle est un peu ramollie, mais dans une faible épaisseur.

Autour de la partie antérieure et du prolongement de ce caillot, la substance blanche et grise des circonvolutions occipitale supérieure et moyenne contient d'autres petits caillots gros comme des têtes d'épingle ou moins, très nombreux.

Le reste du cerveau ne présente pas d'altération.

Les artères cérébrales ne montrent aucune plaque athéromateuse, ni oblitération, au moins dans leurs branches, rameaux et ramuscules visibles à l'œil nu.

L'observation précédente doit être examinée à divers points de vue que nous pouvons diviser comme il suit :

En premier lieu, étude des lésions que nous pouvons considérer : 1° au point de vue anatomique, et successivement dans le cœur, le cerveau et les autres organes ; 2° au point de vue de leur pathogénie et du mode physiologique de leur production, avec les mêmes divisions.

En second lieu, étude des symptômes et de leur physiologie pathologique : 1° dans le domaine des fonctions circulatoires; 2° dans celui des fonctions cérébrales.

L'étude de la lésion cardiaque a été très bien faite pour des cas très analogues, par M. Pelvet. Nous n'aurons donc qu'à indiquer les analogies ou les différences que présentait notre sujet avec ceux dont il a publié ou reproduit les observations.

---

soixante-trois ans, le plus célèbre de la famille, avait donc environ quinze ans lorsqu'il perdit son père. Son histoire nous a été donnée à grands traits par Charles Perrault, qui n'était pas « docteur en médecine et membre de l'Académie des sciences », comme le dit par erreur celui qui a publié l'ouvrage posthume de François Colot (*sic*) (ouv. cité, p. 78), mais poète à ses heures, cultivant les arts, et membre de l'Académie française. Le docteur en médecine était Claude Perrault, membre de l'Académie des sciences, son frère aîné, l'immortel architecte de la colonnade du Louvre et de l'Observatoire.

Dans la notice de Charles Perrault, p. 87, je transcris ce passage : « Tel était celui dont je vais parler, et tels étaient » son père, son ayeul, son bisayeul, et depuis son fils et ses » petits-fils... »

C'est de ce même Philippe Collot, deuxième du nom (1593-1656), qu'il s'agit dans la requête du mois d'octobre 1646, relevée par M. Chéreau, dans laquelle Philippe Collot, Charles Collot, Jacques Girault et Antoine Ruffin demandent à établir un hôpital au faubourg Saint-Antoine pour y tailler les pauvres (*Commentaires de l'ancienne Faculté*, t. XIII, fol. 298 recto).

Guy Patin, dans sa lettre à Ch. Spon, datée du mardi 5 décembre 1656 (édition Reveillé-Parise, II, p. 266), dit : « Nous » avions ici deux cousins, fort excellents hommes à tailler la » pierre par incision de la vessie : le plus jeune des deux, » nommé Gyrault, mourut âgé de cinquante ans, le mois de » juillet dernier, à Evreux, où il était allé pour tailler un » gentilhomme. Il avait autrefois taillé le pape d'aujourd'hui, » à Cologne, l'an 1642. L'autre s'appelait Ph. Colot, âgé » d'environ cinquante-huit ans, qui a été *peritissimus artifex*. » Il était allé tailler un homme près de la Rochelle : il est » tombé malade d'une dysentérie et est mort à Luçon. Voilà » aujourd'hui A. Ruffin, jadis chirurgien de la Charité, le » premier lithotomiste de Paris. Il y en a encore quelques » autres qui courent après cette réputation lucrative, comme

La lésion cérébrale nous fournira l'occasion de quelques remarques spéciales à notre cas. L'étude des symptômes et de leur physiologie mérite une attention spéciale en raison de la complexité des phénomènes, dûs à des altérations organiques multiples.

CARACTÈRES ET PAHTOGÉNIE DE CES LÉSIONS.

1° *Anatomie. Cœur. Valvule mitrale.* — Selon ce qui existe le plus souvent (16 fois sur 23 cas réunis par Pelvet), l'anévrysme valvulaire siégeait sur la valvule mitrale. Comme presque toujours, il occupait la grande valve ou antérieure droite.

Il était développé, on l'a vu, dans le voisinage de la zone fibreuse. Le siège est indiqué explicitement dans une seule observation (obs. V de Pelvet, d'après Peacock). Dans d'autres, c'était au contraire vers le centre de la valve que se trouvait l'altération. Il n'y a rien sous ce rapport de constant. Cependant Pelvet fait observer avec juste raison que, vers le bord des valvules, on trouve des ruptures et non des anévrysmes.

La forme de la poche rappelait exactement, selon la comparaison de Bouillaud, un nid d'hirondelle.

L'ouverture auriculaire, irrégulière comme dans presque tous les cas, était située sur une sorte de saillie verruqueuse surajoutée à la tumeur, détail non encore mentionné.

Contrairement à ce qu'on rencontre habituellement, la surface intérieure de la poche était lisse et ne présentait pas les dépôts fibrineux qui ont fait confondre les anévrysmes valvulaires avec des polypes, des caillots ou des végétations, ou avec une production cancéreuse.

La poche contenait du sang, mais on n'y trouvait pas des détritus puriformes comme dans quelques cas (obs. IV de Pelvet).

Valvules sygmoïdes de l'aorte. — Les végétations très allongées en forme de condylomes ou crêtes de coq ont été très souvent observées. Sénac, Corvisart, ont avancé qu'elles pouvaient être d'origine syphilitique, se fondant sur une simple analogie de forme. Julia de Cazères est l'auteur qui a soutenu cette opinion erronée le plus affirmativement.

Quant à la fissure transformant chacune d'elles en une bride flottante, des lésions analogues ont été aussi souvent décrites.

Il est cependant rare de les voir porter à la fois sur les trois valvules.

Lésion cérébrale. — Elle offrait l'aspect d'un caillot récent, datant de trois à cinq jours au maximum, quoiqu'il pût être moins ancien encore.

Nous ferons observer que, parfaitement uniforme dans toute son épaisseur, noir et consistant, il n'avait subi encore aucun travail de régression; qu'il était immédiatement appliqué sur la substance cérébrale déchirée qui formait les parois du foyer, sans qu'il se fût produit encore de travail d'inflammation, et à plus forte raison d'enkystement.

La recherche minutieuse des anévrysmes miliaires ne nous en a pas montré.

Nous développerons d'autre part les motifs qui nous font penser que l'hémorrhagie avait pu se produire sans qu'il en existât.

Nous n'avons pu constater l'état du vaisseau d'où était parti le sang, n'ayant pu le trouver, ainsi que cela arrive souvent (Jaccoud).

Autres lésions. — Les autres lésions constatées ont trait d'abord à l'augmentation de volume du foie, simple hyperhémie par gêne de la circulation veineuse, peut-être avec un léger degré d'hépatite lobulaire centrale commençante. La rate était le siège d'une prolifération conjonctive qui avait augmenté sa consistance, lésion corrélative de celle du foie, mais beaucoup plus avancée.

L'infarctus nécrobiotique qu'elle présentait, altération anatomique assez commune, sans aspect autre que celui qu'elle offre habituellement, aura surtout pour nous de l'importance au point de vue de la physiologie pathologique.

Nous devons faire remarquer ces petits grains solides qu'elle contenait, lésion que nous avons souvent rencontrée dans les cas d'hyperhémie chronique de cet organe.

Pathogénie des lésions. Cœur. Anévrysme de la valvule mitrale. — Nous n'avons rien à ajouter à ce qu'ont démontré d'abord les travaux de Rokitanski et Luschka, puis, beaucoup plus complètement, ceux de Pelvet, sur le processus qui préside à la formation des anévrysmes valvulaires. Nous devons seulement indiquer quel est celui des différents modes de production de cette lésion indiqués par eux qui paraît s'être rencontré ici. Dans tous les cas, ces auteurs l'ont démontré, les anévrysmes valvulaires procèdent d'une endocardite ou, pour parler plus exactement, d'une valvulite, car tous les éléments de la valvule peuvent y participer.

Souvent, il y a endocardite ulcéreuse. L'inflammation amène la prolifération des éléments anatomiques de l'endocarde et des couches sous-jacentes d'un côté, puis leur regression et leur dissociation, une ulcération en un mot.

Si elle siège du côté du ventricule, ce qui est le cas le plus fréquent, les couches auriculaires de la valvule restées intactes ou peu altérées cèdent et se laissent distendre en doigt de gant du côté de l'oreillette, sous la pression du sang. Nous rejetons ce mécanisme chez notre sujet, car le feuillet séreux ventriculaire de la valvule présentait une solution de continuité de beaucoup inférieure en diamètre à la cavité même de l'anévrysme, et qui n'eût pu livrer passage à un jet sanguin capable de distendre les couches non ulcérées en une poche plus large que l'ouverture.

D'autres fois, il y a ramollissement par l'inflammation et

» Javot, chirurgien de la Charité; Govin, de l'Hôtel-Dieu; et » un autre Colot, cousin du défunt, qui était à Bordeaux, et » qui vient ici busquer fortune. » M. Chéreau (art. cité, *Dict. encycl.*, t. XIX, 1re série, p. 216), en écrivant : « Colot (Philippe), appelé grand, excellent lithotomiste par Guy Patin (lettre du 5 décembre 1659), et qui mourut à Luçon, en Poitou, après y avoir taillé un huguenot, au mois de novembre 1659 », a fait encore une bien fâcheuse confusion. Au lieu de prendre, dans la lettre du 5 décembre 1656, ce qui appartenait à Philippe Collot, il lui applique ce qui, dans la lettre du 2 janvier 1659, était pour Jérôme Collot. On trouve, en effet, dans une autre lettre de Guy Patin à André Falconet (édition Reveillé-Parise, III, p. 107) : « Je vous donne le » bonjour à ce commencement d'année, et je vous dirai que » ce 2 janvier 1659, ce matin, j'ai rencontré dans nos écoles » un homme qui m'a fait vos recommandations; il s'appelle » Jérôme Colot, *lithotomus expertus et peritus sed non-* » *dum totæ famæ quantum voluisset*. Il m'a dit que vous lui » aviez fait tailler plusieurs malades... » C'est bien évidemment celui qui était venu de Bordeaux (1). La grosse faute de M. Chéreau n'est pas d'avoir traduit le *lithotomus expertus et peritus* au lieu du *peritissimus artifex*, qui était pour Philippe Collot, mais de l'avoir fait mourir en 1659 au lieu de 1656, et surtout d'avoir embrouillé en les mélangeant les dates des lettres de Guy Patin. Pour un admirateur fervent de ces lettres, ce n'est guère pardonnable. Il faut bien dire encore que si M. Chéreau les avait lues avec plus d'attention, il n'aurait pas inscrit au fameux tableau généalogique cet autre Collot, cousin du défunt (Philippe Collot), venu de Bordeaux, Jérôme Collot enfin, comme son frère.

François Collot, qui dévoila le secret si longtemps gardé dans la famille, mourut en 1706. M. Chéreau le fait naître au hasard vers 1652. Que n'a-t-il là-dessus encore consulté la lettre à André Falconet du 13 mai 1659 (édition Reveillé-Parise, III, p. 135) : « Le petit Colot en a taillé d'autres qui

(1) Jérôme Collot mourut en 1684, selon Tolet

distension en masse de toutes les couches; mais ce mode de production n'est, lui aussi, nullement attribuable à notre cas, où nous trouvons des traces évidentes de la persistance, avec sa forme plane normale, de la couche ventriculaire de l'endocarde valvulaire, quoiqu'elle fût en partie détruite.

Enfin, un troisième mode de formation consiste dans la production d'un abcès, ou, pour employer le mot propre, d'une collection puriforme, résultant de la prolifération des éléments des parties centrales plus riches en cellules, c'est-à-dire de la lame conjonctive qui, suivant la description de Ranvier, existe entre les deux couches de fibres élastiques, sous-jacentes elles-mêmes aux cellules conjonctives sous-épithéliales aplaties.

Pelvet a très bien décrit le processus de cette altération : l'irritation formative et la multiplication par scission des noyaux, des éléments cellulaires du tissu conjonctif; la formation de corps embryonnaires devenus sans cohésion entre eux par ramollissement et dissolution de la matière intercellulaire, ne pouvant se nourrir et dégénérant bientôt en une masse granuleuse entremêlée de globules de graisse; enfin, l'élimination de cette collection du côté du ventricule par rupture et ulcération des autres couches, puis la dilatation consécutive des couches auriculaires intactes par l'effort du sang.

Peut-on considérer comme réellement purulent, ainsi que le veut Pelvet, le liquide qui constitue les collections dont nous parlons ? Il paraît qu'il en est ainsi dans certains cas (fait de Lancereaux).

Mais nous croyons que dans d'autres, et en particulier chez notre sujet, il s'agissait bien plutôt d'une bouillie athéromateuse, et c'est à cela que nous attribuons l'innocuité relative de l'invasion de ce liquide dans la circulation, tandis que Pelvet pense que c'est en raison de son introduction lente qu'il n'entraîne pas d'accidents.

Dans l'endocardite ulcéreuse aiguë, où il y a réellement production d'un liquide purulent et infectieux, il y a septicémie.

Une fois la cavité vidée plus ou moins complètement dans le ventricule, le sang peut y pénétrer et se mêler aux détritus qu'elle contenait, les délayant et facilitant leur issue.

A chaque systole, mélangé avec eux pendant le jeu de la valvule, il entrait et sortait de la petite cavité, en entraînant une partie, pendant que la couche fibreuse et épithéliale de l'endocarde auriculaire restée seule intacte, subissait une pression considérable au moment du relèvement de la valvule, et se laissait distendre de plus en plus, de façon à former le sac de l'anévrysme.

Peut-être même la poche ne s'est-elle vidée complètement que lorsque la seconde ouverture s'est produite par amincissement graduel, et enfin par rupture avec formation au niveau du point qui cédait, dans un dernier effort de distension, de la petite cavité surajoutée, au sommet de laquelle était la déchirure. Alors, le sang formant un courant à travers la cavité a balayé devant lui les derniers restes du magma athéromateux.

Lésions des valvules sygmoïdes. — Le processus de rupture des valvules sygmoïdes a-t-il été analogue à celui qui a présidé à la formation de l'anévrysme? Nous serions tenté de le croire. Dans chacune d'elles se serait formée une petite collection athéromateuse qui se serait ouverte et aurait été le point de départ de la solution de continuité.

Ce travail aurait sans doute précédé de longtemps la formation de l'anévrysme valvulaire, aucun débri du tissu en régression ne restant au moment de l'autopsie. Mais cette interprétation est basée sur une analogie, et il peut aussi y avoir eu simplement ramollissement inflammatoire et déchirure des tissus.

Les végétations que présentaient les bords des valvules sygmoïdes étaient certainement le résultat d'une prolifération des éléments de la lame conjonctive valvulaire, et composées principalement, ainsi que cela a été démontré pour d'autres cas, d'éléments embryonnaires jeunes, presque réduits au noyau, ce qui explique la friabilité du tissu.

Pathogénie de la lésion cérébrale. — Le foyer hémorrhagique volumineux qui se trouvait dans le lobe postérieur gauche, entouré d'un grand nombre de caillots très petits, comment a-t-il été produit?

En l'absence probable d'anévrysmes miliaires, ne pouvons-nous admettre que des oblitérations vasculaires emboliques ont amené la rupture de quelques artérioles? Cela est possible, quoique nous n'ayons pu démontrer matériellement cette cause (ce qui est d'ailleurs excessivement difficile dans le cas d'oblitérations de fins ramuscules).

On sait que toute oblitération artérielle est accompagnée d'une hyperhémie considérable, avec augmentation de tension dans le domaine des vaisseaux voisins.

Rokitanski le premier, je crois, l'avait admis; les expériences de Cohn, Prévost et Cotard, de Feltz, de Cohnheim, ont démontré expérimentalement ce fait.

Bouchard, partisan des anévrysmes miliaires comme cause la plus fréquente des hémorrhagies cérébrales, admet lui-même que cette hyperhémie peut aller jusqu'à la rupture et il fait remarquer que, par un phénomène plus singulier encore, c'est souvent dans le domaine lui-même de distribution du vaisseau oblitéré que se produit l'hémorrhagie.

Cette cause est admise aujourd'hui sans contestation comme origine des infarctus sanguins du poumon (expériences de Feltz, de Cohnheim), des hémorrhagies emboliques de l'intestin (Feltz, Gerhardt, Mollière, Lereboullet). Nous avons trouvé nous-même plusieurs fois dans l'intestin des ecchymoses, de

---

» en sont réchappés; j'espère qu'il deviendra aussi bon et » aussi heureux opérateur que son père : *fiat!* » (Il aurait eu alors sept ans.) Et, page 717, une autre lettre au même, du 21 novembre 1669 : « Le petit François Colot a depuis peu » taillé ici M. le marquis de Hauterive, frère de M. le garde » des sceaux de Châteauneuf, qui s'en porte bien à l'âge de » quatre-vingt-cinq ans. Il est allé en Flandres y tailler un » riche bourgeois. » (Et ici dix-sept ans.) Que n'a-t-il feuilleté aussi le *Traité posthume de l'opération de la taille!* il y aurait vu, pages 15, 105 et 159, la relation d'opérations faites en 1658 et 1660. Il faut donc, sans hésitation, remonter à une époque bien plus éloignée, et le faire naître vingt à vingt-cinq ans plus tôt, vers 1630 au moins.

La date 1652, donnée au hasard par M. Chéreau pour la naissance de François Collot, est presque celle de la naissance de son fils, Philippe-François Collot, l'auteur de la thèse de philosophie conservée à la Faculté de médecine. Cette thèse a été soutenue le 10 août 1673, pour obtenir le grade de maître ès arts, le baccalauréat ès lettres d'aujourd'hui. Philippe-François Collot devait avoir alors dix-huit ans à peine. On peut donc admettre qu'il est né vers 1655. Il est resté inconnu à M. Chéreau, malgré les renseignements qu'il était facile d'aller puiser dans le XVe volume des *Commentaires*. Ainsi, page 650, au commencement de la séance du 8 juillet 1673, le doyen Jean-Baptiste Moreau prévient l'assemblée que maître François Collot, l'habile lithotomiste, est venu demander à la Faculté (*Proposuit Decanus M. Franciscum Collot peritissimum lithotomum in mente habere*), en reconnaissance des bontés qu'il a maintes fois reçues de ses docteurs, qu'il lui plaise d'accepter la dédicace de la thèse de philosophie que son fils allait bientôt soutenir (*Sibi ut liceat sophisma philosophicum quid quam primum esset propugnatarus ipsius filius, universo medicorum Parisiensium, ordini nuncupare*), et qu'elle veuille bien permettre de le laisser faire lui-même sa demande à l'assemblée. Personne n'y mettant opposition, le sieur Collot fut introduit (*admissus*

véritables caillots sous-épithéliaux, chez des sujets porteurs d'infarctus emboliques multiples.

Cette tension exagérée dans les vaisseaux artériels voisins d'une partie privée de sang, ou même dans les propres vaisseaux du tissu primitivement anémié au delà du bouchon obturateur, ne nous paraît pas être un simple phénomène d'hydraulique, comme le veulent Prévost et Cotard après Rokitanski.

Pour nous et d'après la théorie déjà proposée par Proust, il y a là un acte vaso-moteur d'où résulte l'afflux exagéré.

Peut-être cela résulte-t-il des contractions autonomes des petits vaisseaux admises par Legros et Onimus? peut-être est-ce produit par le mécanisme aujourd'hui démontré des dilatations dites actives des artérioles, phénomène physiologique sur lequel nous ne pouvons nous étendre, mais qui résulte évidemment des expériences de Claude Bernard et Vulpian sur la corde du tympan, et de beaucoup d'autres observateurs?

Quant à la congestion du territoire propre du vaisseau oblitéré, elle ne peut être produite par un mécanisme identique, là où il n'existe pas d'anastomoses avec les artérioles voisines, comme dans le cerveau.

Cohnheim a démontré que c'étaient les veinules correspondantes qui jouaient dans ces cas un rôle actif dans le phénomène.

Le sang qu'elles contiennent n'étant plus soumis à l'impulsion venue des artères, reflue dans un sens rétrograde vers les vaisseaux de cet ordre qui naissent du rameau oblitéré, non seulement comme le voulait Virchow pour la suppression de la *vis à tergo*, mais par le fait des contractions des veinules, car Cohnheim a constaté que le sang y était animé d'oscillations alternatives.

Il pénètre dans les capillaires et les artérioles du département anémié, sous une tension sans doute beaucoup plus faible que celui qui viendrait des artères voisines, mais cependant assez forte pour gorger ces vaisseaux et amener leur rupture, ces phénomènes pouvant se produire en raison de la perte absolue de tonicité des parois vasculaires.

Les hémorrhagies de petit volume qui accompagnent le ramollissement rouge, et ont été décrites sous le nom d'apoplexies capillaires (Cruveilhier), d'anévrysmes disséquants (Pestalozzi), et reconnus par Bouchard comme des épanchements sanguins dans la gaîne lympathique des petits vaisseaux cérébraux, ne peuvent-elles faire admettre qu'avec un degré de congestion un peu plus forte, il peut se produire de véritables extravasations par déchirure de cette dernière et fragile enveloppe ?

Bouchard le reconnaît, et admet que cette lésion peut précéder une hémorrhagie véritable, qui arrivera à se collecter en foyer.

Les petits caillots avoisinant le foyer principal chez notre malade rappelaient tout à fait les ruptures vasculaires dont nous parlons.

Tout ces faits autorisent la supposition d'une hémorrhagie cérébrale provenant d'embolies des petites artères.

Cependant la réserve que nous apportons dans cette affirmation nous est imposée par la rareté et le petit volume des hémorrhagies cérébrales dans les oblitérations expérimentales des artères et artérioles du cerveau (Feltz, Prévost et Cotard), par l'absence de foyer nécrobiotique dans le voisinage du caillot chez notre malade, par le volume considérable de ce caillot.

Pathogénie des autres lésions. — La lésion qui existait en un point de la rate ne pouvait laisser de doute quant à sa nature. Elle présentait tous les caractères d'un infarctus par oblitération vasculaire embolique, ayant amené la nécrobiose du tissu splénique, et nous y trouvons le principal appui pour la théorie que nous venons d'énoncer.

Une seule chose peut étonner, c'est qu'avec des lésions cardiaques aussi favorables à la production des embolies, on n'en ait pas trouvé des traces plus nombreuses, soit dans la rate elle-même, soit dans d'autres organes, ainsi que cela est indiqué dans l'observation IV de Pelvet et dans d'autres observations publiées depuis.

Quant à l'hypertrophie de sa trame conjonctive, elle était le résultat naturel de l'hyperhémie par gêne de la circulation. Il y avait une véritable sclérose splénique. Les grains durs qu'elle contenait, et qu'on rencontre si souvent dans les congestions chroniques de la rate, résultaient sans doute d'une hyperplasie conjonctive ayant pour siège les corpuscules de Malpighi.

Les veines centrales des lobules du foie et leurs aboutissants les veines sushépatiques étaient gorgées de sang par la même cause.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'instruction publique transmet : 1° l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Alfred Fournier; 2° d'un autre décret autorisant l'Académie à accepter la donation qui lui a été faite par M. et madame Saint-Paul.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de candidature de M. le docteur Mathias Duval pour la section d'anatomie et de physiologie. — 2° Un mémoire de MM. les docteurs Couty et de Lacerda, sur *la pathogénie des accidents produits par les morsures des divers serpents*. — 3° Un mémoire de M. le docteur Lemenant des Chesnais, intitulé : *Etude sur une épidémie de diarrhée infantile.*

M. *Chatin* présente, au nom de M. le docteur Stockel, un mémoire intitulé

---

in comitiarum locum, dominus Collot ipse a Facultate ut exoraret), et fit sa demande en disant qu'il n'aurait jamais souffert d'être taxé d'ingratitude envers la Faculté; etc. Puis, quand il fut sorti, elle déclara (*facta supplicatione egressus e conclave declaravit Facultas*) qu'elle acceptait la dédicace de la thèse, et que, pour reconnaître la gracieuseté qui lui était faite, elle se proposait d'honorer cet acte de sa présence (*Facultatem sua presentia actum istum qua rei potest ratione cohonestaturam*). Et le sieur Collot introduit de nouveau, le doyen lui fit part de la décision unanime de l'assemblée (*atque id, iterum admisso domino Collot, renunciavit decanus de concessu*).

Un mois après, page 658, le jeudi 10 août, le fils du sieur Collot soutint sa thèse. La chose eut lieu comme la Faculté l'avait dit. Douze docteurs, six du premier rang et six du second, convoqués *per schedulam à Bidellis delatam*, étaient présents à deux heures, au collège royal de Navarre, savoir, du premier rang, maîtres : François Blondel, Germain Préaux, Nicolas Richard, Jean Garbe, Jean-Armand de Mauvillain et Jean de Bourges; et du deuxième rang, maîtres : François Gouel, Jean-Baptiste de Revellois, Denys Puylon, Antoine Lemoyne, Charles Marteau et Claude Puylon. Tous, avec le doyen, partirent de la chapelle en grand costume, précédés des massiers, le doyen en tête, et se rendirent à la salle (*ad locum disputationis*), où les premières places leur avaient été réservées. Ils demeurèrent tous jusqu'à la fin de l'acte, et le sieur Collot leur en témoigna tout son contentement. Il avait offert une très belle thèse, entourée d'un ornement or et argent, au doyen, qui la rendit ensuite (*Thesius elegantissimum aureo argenteo que ornamento munitam obtulerat Decano, quam deindè ei reddidit Decanus*). Cette thèse ainsi ornée fut mise dans un grand cadre doré, et donnée à la Faculté, qui la fit placer dans la salle de ses réunions, pour perpétuer la mémoire de cette gracieuseté envers elle (*Quam adhuc eleganter adornatam aurataque et amplissimia quadra instructam, postmodum obtulit Facultati, eamque in comi-*

Deux cas de dystocie observés chez deux lionnes de la Ménagerie. (Renvoyé à l'examen de M. Depaul.)

M. *Devilliers* présente un volume intitulé : *Congrès international de médecine légale*, tenu aux Tuileries les 12, 13 et 14 août 1878.

M. *Alphonse Guérin* présente, au nom de M. Guermonprez, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de la myosite.*

M. *Dechambre* offre en hommage : 1° En son propre nom, l'article SCIENCE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. — 2° Diverses brochures adressées par M. le docteur *Bertin* (de Montpellier). — 3° Une brochure de M. le docteur *Monrao-Pitta* intitulée : *Rapport annuel* au Conseil d'administration de l'hospice cellaria Amelia, à Funchal (île Madère). — 4° Un mémoire de M. le docteur *Crasset*, intitulé : *De l'action æsthésiogène des vésicatoires.*

M. *Broca* présente, au nom de M. le docteur *Poncet* (de Lyon), une note manuscrite sur une *déformation particulière de la voûte du crâne chez les scieurs de long.*

M. *Broca* demande, en outre, à faire une petite rectification à propos de l'emploi du thermomètre *en spirale* qu'il a, dans une précédente séance, attribué à M. le docteur Seguin (de New-York); ce thermomètre aurait été antérieurement employé par M. Mortimer Granville, qui s'en serait servi pour mesurer la température de l'haleine, comme moyen de diagnostic des maladies des bronches et des poumons.

M. *Regnauld* présente, au nom de M. le docteur *Méhu*, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, un volume intitulé : *L'urine normale et pathologique. Les calculs urinaires. Histoire médicale. Analyse chimique.*

M. *le Président* annonce que M. le docteur *West*, membre correspondant, à Londres, assiste à la séance.

M. le docteur *Magitot* adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il proteste contre la publication faite sans son autorisation, dans un journal illustré, d'une notice biographique accompagnée de son portrait et renfermant diverses inexactitudes.

TEMPÉRATURES MORBIDES LOCALES. — M. *Jules Guérin* demande à présenter quelques observations à l'occasion de la communication faite par M. Broca sur ce sujet. Relativement à ce que M. Broca a dit sur ce phénomène considéré dans le torticolis ancien, et qui résulterait d'un amoindrissement de la vascularisation du côté où existe l'inclinaison, amoindrissement qui produirait, outre la diminution de la température de ce côté, l'atrophie du crâne et de la face, M. Jules Guérin dit que les propositions de M. Broca sont confirmées par les observations qu'il a faites lui-même il y a plus de trente ans, dans ses études sur les déformations en général, et sur le torticolis en particulier. Il avait remarqué, dès cette époque, que l'amoindrissement de la nutrition existait sur tous les éléments du crâne et de la face, sur les os comme sur les parties molles, et qu'en particulier, l'os maxillaire inférieur pouvait subir une atrophie capable de réduire son volume de moitié.

Un deuxième fait observé par M. Jules Guérin et signalé par lui dès la même époque, c'est-à-dire en 1836, c'est que la déformation du crâne et de la face résultant du torticolis, affecte une direction spéciale, suivant une ligne oblique de haut en bas, inclinée du côté malade; les traits sont tirés de ce côté et cette traction se remarque à la fin sur les ailes du nez, les lèvres, et même, à la longue, sur les orbites. Chose curieuse, en même temps que ce phénomène d'inclinaison il s'opère un travail en sens contraire qui constitue un troisième fait signalé par M. Jules Guérin.

Sous l'influence d'un effort instinctif de la nature, il s'effectue donc un travail de redressement compensateur qui porte les parties dans le sens opposé à celui de l'inclinaison morbide, et qui se caractérise, comme résultat final, par le redressement de l'attitude en général, et, matériellement, par la dimension de l'espace sous-scapulaire du côté du torticolis et par l'allongement du même espace du côté opposé.

En s'occupant de l'action du système nerveux sur les éléments contractiles des vaisseaux, M. J. Guérin était arrivé à établir que la contracture est le premier résultat de cette action, auquel succède ensuite la paralysie. Pour lui, l'action nerveuse sur les vaisseaux capillaires se décomposait en trois éléments : 1° le resserrement ou contracture ; 2° le resserrement spasmodique; 3° la paralysie amenant la dilatation vasculaire.

M. Jules Guérin était arrivé à ces résultats à la fois par l'observation des phénomènes pathologiques et par les expériences sur les animaux.

Les expériences de M. Brown-Séquard, en montrant l'existence de deux périodes distinctes, l'une d'excitation et de constriction vasculaire, l'autre de paralysie et de dilatation, n'ont fait que confirmer les résultats déjà obtenus par M. J. Guérin.

La pathologie, dans les phénomènes qui accompagnent l'inflammation, reproduit exactement les résultats de l'expérience de la section du grand sympathique.

Sur une articulation phlogosée, gonflée, douloureuse, dans le rhumatisme articulaire aigu, par exemple, M. Jules Guérin pratique, avec une pommade stibiée, des onctions sur la zone occupée par l'inflammation ; il voit, au bout de trois ou quatre jours, survenir des pustules à la périphérie de cette zone, tandis que le centre reste indemne.

D'une autre part, lorsque la maladie articulaire est passée à l'état chronique, que la chaleur et la rougeur ont diminué, si l'on applique des pointes de feu sur la peau qui recouvre l'articulation, c'est à peine si les malades sentent la douleur de la brûlure.

Il y a donc : 1° dans l'inflammation aiguë, exagération de la sensibilité, mais, en même temps, suspension de la réaction de la peau ; 2° dans la période chronique, diminution de la sensibilité et insuffisance de la réaction.

Lorsqu'on ne voit que l'action des vaso-moteurs, on ne tient compte que d'une partie des phénomènes; il faut regarder au delà pour avoir la signification complète des faits.

M. Jules Guérin avait donc établi, il y a déjà plus de trente ans, l'existence de la paralysie du système splanchnique, et rattaché toutes les inflammations à la paralysie des diverses parties de ce système. Il pense que l'avenir achèvera de continuer la justesse de cette généralisation qui devançait alors de si loin les résultats de l'expérimentation physiologique.

RAPPORTS. — M. *Briquet* lit, au nom de la commission du prix Civrieux, un rapport sur un mémoire adressé pour le

---

tiarum loco apponi curavit ad perpetuam grati erga Facultatem animi memoriam).

Bien que les *Commentaires* ne parlent ni de l'image, ni de l'impression sur satin, qui n'étaient pas choses extraordinaires à cette époque, il ne me semble pas douteux qu'il soit ici question de la thèse qui se trouve aujourd'hui conservée à l'École de médecine.

Dr E. TURNER.

(*A suivre.*)

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Il est créé au Muséum une chaire de physiologie végétale. M. Dehérain, aide-naturaliste, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

LES MÉDICAMENTS SECRETS EN SUISSE. — La question des médicaments secrets vient d'être agitée par les Chambres fédérales. Le *Conseil des Etats* l'a résolue, mais le *Conseil fédéral* l'a ajournée ; elle est donc pendante. Il s'agit de savoir si la Confédération a le droit de prohiber la vente et même l'annonce de certains remèdes. — Oui, répond un message fédéral, si ces remèdes contiennent des poisons ou autres matières nuisibles à la santé. Oui encore si, quoique inoffensifs, ils sont vendus à un prix exorbitant relativement à leur valeur réelle. Oui encore s'ils contiennent des poisons non physiologiques, mais psychologiques (le mot y est). Qu'est-ce que les poisons psychologiques? Le message fédéral nous le dit expressément : ce sont les spécifiques recommandés par la littérature obscène qui, « sous forme de petites feuilles volantes, cherche à pousser au désespoir les personnes affaiblies — et cela afin de les engager à se procurer des médicaments dont elle leur donne l'adresse, et qui doivent les délivrer de leurs maux — moyennant des sommes relativement énormes.

concours de ce prix et relatif à l'hystéro-épilepsie. La lecture et la discussion des conclusions de ce rapport sont réservées pour le comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1879. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Présentation d'une malade atteinte de spasme fonctionnel du muscle sterno-cléido-mastoïdien du coté gauche : M. Desnos. — Du transfert et de ses variétés dans les cas d'hémianesthésie : M. Debove. — La fièvre jaune à Madrid : M. Colin. — Observation de cirrhose hypertrophique aiguë du foie : M. Vallin.

A la suite d'un scrutin auquel il a été procédé dans la dernière séance, le bureau de la Société médicale des hôpitaux a été renouvelé ainsi qu'il suit pour l'année 1880 : *président:* M. Hillairet; *vice-président :* M. Henri Guéneau de Mussy; *secrétaire général:* M. Ernest Besnier; *secrétaires annuels:* MM. Martineau et Duguet; *trésorier :* M. Dujardin-Beaumetz.

— M. *Desnos* présente une malade atteinte d'une maladie très curieuse, dont il ne connaît dans la science aucune observation et qu'il considère comme un *spasme fonctionnel du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche.* Il s'agit d'une femme non hystérique, quoique nerveuse et émotive. La maladie a débuté il y a deux ans, mais d'une façon légère; quand la malade était couchée ou inactive, elle n'éprouvait rien de particulier; mais, dès qu'elle était restée debout un certain temps, dès qu'elle faisait un effort ou ressentait quelque fatigue, la tête s'inclinait du côté malade avec rotation du côté opposé; en même temps, le muscle sterno-cléido-mastoïdien était animé de contractions spasmodiques. Cette femme est accouchée, il y a six mois, dans de mauvaises conditions au point de vue des soins; elle a perdu beaucoup de sang; depuis cette époque, les accidents se sont beaucoup aggravés et la déviation de la tête est permanente.

Comme traitement, on a employé les courants induits; on a donné du bromure de potassium; on a essayé l'iodure à hautes doses, pour le cas où les phénomènes observés dépendraient d'une tumeur comprimant le spinal; tous ces moyens ont échoué.

M. *Laboulbène* dit qu'il serait intéressant de prendre le tracé graphique des contractions, et propose d'essayer, comme traitement, des applications d'aimant.

M. *Dumontpallier* s'informe de la profession de la malade et demande s'il n'y a pas lieu de songer à la syphilis.

M. *Desnos* répond que, d'après un examen attentif de la malade, d'après les renseignements fournis par elle, rien ne fait supposer qu'elle soit syphilitique; il a cependant songé à la possibilité du fait et a donné l'iodure; l'absence de résultats, sous l'influence de ce traitement, contribue à éloigner l'idée de la syphilis. Quant à la profession, qui est celle de femme de chambre, elle n'a pu avoir d'influence sur la production de la maladie.

— M. *Debove* revient sur la question du transfert; « question souvent discutée, dit-il, dans le sein de la Société médicale, et objet de recherches intéressantes de la part de plusieurs membres de cette Société ». M. Debove distingue plusieurs variétés de transfert :

1° Transfert total, qui consiste dans le passage d'un côté à l'autre d'une hémianesthésie complète, générale et sensorielle.

2° Transfert partiel, dans lequel le rétablissement de la sensibilité du côté malade et son abolition du côté opposé ne se produisent que sur certains points.

3° Transfert lent, qui se fait par un retour progressif de la sensibilité du côté malade, avec diminution graduelle de la sensibilité du côté sain.

4° Transfert définitif, ne s'accompagnant pas d'oscillations de l'hémianesthésie d'un côté à l'autre.

5° Transfert tardif. M. Debove en possède deux observations, dont une lui a été communiquée par M. Jaccoud. Il s'agit d'une femme hystérique, hémianesthésique, chez laquelle, à la suite d'une application d'aimant, le transfert ne s'est produit qu'au bout de vingt-quatre heures.

M. *Dumontpallier* fait remarquer que M. Debove n'a parlé que de l'hémianesthésie, et demande si, dans tous les cas auxquels il a fait allusion, le transfert a eu lieu pour la motilité et la température en même temps que pour la sensibilité.

M. *Debove* répond que quelques auteurs ont publié des faits de dissociation, mais que, pour lui, il n'en a jamais observé.

M. *Dumontpallier* a précisément sous les yeux, en ce moment, un malade chez lequel il semble y avoir dissociation. Ce malade a été atteint brusquement et hémiplégié avec hémianesthésie complète générale et sensorielle. Eh bien, chez ce malade le mouvement s'est rétabli en partie; il peut remuer le bras, il peut marcher; il boîte, il est vrai, en marchant, mais il n'a pas besoin d'appui et se soutient sur son membre paralysé; et cependant, malgré cette tendance manifeste au rétablissement de la motilité, la sensibilité continue à être entièrement abolie. Ce fait semble en opposition avec la théorie d'après laquelle le rétablissement de la motilité dépendrait de celui de la sensibilité.

M. *Debove* fait observer que le rétablissement de la motilité est encore loin d'être complet, et ne considère pas le fait comme de nature à infirmer sa théorie.

— M. *Léon Colin* fait hommage à la Société, au nom de M. le docteur *Guichet*, médecin aide-major, d'une brochure intitulée : *La fièvre jaune à Madrid en* 1878.

M. Colin fait ressortir à ce propos le caractère absolument exceptionnel de cette épidémie, par le fait même de son importation dans la capitale de l'Espagne; on comprendrait peut-être mieux l'atteinte de grandes villes voisines de l'embouchure de fleuves largement accessibles au commerce maritime, à la rigueur même en France, comme Nantes ou Bordeaux. Si Madrid est située à une latitude en apparence plus favorable au *vomito*, cette capitale est toujours demeurée indemne, malgré la triste célébrité des épidémies qui ont ravagé les ports de la péninsule ibérique, Lisbonne à l'ouest, Cadix au sud, Barcelone à l'est, etc. Et cette immunité, elle semblait la devoir à trois conditions principales : 1° son éloignement du littoral; 2° son éloignement aussi de tout fleuve navigable, le *Mançanarès* n'étant qu'un cours d'eau sans importance commerciale ; 3° enfin son altitude de 675 mètres, lui donnant un niveau qui confère l'immunité même au voisinage du foyer originel du vomito.

La relation de M. Guichet a donc tout l'intérêt de la révélation d'un fait nouveau, et ce n'est que convaincu par le détail des observations, que M. Léon Colin a admis qu'il s'agissait bien là de fièvre jaune, c'est-à-dire d'une maladie exotique importée, et non d'une petite épidémie, localement survenue, spontanée si l'on veut, de fièvres bilieuses ou d'ictères graves.

Le mode d'importation de la maladie confirme les conclusions établies par M. Colin dans son article *Quarantaines*, et dans son *Traité des maladies épidémiques*, relativement à l'importance du rôle des intermédiaires inanimés : *hardes* ou *effets à usage* des passagers. L'épidémie a éclaté en effet, à Madrid, dans un quartier où étaient venus se fixer plusieurs soldats licenciés de l'armée de Cuba; aucun de ces soldats n'avait été malade pendant la traversée; aucun au port de débarquement, à Santander; aucun ne le fut à Madrid; le mal ne frappa ici que les habitants vivant autour d'eux.

Or ce n'est qu'à Madrid que les malles de ces militaires avaient été ouvertes; imprégnés au départ, à Cuba, du miasme de la fièvre jaune, les bagages l'avaient transporté jusqu'au point où ils furent déballés.

Sous ce rapport, l'épidémie de 1878 est conforme jusqu'à un certain point aux épidémies importées dans les ports; ici le mal ne se répand pas habituellement, comme il en serait du choléra, de la variole, par le contact de la population avec l'équipage du navire infecté; le danger commence avec le déchargement de ce navire, au moment de l'ouverture de compartiments fermés au départ et qui semblent avoir emmagasiné les émanations du foyer originel. D'où les conclusions spéciales formulées par M. Colin pour les quarantaines de la fièvre jaune.

La limitation extrême de l'épidémie dans cette ville de 300 000 âmes, où en un mois (15 septembre au 15 octobre 1878) elle ne frappe que trente à trente-cinq personnes, prouve enfin qu'elle n'y rencontrait pas un *milieu épidémique favorable;* en raison sans doute de conditions topographiques qui jusqu'ici avaient suffi à assurer l'immunité de Madrid.

— M. *Cadet de Gassicourt* offre à la Société médicale son *Traité clinique des maladies de l'enfance.*

— M. *Tenneson* offre, au nom de M. Sanné, une *Monographie de la scarlatine*, travail qui vient de paraître dans le *Dictionnaire encyclopédique.*

— M. *Vallin* communique une observation de cirrhose hypertrophique aiguë du foie. Il s'agit d'un homme de vingt-cinq à vingt-six ans, soldat de la garde républicaine, très vigoureux, n'ayant jamais été malade.

Cet homme, huit jours avant son entrée à l'hôpital, présente une légère teinte ictérique; on lui donne un émétocathartique et on lui fait garder la chambre pendant six jours. Le septième jour, il est pris subitement d'une douleur atroce dans l'abdomen, et entre à l'hôpital avec les symptômes suivants : état cholériforme, nausées, vomissements bilieux, hoquets, algidité, anxiété extrême, altération profonde du visage, pouls filiforme; douleur vive, spontanée et exagérée par la palpation, dans une partie du ventre, mais ne s'étendant pas, ce qui est à remarquer, à la région hépatique; anurie; en sondant le malade, on ne retire que 15 grammes d'urine. Le malade meurt; à l'autopsie, voici ce qu'on constate : intégrité des organes thoraciques; péritonite interne; foie normal en volume, pesant 1900 grammes; tissu hépatique d'un gris verdâtre; voies biliaires perméables; pas de calculs; muqueuses stomacale et intestinale saines; rate et reins normaux. Comme diagnostic, dit M. Vallin, j'ai d'abord hésité entre un empoisonnement par le phosphore et un ictère grave. Une enquête minutieuse démontra qu'il ne pouvait s'agir d'un empoisonnement; quant à l'ictère grave, l'absence de délire, l'absence d'hémorrhagies, en éloignaient l'idée; le début brusque de la douleur, l'ensemble des symptômes graves survenant consécutivement à un ictère de quelques jours, pouvaient faire songer à une rupture de la vésicule ou des canaux biliaires par des calculs et à une péritonite consécutive. M. Vallin s'était arrêté à ce diagnostic que l'autopsie seule pouvait infirmer, en permettant de constater l'intégrité de la vésicule et de faire l'examen histologique du foie. Cet examen fit constater une accumulation de noyaux autour des ramifications biliaires, c'est-à-dire une périangiocholite, consécutive à une angiocholite. Dans ce cas, l'inflammation, au lieu de tendre à la destruction des cellules, provoque leur prolifération; l'angiocholite et la périangiocholite sont les lésions d'origine caractéristiques de la cirrhose hypertrophique, de même que la périphlébite est le point de départ de la cirrhose atrophique.

Dans le cas dont il s'agit, M. Vallin pense que l'acholie a été une des causes de la mort, les cellules hépatiques étant hors d'état d'agir quand elles sont en voie de prolifération.

— A la suite d'un scrutin ouvert au début de la séance, MM. *Du Cazal* et *Zuber* sont nommés à l'unanimité membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux.

Dr BELLON.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Cysto-fibro-sarcome du muscle triceps fémoral; désarticulation coxo-fémorale; mort six mois après par généralisation de la néoplasie. — Traitement du cancroïde par le chlorate de potasse. — Elections. — Présentation d'un malade. — Rapports sur les prix.

M. *Nicaise* lit un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Gross (de Nancy). Un homme de quarante ans entre le 16 août 1878 dans le service de M. Gross. En juin 1876, il a découvert à la face antérieure de la cuisse gauche, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, un nodule du volume d'un gros pois, dur, roulant sous la peau, indolore. Ce nodule grossit lentement jusqu'en mai 1877. A partir de cette époque, il a grossi rapidement, avec douleurs lancinantes.

Le 1er décembre 1877, le malade entra dans le service de M. Rigaud; la tumeur mesurait 12 centimètres de long sur 10 de large; elle était bosselée, ferme, élastique, sans fluctuation, mobile sur les tissus profonds, sans connexion avec le fémur. Ganglions inguinaux intacts. On diagnostique une tumeur sarcomateuse siégeant sous l'aponévrose. Ablation par la méthode antiseptique. Il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire mélangé d'éléments globuleux. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 19 janvier 1878.

Le 16 juillet, le mal récidive; le sujet est pâle, anémique. Le 16 août, la tumeur est énorme, s'arrêtant à deux travers de doigt de l'arcade; 35 centimètres de longueur, peau adhérente; aucun indice de généralisation.

Désarticulation coxo-fémorale le 3 septembre 1878, d'après le procédé ovalaire à raquette antérieure décrit par M. Verneuil. Luxation de la fémorale sous l'arcade, section ovalaire de la peau, puis dissection de la tumeur, afin d'arriver sur l'articulation. Ce temps de l'opération est rendu difficile par le grand nombre de vaisseaux qu'on rencontre. La fémorale profonde naissait sous l'arcade, au-dessus de la ligature de l'artère fémorale; le malade perdit beaucoup de sang. La tumeur était située en entier dans le muscle triceps fémoral. L'état général ne se releva point; des plaques sarcomateuses parurent sur la plaie; de nouvelles tumeurs se développèrent vers le pubis; le malade mourut le 17 mars. On trouva des noyaux sarcomateux dans le poumon, le foie, la colonne vertébrale, le bassin, etc.

Le sarcome primitif des muscles est rare. Les uns pensent que le sarcome se développe dans le tissu conjonctif interfasciculaire; les autres croient que la fibre musculaire est altérée primitivement. Chez le malade de M. Gross, les fibres musculaires avaient subi une dégénérescence granulo-graisseuse avec atrophie. Si l'opérateur avait recherché le lieu de bifurcation de l'artère fémorale et lié la veine fémorale, il eût évité l'hémorrhagie.

M. *Farabeuf.* Pour être sûr de lier la fémorale primitive, il faut voir les fibres nacrées du ligament de Fallope.

M. *Verneuil.* Quand la ligature de la fémorale est bien faite, on ne doit pas rencontrer le sang en faisant la dissection des lambeaux.

M. *Nicaise.* Le malade de M. Gross avait une tumeur énorme, et il devait y avoir une dilatation considérable des vaisseaux, source d'hémorrhagie.

— M. *Desprès* fait un rapport oral sur une communication de M. *Pilat* (d'Orléans), relative au traitement du cancroïde par le chlorate de potasse. Ce traitement a échoué pour le

cancroïde des muqueuses; les cancroïdes de la peau ont été modifiés avantageusement dans quelques cas.

On ne guérira jamais un vrai cancroïde par le chlorate de potasse, s'il n'y a pas erreur de diagnostic.

M. *Terrier* a rencontré à Bicêtre et à la Salpêtrière des ulcérations qui ressemblent au cancroïde. Un vieillard pansé avec le chlorate en poudre vit disparaître son ulcération. Au bout de peu de temps, récidive traitée de la même façon. Chez deux vieilles femmes de la Salpêtrière, l'une, ayant une ulcération à la racine du nez, fut guérie par le chlorate; l'autre n'obtint rien par ce traitement. On peut toujours tenter ce traitement en pareil cas, mais il ne faut pas y compter pour guérir le cancroïde type.

M. *Le Fort*. Le diagnostic des ulcérations de la face est difficile; on voit de temps en temps des malades ayant des ulcérations d'apparence cancroïdale et qui guérissent sans opération. M. Le Fort a vu un malade ayant à l'angle interne de l'œil une ulcération. Pour faire tomber l'inflammation, on appliqua des cataplasmes de fécule de pommes de terre; la guérison eut lieu. La guérison s'est maintenue depuis quatre ans, et on avait diagnostiqué un cancroïde.

M. *Verneuil*. Toutes les guérisons opérées par le chlorate de potasse sont des guérisons d'adénomes sudoripares quand il s'agit d'ulcérations de la face. Le cancroïde papilliforme est facile à diagnostiquer. L'adénome sébacé est très rare; l'adénome sudoripare, très fréquent. Quand la glande sudoripare est intacte, on peut guérir; quand il y a infiltration dans le derme, on ne guérit pas avec le chlorate de potasse.

M. *Lucas-Championnière*. La confusion est facile entre le vrai et le faux cancroïde.

M. *Guyon*. Il y a évidemment des ulcérations de la face à aspect cancroïdal qui peuvent guérir avec ou sans chlorate de potasse. M. Guyon a obtenu une cicatrisation complète avec la greffe épidermique.

M. *Perrin* dit que le diagnostic est difficile dans certains cas, surtout quand il s'agit de dégénérescence des glandes sudoripares ou sébacées.

— *Élections*. MM. Lister (de Londres) et Deroubaix (de Bruxelles) sont nommés membres associés étrangers.

MM. Tilanus (d'Amsterdam), Rose (de Zurich), Saboia (de Rio-Janeiro), sont nommés membres correspondants étrangers.

MM. Gross (de Nancy), Mollière (de Lyon) et Hue (de Rouen) sont nommés membres correspondants nationaux.

— Nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante de membres titulaires : MM. Marjolin, Guyon et Desprès.

— M. *Le Fort* présente un enfant de douze ans opéré d'un bec-de-lièvre avec saillie de l'os intermaxillaire.

— M. *Sée* lit le rapport sur le prix Demarquay : « Pathogénie des diverses formes d'ankylose, et des indications thérapeutiques qui en découlent ».

— M. *Berger* lit le rapport sur le prix Gerdy.

— M. *Terrillon* lit le rapport sur le prix Duval.

— M. *Th. Anger* lit le rapport sur le prix Laborie.

L. Leroy.

Société de biologie.

SUITE DE LA SÉANCE DU 3 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Lésions oculaires produites par le froid : M. Galezowsky.

M. *Galezowsky* fait une communication sur les altérations de la vue qu'il croit pouvoir attribuer à l'action du très grand froid. Ces troubles sont de trois sortes : *nécroses de la cornée*, *névrite susorbitaire* et *accidents cérébraux chez les alcooliques*.

A. *Nécroses de la cornée*. — La cornée, qui n'a point de vaisseaux dans l'état normal, et dont la température ne dépend que de l'humeur aqueuse, se refroidit beaucoup plus facilement que tous les autres tissus de l'œil. Les nerfs cornéens, à leur tour, qui sont très nombreux et en même temps tout à fait superficiels dans cette membrane, subissent facilement la congélation, ce qui détermine une nécrose partielle de la cornée. Sous l'influence de ce processus morbide, on voit apparaître, le plus souvent vers le centre de la cornée, un ulcère large, superficiel, à bords taillés à pic. Cet ulcère se présente généralement avec la surface luisante, à demi transparente, peu sensible au toucher, ce qui le fait ressembler à une plaie occasionnée par brûlure. La maladie se déclare d'une manière brusque; le malade d'abord ne souffre point, puis peu à peu l'œil s'injecte; une iritis intense se déclare, et l'on voit bientôt apparaître de l'hypopyon, si l'on n'arrête pas à temps la maladie.

Il a suffi, dans un cas, de quelques jours de traitement au moyen de compresses chaudes et d'instillation alternative d'atropine et d'ésérine, pour que l'ulcère se cicatrisât et pour que l'œil revînt à son état normal.

M. Galezowsky a observé cinq cas d'ulcères de la cornée par congélation; un des malades était atteint, depuis l'enfance, d'une paralysie de la septième paire.

B. *Névrite sus-orbitaire*. — La seconde variété d'affection que l'auteur rapporte aux grands froids est l'inflammation de la branche sus-orbitaire du nerf trijumeau. Ce nerf est, en effet, relativement moins abrité que les autres nerfs, surtout chez certains individus, ce qui fait que le froid peut l'atteindre assez facilement et donner lieu à une névrite avec des névralgies périorbitaires des plus intenses. Des bains de vapeur, des vésicatoires volants promenés dans la direction du trajet de ce nerf, amènent très promptement la guérison de ces accidents.

C. *Accidents cérébraux et oculaires chez les alcooliques*. — La troisième variété des lésions se développant sous l'influence du froid est celle qui se traduit par des symptômes de congestion cérébrale observés surtout chez les buveurs.

Un malade alcoolique fut atteint d'accidents cérébraux graves par suite d'un refroidissement; il resta quarante-huit heures sans connaissance, et lorsque les accidents méningitiques se sont dissipés, on a pu constater une paralysie incomplète de deux troisièmes paires.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Thermomètres pour évaluer la température de l'haleine : M. Mortimer Granville. — Lésion cornéenne consécutive à l'injection d'acide osmique dans le crâne : M. Laborde. — Lésions rénales chez des animaux empoisonnés par la cantharidine : M. Cornil. — Action thérapeutique de l'eau de Vichy : M. Leven. — Cellules pigmentaires dans les glandes du larmier de la gazelle : M. Hermann. — Appareil pour reproduire la voix humaine : M. Dragounis.

Au nom de M. *Mortimer Granville* (de Londres), M. *Laborde* présente à la Société un thermomètre dont la cuvette, enroulée en spirale de manière à présenter une surface relativement très étendue, permet à cet instrument de se prêter à l'étude, soit des températures locales, soit de la température

de l'haleine. C'est ce dernier point qu'a surtout étudié M. Mortimer Granville chez les phthisiques de «Brompton Hospital». Dans les cas chroniques simples, la température de l'haleine est de 86 à 88 degrés Fahrenheit; s'il survient une pneumonie, elle s'élève à 96 degrés environ.

M. *Cornil* fait observer que les régions hépatisées d'un poumon étant imperméables, c'est plutôt la température générale du corps que celle des points malades que l'on obtient par ce procédé. M. Bert ajoute que, dans ces observations, le mode suivant lequel le sujet expulse l'air par la bouche peut faire à volonté varier la température de l'haleine. M. Regnard a eu occasion de se servir des thermomètres de M. Mortimer Granville pour l'étude des températures locales, et croit que, dans ce genre d'observations, ce sont les seuls qui puissent donner des résultats sérieux.

— M. *Laborde* présente un chien porteur d'une lésion cornéenne tout à fait semblable à celles que détermine la section de la cinquième paire. L'animal en a été atteint à la suite de l'injection dans le crâne de quelques gouttes d'acide osmique; l'autopsie montrera quel point des centres nerveux ou quel nerf a été intéressé par cet agent.

— M. *Cornil* a retrouvé chez les lapins et les chiens rendus artificiellement albuminuriques les lésions qu'il a décrites l'an dernier dans les reins de sujets brightiques. Chez un chien qui avait pris quotidiennement pendant un mois de très faibles doses de cantharidine, les cellules épithéliales des tubes contournés étaient creusées de vacuoles dans la partie voisine de la cavité du conduit, chargées de granulations graisseuses dans leur partie opposée. Chez un lapin tué en trois heures par l'injection de 1 centigramme de cantharidine, les tubes contournés étaient gorgés de globules rouges et de cellules granuleuses, et les tubes collecteurs près de leur extrémité, au lieu de présenter leur revêtement épithélial cylindrique normal, étaient remplis de cellules pavimenteuses, déformées par pression réciproque, entre lesquelles semblaient s'insinuer des éléments en forme de coin ou d'étoile, moulés sur les cellules qu'ils séparaient et présentant des crêtes d'empreinte. Ces éléments paraissent venir des vaisseaux et sont accompagnés de globules blancs et rouges en assez grand nombre.

— M. *Leven*. Une malade, dyspepsique depuis quinze ans, atteinte de vomissements incoercibles depuis trois ans, atteinte en outre récemment d'un œsophagisme tel qu'il ne permettait plus la déglutition d'aucun liquide, a été guérie en un mois environ, par huit injections de quatre ou cinq verres d'eau de Vichy portée dans l'estomac à l'aide d'un long tube de caoutchouc. La température de la région épigastrique de la malade a baissé de 37°,2 à 36 degrés.

— Au nom de M. *Hermann*, M. *Pouchet* indique que les glandes sudoripares et les glandes sébacées du larmier de la gazelle contiennent au milieu de leurs éléments épithéliaux des cellules rameuses pigmentaires à noyau ovoïde. La présence de ces cellules au milieu des éléments sécréteurs est un fait complètement nouveau en histologie.

— M. *Dragonnis* présente un instrument destiné à reproduire artificiellement la voix humaine. En plaçant dans la bouche ce petit appareil, essentiellement constitué par une anche métallique que fait entrer en vibration l'air projeté contre elle par un soufflet muni d'un tube de caoutchouc, on arrive, si l'on fait exécuter à la langue et aux lèvres les mouvements nécessaires à l'articulation des sons, à reproduire la voix d'une façon assez distincte et sans l'émission d'aucun son laryngien.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

De la gastrite phlegmoneuse, par M. J. Glax.

Le phlegmon de l'estomac est une affection rare et généralement méconnue pendant la vie. Elle se présente sous deux formes distinctes : la forme *diffuse* et l'*abcès* de l'estomac; sur 46 cas rassemblés par l'auteur, 24 appartenaient à la première et 22 à la seconde. Deux observations personnelles sont citées comme exemples de l'une et l'autre forme.

La maladie se présente sous l'aspect d'une phlegmasie grave. Au début, frisson prolongé, vomissements, faiblesse générale. Puis se développe une fièvre intense (40 degrés, 40°,5), accompagnée de violentes douleurs abdominales, surtout de la région épigastrique. L'état général ressemble un peu à celui d'une fièvre typhoïde. Au bout de quelques jours surviennent des vomissements, qui se composent de pus presque pur, et la guérison s'ensuit, ou bien l'état général s'aggrave et le malade meurt dans le collapsus. Comme on voit, ces symptômes n'ont rien de bien caractéristique; cependant Bamberger disait déjà en 1864 que le diagnostic était possible. Suivant Deininger (*Deutsch. Arch. für Klin. Med.*, t. XXII), il faut surtout porter son attention sur les trois points suivants :

1° La fièvre et les symptômes généraux sont d'une violence telle qu'elle ne se trouve pas dans une gastrite ou une péritonite.

2° Les douleurs abdominales ne sont pas exagérées par les mouvements du malade.

3° La résistance de la région épigastrique à la palpation est très évidente.

Il est surtout difficile de distinguer la gastrite phlegmoneuse de la fièvre typhoïde, comme nous l'avons déjà fait pressentir, d'autant mieux que souvent la rate est tuméfiée et que les douleurs stomacales peuvent ne pas exister.

Le phlegmon circonscrit, le véritable abcès de l'estomac, présente d'ordinaire les mêmes symptômes et la même marche; cependant, dans des cas rares, la marche peut être très lente et amener la mort du malade par consomption. On sait que l'on a pu quelquefois reconnaître l'abcès à travers les parois abdominales. La première observation de ce genre date de 1695 et se trouve dans la thèse de Sand (de Kœnigsberg).

L'étiologie est douteuse; en France, on admet généralement l'origine alcoolique de la gastrite phlegmoneuse. Sur 25 cas où les causes ont été recherchées, on n'a noté que 10 fois l'abus des spiritueux. Toutefois les hommes sont atteints dans une proportion bien plus considérable que les femmes.

Le pronostic est généralement mortel. Au point de vue du traitement, on ne peut guère recommander que l'emploi précoce et continu de la glace, *intus* et *extra*.

Dans le même journal se trouve une petite note de Lewandowsky sur le même sujet. Les deux observations relatées ne diffèrent point des précédentes et n'ont aucun intérêt spécial. (*Berl. klin. Woch.*, n° 38, 1879.)

Un procédé simple de transfusion du sang,
par M. Ponfick.

Encouragé par le résultat obtenu dans des expériences sur les animaux, Ponfick a fait à trois malades des injections de sang défibriné dans la cavité péritonéale. Chez les animaux la réaction est à peu près nulle; chez l'homme, on observa une fièvre très modérée coïncidant avec un peu de sensibilité de l'abdomen. Le résultat obtenu fut très favorable, « manifestement vivifiant » (*sic*).

La transfusion se fait simplement au moyen d'un entonnoir en verre et d'un tube en caoutchouc, terminé à son extrémité

libre par une canule en forme de plume à écrire, munie d'un robinet. Les quantités de sang défibriné employées varient de 220 à 250 grammes. La pénétration de la canule dans le ventre, et en général l'opération tout entière, constituent pour le malade une incommodité très supportable, et la résorption graduelle du nouveau sang protège le cœur, la tête, les poumons, des congestions.

Il s'agit bien dans ce procédé d'une véritable transfusion, et non d'une méthode extraordinaire d'alimentation; dans aucun cas on n'observa d'hémoglobinurie qui avait indiqué une destruction des corpuscules sanguins. Malheureusement l'auteur n'a pas fait jusqu'ici de numération des globules avant et après l'opération. (Compte rendu in *Berlin. klin. Woch.*, 1879, n° 39.)

De la pathogénie de l'œdème passif, par M. SOTNITSCHEWSKY.

L'auteur a contrôlé, de concert avec le professeur Cohnheim, la théorie de Ranvier à ce sujet. Dans un assez grand nombre d'expériences on pratiqua la ligature des troncs veineux principaux, et même des troncs secondaires que l'on pouvait atteindre facilement; jamais il ne se produisit d'œdème. Ce fait n'est pas extraordinaire, vu que l'injection de substances colorantes dans les artères montre que la circulation en retour se fait avec facilité par des voies collatérales. On peut arriver à faire disparaître cette circulation collatérale en injectant de la bouillie de plâtre dans une des origines des saphènes; alors l'œdème se forme avec assez de rapidité (en quelques heures) et est durable. Ceci tend à démontrer qu'il n'est pas indispensable que les nerfs soient lésés, comme le prétend Ranvier, pourvu que l'arrêt de la circulation veineuse soit suffisant, comme cela arrive dans les conditions de l'expérience ci-dessus, ou dans les veines sans collatérales, comme la veine porte. Il peut arriver aussi que la ligature d'un tronc principal constitue un obstacle suffisant : c'est lorsque l'apport du sang artériel est considérablement augmenté, comme dans le cas d'une section des nerfs qui amène immédiatement une dilatation artérielle par paralysie des vaso-moteurs. C'est là l'explication des résultats obtenus par le savant français. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVII.)

Un cas de tétanos traumatique traité par le curare, par M. A. HOFFMANN.

Après avoir constaté l'inefficacité des injections hypodermiques de curare, l'auteur employa les injections intraveineuses. Dans la même journée, il fit 4 fois la ponction de la veine médiane gauche, à trois heures et demie du soir, à quatre heures un quart et à cinq heures, enfin à sept heures et demie, à la veille de l'agonie, et injecta en somme 8 centigrammes d'une solution contenant 1gr,7 pour 100 de curare. L'autopsie démontra que ces ponctions réitérées de la veine n'avaient provoqué aucune lésion. « L'action de l'injection intraveineuse sur les contractures fut magique (*Zauberhaft*), toute trace de tension musculaire disparaissait immédiatement, et lorsque l'on cessait de pratiquer la respiration artificielle, le malade restait tranquillement étendu comme un homme endormi. Après la troisième injection, les contractures avaient disparu deux heures durant et l'on commençait à espérer sauver le malade. » L'auteur signale comme particularité de ce cas, l'arrêt subit du cœur, la fréquence extrême du pouls (170 pulsations), la haute température (40 degrés environ au moment du décès). Ce dernier phénomène fait partie, comme on sait, du cortège symptomatique du tétanos : les deux autres sont peut-être dus à l'action du curare : il faut dire cependant que le chiffre des pulsations était déjà de 136 avant le commencement des injections. — Observation intéressante, mais qui montre une fois de plus combien le curare est un agent dangereux et jusqu'à présent, impossible à manier fructueusement. (*Berlin. klin. Woch.*, 1879, n° 43.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie pathologique, par le docteur LANCEREAUX. Tome II, 1re partie. — V. A. Delahaye et Cie, 1879.

Cette première partie du second volume du *Traité d'anatomie pathologique* comprend l'étude des lésions des tissus et organes lymphatiques.

Bien que la question des origines du système lymphatique ne soit pas encore anatomiquement résolue, l'opinion d'après laquelle les lymphatiques prendraient naissance dans les aréoles ou lacunes du tissu conjonctif gagne tous les jours du terrain. C'était celle de Breschet qui, dès 1836, affirmait que le tissu cellulaire était le point principal d'où surgissaient les vaisseaux lymphatiques, « ce sol dans lequel s'implantaient leurs racines et dans la profondeur duquel elles se ramifiaient avec des caractères spéciaux et des formes particulières ».

Cette manière de concevoir les origines des vaisseaux lymphatique, opposée à l'opinion qui fait les naître exclusivement d'un système de canaux anastomosés en réseaux, est adoptée par M. Lancereaux, qui l'appuie de preuves tirées de l'anatomie comparée, de l'embryogénie et de la pathologie. Il admet conséquemment dans ce système trois grandes divisions : les systèmes lacunaires, tronculaires et ganglionnaires. Le premier comprend tout le tissu conjonctif et ses dépendances, c'est-à-dire les membranes séreuses; de telle sorte que cette portion du système lymphatique pourrait être assimilée à une immense éponge ayant des cavités à dimensions variables, depuis les aréoles du tissu sous-cutané jusqu'aux grandes cavités séreuses.

C'est dans le système lymphatique que s'élaborent les éléments de la lymphe; c'est le milieu où se font les échanges nutritifs, où se déversent les résidus du travail organique. C'est le siège principal de l'absorption. Plus la nutrition est active, plus il prédomine. D'où sa prépondérance chez l'enfant, l'espèce d'atrophie qu'il subit chez le vieillard; la fréquence de ses maladies chez le premier, leur rareté chez le second.

Le système lymphatique, si important au point de vue fonctionnel, doit naturellement avoir un rôle pathologique de premier ordre. C'est la porte d'entrée de la plupart des maladies, le siège primitif de la plupart des actes morbides. Les recherches dont les maladies infectieuses sont chaque jour l'objet confirment cette manière de voir.

Ce rôle capital du système lymphatique est bien exposé par M. Lancereaux dans les considérations préliminaires qui lui servent d'introduction. Ainsi s'explique le développement considérable que l'auteur a attribué à l'étude de ses lésions, dont la description remplit et au delà toute cette première partie du second volume.

Dans le premier article, consacré aux lésions du tissu conjonctif lâche et intermédiaire, nous trouvons les hypertrophies et les atrophies, les phlegmasies, parmi lesquelles figurent au premier rang l'érysipèle et les phlegmons du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-séreux, les furoncles, anthrax, etc., un certain nombre d'affections sous-cutanées, les anomalies de circulation, etc. Il y a là plusieurs chapitres d'un grand intérêt et renfermant beaucoup d'idées nouvelles.

L'article consacré aux altérations des membranes séreuses forme la plus grande partie du volume. L'auteur y passe en revue les maladies des synoviales articulaires et tendineuses,

et arrive ensuite aux altérations des grandes séreuses : péricarde, péritoine, plèvres, arachnoïde, qu'il traite avec tous les développements nécessaires. Le plan de ces descriptions est uniforme pour toutes les séreuses. On y étudie successivement les malformations, les diverses formes de la phlegmasie : exsudations, suppurations, proliférations tuberculeuses; les néoplasies, les anomalies de circulation, l'hydropisie, le parasitisme, etc. Tous ces chapitres, riches de faits observés, résument en outre les principaux travaux publiés sur la matière et dont mention est faite à la fin de chaque article. Le lecteur trouve ainsi une bibliographie étendue et très précise, qui peut lui fournir des indications précieuses pour des recherches ultérieures.

Les lésions de la plèvre, dont la clinique de chaque jour nous offre de si fréquents exemples, ont été exposées par M. Lancereaux avec un soin tout spécial, et nous ne croyons pas qu'il existe ailleurs un ensemble de recherches et d'observations aussi complet.

La plèvre, ainsi que l'ont démontré des travaux modernes, est particulièrement riche en lymphatiques qui s'anastomosent largement avec les réseaux du poumon, de la paroi pectorale et du diaphragme. Ces communications expliquent bien les relations si fréquentes des maladies des plèvres avec celles du poumon d'abord, et avec celles des parois de la poitrine, du péritoine et des viscères abdominaux. Dans presque toutes les pleurésies, on peut observer sous les exsudats de la plèvre des réseaux de lymphatiques dilatés par des leucocythes et des produits fibrineux.

Les pleurésies ou pleurites exsudatives sont les plus fréquentes de toutes. L'exsudat, plus ou moins abondant, formant quelquefois une couche gélatineuse ou refoulant dans d'autres cas le poumon qu'il aplatit, se résorbe en général dans un temps qui varie suivant plusieurs conditions, dont une des principales est l'état général du patient. On sait avec quelle rapidité se résout l'épanchement de nature rhumatismale. Dans les autres cas, la résorption de l'épanchement se fait quelquefois longtemps attendre. La quantité du liquide pleural reste stationnaire pendant plusieurs semaines, quelquefois des mois entiers ; puis, rapidement, la résorption se produit et se complète en moins de huit jours. On peut admettre, dans ces cas, que les lymphatiques, obstrués par des caillots fibrineux, sont devenus tout à coup perméables, ou que les néomembranes vascularisées deviennent les agents de la résorption.

M. Lancereaux, dans les cas de résorption lente, conseille volontiers les ponctions, qu'il déclare inoffensives, pourvu qu'on ait soin de se servir de trocarts ou d'aiguilles parfaitement propres. Il ne paraît pas croire, dans ces conditions, à la possibilité d'une transformation purulente de l'épanchement.

A propos des épanchements purulents, l'auteur insiste sur la part considérable qui revient aux conditions étiologiques dans la production de ces épanchements. La résorption complète d'un épanchement purulent est un fait exceptionnel, mais qui peut se produire, dans les cas où l'épanchement est limité, à la faveur d'une transformation caséeuse du liquide épanché. Le plus souvent l'épanchement se fait jour au dehors par la paroi de la poitrine ou par les bronches. On a vu des épanchements purulents suivre de longs trajets avant de se faire une issue, à la partie supérieure de la cuisse, par exemple.

M. Lancereaux range dans les pleurites prolifératives une espèce particulière de pleurite *villeuse* ou *verruqueuse* dont les produits seraient constitués par des éléments conjonctifs et des vaisseaux, et analogues aux corpuscules de Pacchioni. Cette variété de pleurésie, fort peu connue chez nous, aurait été décrite par les anatomistes anglais et allemands.

Nous signalerons les réflexions générales qui terminent le chapitre des pleurites. L'auteur y résume les caractères que présentent les diverses espèces de pleurites considérées surtout au point de vue de leur origine. Il attire l'attention sur les troubles nerveux réflexes ou directs qui peuvent accompagner la pleurite, et dans lesquels il verrait volontiers la cause de la mort subite. La part que les nerfs splanchniques peuvent prendre dans certains cas au processus inflammatoire explique les hyperhémies de la plupart des viscères abdominaux constatées dans les cas où l'asphyxie ne pouvait être invoquée.

En nous étendant particulièrement sur l'analyse de ce chapitre consacré à la pleurésie, nous avons voulu donner une idée plus complète de la méthode adoptée par l'auteur, de la façon dont il applique l'anatomie pathologique à l'explication des symptômes cliniques, et des complications que peut présenter la maladie.

On retrouve le même esprit dans l'histoire anatomique des péritonites, et surtout dans l'étude complète et particulièrement intéressante que l'auteur consacre à la pathologie des méninges. Bien que la membrane moyenne ou arachnoïde soit la seule qui doive, à proprement parler, figurer dans l'anatomie pathologique du système lymphatique, M. Lancereaux a jugé qu'il était difficile de séparer ses altérations propres de celles de la dure-mère et de la pie-mère, d'autant plus que toutes ces enveloppes ont la même origine et sont constituées par des élémenls semblables.

Les travaux nombreux et importants que l'auteur avait antérieurement consacrés aux maladies des méninges assuraient d'avance à cette étude un intérêt tout spécial, et nous promettaient un ensemble de recherches originales qui ne nous ont pas fait défaut.

Le volume comprend encore l'anatomie pathologique complète du système lymphatique tronculaire. Celle des maladies des ganglions et des organes parenchymateux qui se rattachent au système lymphatique (rate, thymus, amygdales) s'y trouve également terminée.

On peut voir par cette analyse succincte que M. Lancereaux avance rapidement dans l'œuvre considérable qu'il s'est imposée, et qui peut dès aujourd'hui figurer parmi les travaux les plus importants et les plus consciencieux de notre époque.

B.

Index bibliographique.

Mémoire sur l'intervention du médecin légiste dans les questions de blessures, plaies, et surtout de fractures du crane, par M. le docteur L. Pénard (de Versailles). — Extrait du compte rendu sténographique du congrès international de médecine légale.

Ce mémoire, très étudié et très bien écrit, suivi d'un grand nombre d'observations et de rapports médico-légaux qui pour la plupart pourraient servir de modèles, est à la fois scientifique et pratique. De ses observations sur les fractures du crâne, l'auteur conclut que les fractures intéressant la voûte crânienne et se prolongeant à la base du crâne seront plutôt l'effet de chutes violentes spontanées ou imposées, constituant en quelque sorte les fractures par écrasement. Les fractures avec enfoncement sur un point et nombreuses irradiations linéaires, avec désengrènement des sutures, résulteront plutôt de coups violents assénés avec un bâton, une barre de fer, un fourreau de sabre, la balle d'une arme à feu. Les fractures plus divisées, plus petites, avec enfoncement des fragments dans la pulpe cérébrale, seront plus ordinairement les résultats de coups de marteau ou d'engins de ce genre. Les fractures enfin, avec enfoncement considérable, incrustation profonde des fragments dans la substance cérébrale, reconnaîtront pour cause générale des masses plus ou moins considérables agissant violemment par de larges surfaces. Ces conclusions, hâtons-nous de l'ajouter, ne sont pas données par l'auteur comme ne devant subir aucune modification, si de nouvelles observations venaient à démontrer que l'une ou l'autre d'entre elles ne répondent pas à tous les faits. C'est, au contraire, avec une franchise et un sens clinique très louables que M. le docteur Pénard expose les devoirs

du médecin légiste, et surtout l'obligation dans laquelle se trouve l'expert de déclarer qu'il ne sait pas, toutes les fois qu'il n'a pas une conclusion précise et sûre à formuler. « C'est un devoir impérieux de conscience de dire : Je ne sais pas. Tant pis alors pour l'expert, mais tant mieux pour la vérité. » Ces paroles, qui terminent le mémoire, seront approuvées par tous les médecins légistes soucieux de leur dignité. M. Pénard s'occupe aussi d'une question bien difficile à résoudre, mais qu'il avait déjà étudiée dans ses *Lettres sur la pratique de la médecine légale*, celle de l'organisation qui paraît la meilleure pour rendre plus sérieuses les expertises médico-légales. Il propose la création de comités d'arrondissement, reliés à des comités départementaux et aboutissant à un comité supérieur ou central. Ces comités auraient pour mission de former les médecins légistes; les membres de ces comités devenant les consultants naturels des tribunaux. Il est bien certain qu'il faut éviter à tout prix les discussions, si pénibles devant les cours d'assises, discussions qui impressionnent fâcheusement le public et nuisent tout à la fois au corps médical et à l'autorité de la justice. Mais le gouvernement comprend-il que, pour avoir de bons experts, il faut savoir rétribuer honorablement leurs services? Quoi qu'il en soit d'ailleurs, on ne peut qu'applaudir aux conclusions de M. Pénard et recommander la lecture de son travail.

VARIÉTÉS

Bienfaiteurs de l'Association générale de France. — M. le docteur Aug. Brun, trésorier de l'Association générale des médecins de France, vient de recevoir les dons suivants : MM. Roger et Gratiot, 100 francs; Ordenstein, 40 francs; Georges Marjolin, 20 francs; Georges Wickam, 25 francs; Jourdanet, 500 francs; Roger et Vergne, 100 francs; Gosselin, 100 francs de rente; la Société médicale du IXe arrondissement de Paris, 100 francs.

L'enseignement de la botanique au Jardin des Plantes. — Considérant la richesse exceptionnelle du Jardin des Plantes pour les études de botanique, le Président de la République vient de rendre un décret en vertu duquel le professeur d'histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine, les professeurs de botanique de la Faculté des sciences et de l'Ecole de pharmacie de Paris, ont le droit de faire en totalité ou en partie leur cours au Muséum d'histoire naturelle. Il est mis, à cet effet, à leur disposition des amphithéâtres et des salles de conférences. Ils se servent pour leur enseignement et leurs recherches personnelles, au même titre que les professeurs titulaires du Muséum, et sous les conditions qui sont imposées à ces professeurs, des herbiers et des plantes vivantes.

Société de chirurgie. — *Prix Gerdy*. — L'auteur du mémoire adressé à la Société de chirurgie pour le prix Gerdy est invité à se faire connaître et à envoyer son nom à M. le docteur Tarnier, président de la Société.

Encore une victime de la science. — M. Vigne, interne de l'hôpital Beaujon, vient de périr, comme Georges Herbelin, victime de son dévouement, en soignant des varioleux. Ce jeune homme a été atteint de la contagion et n'a pas tardé à succomber. Ses obsèques ont eu lieu samedi dernier. Tous ses camarades ont tenu à honneur de l'accompagner jusqu'à sa dernière demeure.

Assistance publique. — Le ministre de l'intérieur, d'accord avec la préfecture de la Seine, va s'occuper de préparer le règlement d'administration publique prévu par la loi de 1879, et qui avait été négligé jusqu'à présent.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — L'enseignement à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est constitué ainsi qu'il suit : 1° une chaire d'anatomie; 2° une chaire de physiologie; 3° une chaire de pathologie interne; 4° une chaire de pathologie externe; 5° une chaire de clinique interne; 6° une chaire de clinique externe; 7° une chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants; 8° une chaire de chimie et toxicologie; 9° une chaire d'histoire naturelle; 10° une chaire de pharmacie et matière médicale; 11° une chaire d'hygiène et médecine légale; 12° une chaire de thérapeutique.

Sont attachés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger : six suppléants, savoir : un suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie; un suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique internes et maladies cutanées; un suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique externes et accouchements; un suppléant pour les chaires de pharmacie et matière médicale; un suppléant pour les chaires de physique et chimie; un suppléant pour les chaires d'histoire naturelle; un chef des travaux anatomiques; un chef des travaux chimiques.

— M. Texier, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie établie à Alger, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur Cornil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le lundi 20 janvier, dans cet hôpital, à neuf heures et demie, des leçons sur l'anatomie pathologique pratique et la clinique. Il les continuera les lundis et vendredis suivants.

Voies urinaires. — M. le docteur H. Picard commencera, le mardi 20 janvier, à une heure et demie, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et il le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies de la vessie et de l'affection calculeuse.

État sanitaire de la ville de Paris :

Du 31 déc. au 8 janvier 1880, on a constaté 1294 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 27. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 5. Variole, 64. — Croup, 28. — Angine couenneuse, 0. — Bronchite, 92. — Pneumonie, 146. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13. — Choléra nostras, 0. — Dyssenterie, 1. — Affections puerpérales, 5. — Erysipèle, 7. — Autres affections aiguës, 92. — Affections chroniques, 400 (dont 162 dues à la phthisie pulmonaire). — Affections chirurgicales, 0. — Causes accidentelles, 0.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du diagnostic de la pierre dans la vessie, valeur séméiologique des signes rationnels, exploration de la vessie, par le docteur Ancelin. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Lettres à Emile sur l'art de se préserver du mal vénérien et des charlatans qui l'exploitent, pour faire suite à tous les traités d'éducation destinés aux jeunes gens, par le docteur Edmond Langlebert. 1 vol. in-18. V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

Perfectionnements apportés à la lithotritie, par le docteur A. Mercier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 25

Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires, par P. Regnard. 1 vol. in-8, avec 101 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 10 fr.

Etudes cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux, par le docteur de Boyer. 1 vol. in-8, avec 104 fig. dans le texte. V. A. Delahaye et Cie. 6 fr.

De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Grégory. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

De la syphilis et de la phthisie laryngées au point de vue du diagnostic, par le docteur Mauro. In-8, avec 2 pl. en chromolithogr. V. A. Delahaye et Cie. 4 fr.

De quelques phénomènes consécutifs aux contusions du tronc nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales; étude clinique, par le docteur Avezon. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 22 janvier 1880.

ALCALOÏDES DU QUINQUINA. — *Société médico-psychologique :* DE LA CLAUSTROPHOBIE.

Alcaloïdes du quinquina.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Laborde a lu un travail sur des recherches expérimentales qu'il a entreprises pour étudier le mode d'action de plusieurs alcaloïdes des quinquinas : c'est une question actuellement à l'ordre du jour, depuis les mémoires de M. Gubler sur la *cinchonidine* et de M. Burdel (de Vierzon) sur le même sujet, avec d'autant plus d'opportunité que le prix de plus en plus élevé de la quinine rend urgente la découverte d'un succédané.

M. Laborde dit en substance :

Il ne suffit pas que des corps aient une origine commune, une composition chimique comparable, pour qu'on puisse conclure de là à une similitude d'action; il y a, au contraire, à cet égard, des différences souvent considérables; il faut toujours, pour décider, avoir recours à l'expérimentation.

Partant de ce principe, qui n'est contesté, du reste, par personne actuellement, M. Laborde a donc entrepris une série d'expériences sur l'action des divers alcaloïdes des quinquinas; et il est arrivé à cette conclusion : La *quinine* est par excellence un *antipériodique;* la *cinchonine* et la *cinchonidine* sont des poisons *convulsivants.*

Les recherches de M. Laborde sont extrêmement intéressantes, mais elles suggèrent deux réflexions : 1° Cette différence d'action entre des substances qui ont une origine commune est, pour ainsi dire, un fait banal; en effet, la *morphine* et la *thébaïne* ont bien une origine commune, et cependant la morphine est le type des calmants, et la thébaïne est un poison convulsivant comparable à la strychnine. Et la différence est bien plus accentuée entre ces deux substances qu'entre les alcaloïdes des quinquinas, car elles n'ont, pour ainsi dire, pas de points de contact. 2° Si les alcaloïdes des quinquinas agissent différemment, l'auteur oublie trop peut-être qu'ils ont des effets communs, des similitudes presque absolues à certains égards.

M. Laborde, en faisant absorber à des chiens des doses véritablement toxiques de quinine, de cinchonine et de cinchonidine a constaté que la quinine est surtout un antipériodique et un sédatif, agissant sur la sensibilité (L. Dupuis, thèse inaug., Paris, 1877), tandis que les deux autres alcaloïdes, agissant davantage sur le système nerveux, sont des poisons convulsivants; ce qui concorderait bien avec l'opinion de M. Dupuis (*loc. cit.*) que ces deux substances présentent plus de dangers que la quinine, mais beaucoup moins avec celle de Briquet (Académie de médecine, 1872). Tout cela est important, sans doute, pour la pratique, mais ne démontre pas, comme on l'a fait pour la morphine et la thébaïne, ainsi que nous le disions tout à l'heure (Mirhan Arzevowni, thèse inaug., 1872), que les trois alcaloïdes du quinquina n'ont aucune action commune. En effet, si la cinchonine et la cinchonidine agissent sur le système nerveux, tout tend à prouver qu'il en est de même de la quinine (voy. Chirone, *Gazette hebdomadaire*, 1875). Et si la quinine est un antipériodique, il est certain que les deux autres alcaloïdes jouissent des mêmes propriétés, quoique à des doses différentes et plus fortes, ainsi que le prouvent les recherches de Briquet (*loc. cit.*), Gubler (*Journ. de thérapeut.*, 1878, nos 16, 17, 18, 19),

FEUILLETON

Philippe-François Collot et les Collot.

(Fin. — Voyez le numéro 3.)

Philippe-François Collot reçut ensuite le bonnet de maître ès arts de la main du recteur. Et c'est tout ce qu'on sait de son histoire. La dédicace de sa thèse : « *Saluberrimo et celeberrimo medicorum Parisiensium ordini* » aurait pu faire croire qu'il serait un jour docteur régent. Il n'en a rien été. Son nom n'est pas inscrit, même comme bachelier, dans les *Commentaires.* Il aura préféré suivre la carrière de ses illustres ancêtres. Et à ce propos j'ai le regret de trouver encore M. Chéreau en faute (art. cité, p. 216) quand il dit que COLOT (François), l'auteur du *Traité de l'opération de la taille*, a été « le dernier des Colot lithotomistes ». Tout le monde sait, au contraire, que son fils (très probablement Philippe-François) fut obligé de le tailler; et d'ailleurs ce passage (p. 88) de Charles Perrault, dans l'éloge de Philippe Collot, deuxième du nom, ne laisse aucun doute : « Il est vrai encore que, quelque » excellent qu'ait esté dans ses opérations celui dont je parle, » on a encore enrichi sur ses connaissances. Son petit-fils, » qui vit présentement et qui est le sixième de père en fils » qui possède ce précieux talent... »

Est-il besoin de faire remarquer que les Collot d'alors, malgré leur spécialité, avaient trouvé grâce devant la sévère Faculté? Il faut dire qu'elle traversait le moment difficile, où son autorité venait d'être battue en brèche par la création de la Chambre royale, 11 avril 1673. Cette Société rivale était formée de médecins qui, reçus dans les écoles provinciales, et venus à Paris avec de grands personnages, prétendaient y exercer, contrairement aux statuts de la Faculté, sous la haute protection de Daquin, le premier médecin du roi (l'*archiatrorum comes*). Déjà François Collot n'avait point à

Burdel (*loc. cit.*), Yeates Hunter (*The Lancet*, 15 avril 1875, p. 675), Joseph Dougall (*Edimburgh med. journ.*, septembre 1873, p. 193).

Nous en revenons donc à ce que nous disions plus haut : les expériences communiquées à l'Académie ont un intérêt réel en établissant la prédominance de certains effets dans les divers alcaloïdes des quinquinas; mais elles ne renversent pas les faits établis, et peut-être aurons-nous deux séries d'alcaloïdes : une série quinique, renfermant des agents sédatifs, qui agiraient sur la sensibilité, et à forte dose amèneraient la dépression toxique du système nerveux; une série cinchonique, excitante, convulsivante, pouvant produire des accidents en ce genre; mais avec cette restriction que ces deux séries seraient également douées de propriétés communes, dont l'antipériodicité est la plus importante.

Si le travail de M. Laborde est un premier pas dans ce sens, il rendra de grands services en montrant qu'il peut y avoir des indications différentes pour l'emploi des divers alcaloïdes, et que le quinquina en nature fournit des résultats complexes fort désirables dans certains cas morbides.

H. Chouppe.

De la claustrophobie.

On connaît cet état morbide bizarre, caractérisé, chez ceux qui en sont atteints, par un état d'angoisse ou un sentiment de crainte exagérée lorsqu'ils traversent une place, un pont, un endroit désert, bref tout espace vide qui se trouve devant eux. Cette affection a été décrite pour la première fois (1) en Allemagne, par Westphal, puis par M. Legrand du Saulle en France (voy., pour plus de détails, notre article sur l'*agoraphobie*, in *Gaz. hebdom.*, 1877, n° 43), et si elle n'a pas encore sa place marquée dans le cadre nosologique, c'est que, malgré un nombre déjà respectable d'observations, il a encore été difficile d'établir sa signification pathologique. Peut-être est-ce parce qu'elle a été jusqu'ici étudiée isolément et qu'il faut chercher à la rattacher à des états nerveux divers? Quoi qu'il en soit, l'étude de l'agoraphobie a eu cela de bon qu'elle a conduit les observateurs à s'occuper d'un état fort analogue, quoique en apparence tout opposé. Nous voulons parler d'une forme spéciale de délire, caractérisée par « la peur des espaces fermés ». Après MM. les professeurs Verga (de Milan), Meschede, Raggi (de Bologne) et Beard (de New-York), M. le professeur Ball en a publié quelques faits dans un mémoire intéressant qu'il a communiqué à la Société médico-psychologique (*Annales médico-psychologiques*, numéro de novembre 1879).

(1) Cette affection n'était pas ignorée des Grecs, si nous en croyons Hippocrate. En effet, le père de la médecine, dans le cinquième livre des *Épidémies* (*Œuvres d'Hippocrate*, traduction Littré, t. V, p. 251) cite le fait suivant qui, s'il n'a pas le luxe de détails des observations d'aujourd'hui, en dit assez dans sa brièveté : « Démoclès paraissait avoir la vue obscurcie et le corps tout relâché; il n'aurait passé ni près d'un précipice, ni sur un pont, ni par-dessus le fossé le moins profond; mais il pouvait cheminer dans le fossé même. Cela lui arriva pendant quelque temps. »

Pour faire bien saisir les caractères de cette psychose, qu'on a appelée la *claustrophobie* (mot hybride, du reste), nous citerons l'observation suivante de M. Raggi. Il s'agit d'un peintre de trente ans, « qui se rendit un jour dans une salle fermée pour prendre part à un concours de peinture. Il se met au travail, et, excité par les éloges de ses camarades, il était sur le point de mettre fin à son œuvre. Tout à coup, avec l'aspect d'un homme dominé par une préoccupation tyrannique, il se dirige vers la porte de sortie, qui était naturellement fermée à clef. Ne pouvant l'ouvrir, il perd l'esprit, court çà et là, comme pour échapper à ce péril imminent, puis apercevant la fenêtre, il l'ouvre, descend par le toit d'une maison voisine, et de maison en maison il arrive jusqu'au mur du jardin de l'établissement, d'où il trouve heureusement moyen de descendre. — Une fois sa liberté acquise, il devient tranquille comme d'habitude ».

Un fait non moins caractéristique est l'histoire de ce jeune homme, rapportée par M. Ball, qui présentait tous les symptômes de cet état mental décrit par M. Legrand du Saulle sous le nom de *délire du toucher* (voy., sur la *folie du doute avec délire du toucher*, notre article de la *Gaz. hebdom.*, 1877, n° 42). Aux symptômes habituels de ce trouble psychique : craintes de contact impur, ablutions fréquentes, etc., venaient s'en ajouter d'autres; mais nous laisserons ici la parole à M. Ball : « A divers moments, — mais surtout pendant la nuit, — ce jeune homme était saisi d'une terreur panique à l'idée de se voir enfermé seul. Lorsqu'il se trouvait dans une pièce quelconque, il tenait essentiellement à ce que portes et fenêtres restassent ouvertes. S'il était en compagnie, ce sentiment perdait de son intensité, et, par égard pour ses visiteurs, il consentait à laisser fermer les issues. Mais pendant la nuit, il était d'une bien plus grande intolérance : il fallait

---

se louer de Vallot, le prédécesseur de Daquin. C'était une raison suffisante pour avoir la faveur des docteurs régents.

Mais peu importe, j'aime mieux insister sur le renseignement, d'une bien autre importance, qui est donné par la célèbre thèse de 1673, sur l'orthographe du mot Collot. Il faut décidément l'écrire avec deux *l*, et non pas Colot, comme on le fait généralement aujourd'hui, d'après l'auteur anonyme qui a composé le discours-préface et donné le titre de l'ouvrage posthume de *Fr. Colot*. Dans le corps du livre, au contraire, le nom de Collot est toujours écrit comme il faut, avec deux *l*. On a déjà vu Collo écrit de cette manière, dans les citations empruntées à Ambroise Paré, et Moréri, qui a fait l'article de son Dictionnaire d'après Charles Perrault, a mis aussi comme lui deux *l* au nom de Collot. Enfin Armand-Joseph Collot, le docteur régent de l'ancienne Faculté, a toujours signé les registres-commentaires, chaque année : Collot.

Cet autre membre de l'illustre famille était né à Paris. Il était déjà docteur en médecine de Reims quand, le 29 janvier 1695 (*Commentaires*, XVIIe vol., p. 236), il demanda à être admis, après examen, au nombre des bacheliers qui faisaient leur *stadium* de 1694 à 1696. La Faculté avait été obligée d'enfreindre un peu ses statuts pour aider à l'extinction de la chambre royale, qui avait perdu son principal appui. Daquin, le premier médecin du roi, avait été remplacé par Fagon (un docteur régent!) le 2 novembre 1693. Les registres nous apprennent que deux candidats seulement s'étaient présentés au baccalauréat en 1694 et avaient été admis le 3 avril : André Cressé et Jean-Baptiste Chomel (*Commentaires*, p. 197). Déjà, dans les deux années précédentes (1692-1694), il n'y avait eu que trois bacheliers. Il était donc grand temps d'agir, la Faculté se mourait. Le 3 mai 1694 parut l'arrêté supprimant la chambre royale. Il fut enregistré au Parlement le 29 juin. C'est alors que la Faculté dut instituer des examens supplémentaires pour le baccalauréat. D'abord, le 16 octobre (jubilé de la Saint-Rémy), furent admis neuf docteurs et deux candidats nouveaux (*Commentaires*, p. 207) : Joseph

que les fenêtres de sa chambre à coucher restassent ouvertes; de plus, les gens de la maison avaient défense expresse de fermer la porte de sa chambre, et, ce qui était difficile à obtenir, de fermer la porte de l'appartement. Il lui est arrivé plus d'une fois de se lever la nuit pour s'assurer que ses ordres étaient rigoureusement exécutés. Enfin, pris d'une inquiétude irrésistible, il se voyait quelquefois obligé de descendre, au milieu de la nuit, dans la cour de la maison, et même de se faire ouvrir la porte cochère, pour errer toute la nuit dans les rues, jusqu'aux premières lueurs du jour. » Ajoutons que ce malade éprouvait, comme on l'observe dans l'agoraphobie, une angoisse constrictive « comparable, dit M. Ball, à celle qu'on pourrait ressentir en rampant à travers un passage de plus en plus étroit, jusqu'au point où, collé contre les parois, on ne pourrait plus ni avancer ni reculer. C'est au moment où il lui semblait se trouver dans cette position intolérable que, frappé d'une terreur extrême, il prenait la clef des champs ».

Ces observations suffisent pour bien faire saisir cet ensemble symptomatique que M. le docteur Raggi avait désigné sous le nom de clitrophobie, expression qui, prêtant à l'équivoque pour des oreilles françaises, a été, par M. Ball, avantageusement remplacée par le mot de claustrophobie.

Nous savons encore peu de chose sur l'étiologie et le pronostic de cette affection. Quant au traitement, la première idée qui vienne, c'est de conseiller aux malades le séjour de la campagne, où ils trouveront l'espace, le grand air; mais les faits publiés jusqu'ici prouvent que ce séjour ne contribue en rien à la guérison de cet état psychique. M. Ball a été plus heureux avec l'usage des bromures alcalins; une malade, dont il cite l'observation, a été sinon guérie, du moins très-améliorée par ce traitement.

Il serait intéressant de comparer la claustrophobie et l'agoraphobie, d'indiquer surtout la similitude existant entre les symptômes accessoires: l'angoisse constrictive, la diminution de la peur quand le malade n'est plus seul, etc. Mais ce qu'il serait important de rechercher, c'est l'état général des malades atteints de cette affection; s'il existe chez eux de l'anémie, une affection cardiaque, une névrose quelconque, particulièrement l'hystérie; enfin, il est utile de remonter aux ascendants du malade et chercher à résoudre la question de l'hérédité. La claustrophobie étant une psychose dans laquelle le malade a conscience de son délire, peut rentrer jusqu'à preuve du contraire dans la catégorie des folies avec conscience; mais elle ne s'observe pas dans les asiles d'aliénés. Nous avons tenu d'autant plus à la faire connaître, que son histoire ne pourra être complétée qu'avec le concours de tous les médecins praticiens.

Dr Ant. Ritti.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note sur un cas d'anévrysme de la valvule mitrale compliqué d'insuffisance aortique et d'hémorrhagie cérébrale, par M. le docteur Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(Fin. — Voyez le numéro 3.)

Psysiologie pathologique des symptômes

1° *Cœur et vaisseaux.* — Nous devons considérer les deux périodes de la maladie avant et après le 4 février.

Il y a un fait remarquable, c'est que notre malade présentait à son entrée des symptômes d'auscultation peu appréciables et que le bruit de souffle, au second temps, au niveau de l'orifice aortique, était peu marqué. A une période plus avancée, il devint plus évident, mais jamais il n'acquit une force bien grande.

Comment cela était-il compatible avec les conditions d'insuffisance aortique si évidentes que réalisaient les lésions et que démontrait le tracé sphygmographique?

Nous pensons que cela provenait du triple orifice par lequel se faisait le reflux, d'où trois veines fluides distinctes venaient se rompre mutuellement dans la cavité ventriculaire et annuler, en les brisant réciproquement, leurs ondulations vibratoires.

Le premier tracé n'offrait rien de remarquable, si ce n'est que ses caractères étaient très accentués, plus que dans les cas d'insuffisance aortique ordinairement observés. La longueur et la verticalité de la ligne d'ascension était parfaitement en rapport avec l'état des valvules, l'hypertrophie et la dilatation du cœur.

Malgré l'existence très évidente des conditions de production du double souffle intermittent crural (rapidité du courant sanguin, défaut de tension permanente dans les artères, reflux très prononcé du sang rendu évident par la descente brusque de la ligne sphymographique), il n'existait dans les crurales qu'un seul souffle systolique, à timbre doux.

On sait combien ces symptômes importants du double souffle et du double claquement des grosses artères périphériques, découverts tous deux par Duroziez, malgré la prétention de

---

Pithon Tournefort (d'Aix), docteur-médecin d'Orange (1), le 10 mai 1688; — Honoré Michelet, docteur-médecin d'Avignon, 26 août 1670, puis docteur-médecin de Montpellier, 3 mars 1694; — Charles Thuillier, docteur-médecin d'Angers, 30 septembre 1671; — Pierre Jacquemier, docteur-médecin de Toulouse, 3 mai 1679; — Philippe Hecquet, docteur-médecin de Reims, 8 juillet 1684, puis d'Abbeville, 2 août 1694; — Daniel Tauvry, docteur-médecin d'Angers, 7 septembre 1685; — Antoine Scrin, docteur-médecin de Toulouse, 26 septembre 1686; — Jean Bompart, docteur-médecin de Reims, 2 mai 1683; — Jacques Souhait, docteur-médecin de Montpellier, 2 mai 1687; — Gilbert Puylon et Antoine Leclerc.

Le 26 février 1695, furent admis Armand-Joseph Collot (de Paris), docteur-médecin de Reims (2), et Mathieu-Denis Fournier (de Paris), aussi docteur-médecin (p. 237); et enfin, le 16 avril, cinq autres docteurs : Jacques Minot (de Sancerre), médecin du prince de Bourbon, docteur-médecin de Valence en Dauphiné, 26 octobre 1665; — Joseph Chambon, autrefois médecin du roi de Pologne, docteur-médecin d'Avignon, 6 septembre 1677; — Jean Gaillard, docteur-médecin, 5 février 1689; — Claude Dufresne (de Paris), docteur-médecin de Reims, 24 décembre 1692; — Nicolas Audry de Boisregard (de Lyon), docteur-médecin de Reims, 3 novembre 1693 (p. 240).

Armand-Joseph Collot fut élu le premier de cette licence, le 3 septembre 1696. Tournefort avait la quatrième place et

(1) Le texte manuscrit porte *Auraciensis*. C'est *Arausiensis* qu'il faut lire. Le secrétaire du doyen Claude Berger a fait le même *lapsus calami*, p. 276, où il écrit *Carducensibus* au lieu de *Cadurcensibus*.

(2) Les *Commentaires* ne donnent pas la date de sa réception. Mais je dois à l'extrême obligeance de M. le docteur Maldan, directeur actuel de l'École de Reims, de savoir qu'elle eut lieu le 9 septembre 1692. Rien de plus, les registres de cette époque sont perdus! — Il me faut faire remarquer en passant que M. Chéreau a dû se tromper encore, au moins un peu, quand il a mis la naissance d'Armand-Joseph Collot en 1672. Car il est bien probable que l'École de Reims ne faisait pas des docteurs âgés seulement de vingt ans.

priorité émise plus tard par Traube, présentent de variétés, et combien il est souvent difficile de les expliquer.

Si les premiers symptômes constatés étaient ceux qui caractérisent l'insuffisance aortique ordinaire, à part quelques particularités accessoires, le deuxième examen nous révéla, au contraire, des phénomènes anormaux en rapport avec les nouvelles lésions.

L'apparition d'un souffle intense, d'insuffisance mitrale, absolument absent l'avant-veille, ne trouvait d'explication que dans la perforation de la poche valvulaire, s'étant produite brusquement et réalisant le reflux du sang dans l'oreillette pendant la systole. Les conditions les plus marquées de la production d'une veine fluide sonore pendant cette période du cycle cardiaque existaient par le fait, c'est-à-dire un jet étroit, mais lancé avec énergie par un cœur puissant, en raison de son hypertrophie, dans la cavité de l'oreillette.

Cette réalisation, sous les yeux de l'observateur, d'une insuffisance mitrale par perforation de la valvule, n'a pas été, je crois, encore notée; mais la production d'une insuffisance aortique dans les mêmes conditions a été observée par Charcot et Vulpian.

La modification graduelle du tracé, qu'on pourra constater en se reportant aux figures que nous en donnons plus haut, n'était pas moins remarquable.

L'ascension, d'une brusquerie et d'une étendue extrêmes, la descente non moins brusque et les deux réascensions moindres intercalaires, doivent être expliquées. Nous devons aussi interpréter un phénomène d'un autre ordre, la distension croissante du ventricule gauche, se manifestant par l'étendue de plus en plus grande de la matité cardiaque et démontrée d'ailleurs par l'état du cœur à l'autopsie.

Pour produire au suprême degré le pouls de Corrigan et le tracé avec les caractères susénoncés, il faut :

1° Que la cavité ventriculaire élargie puisse recevoir beaucoup de sang. Or, il est certain que le ventricule de notre malade donnait accès à une quantité de ce liquide beaucoup plus forte que les 175 grammes généralement admis comme constituant le poids de l'ondée sanguine ordinaire, car la capacité de cette cavité était plus que doublée. On comprend quelle dilatation relative doivent présenter les artères au moment de la systole, pour donner accès à un tel volume de sang.

2° Il faut que le ventricule gauche possède une énergie extrême. Or, il suffisait, chez notre sujet, d'appliquer le doigt sur l'artère pour se convaincre qu'il en était ainsi. L'énergie de la contraction systolique résultait de l'hypertrophie vraie.

3° Il faut que la tension artérielle soit considérablement réduite. Or, nous trouvions la preuve de l'existence de cette condition dans la dépressibilité extrême du pouls après la systole, d'où résultait la chute rapide du levier du sphyghmographe. Elle était également démontrée par la rapidité du cœur, qui, en raison de la loi de Marey, est proportionnelle au défaut de tension. Je parle ici de la tension qu'on peut appeler permanente, car la tension dite momentanée, pendant la systole, était considérablement accrue, ainsi que l'indiquait l'énergie du choc et la dureté de l'artère, mais très passagèrement.

4° Une dernière condition est la persistance de l'élasticité des artères, d'où résulte le retrait considérable de ces vaisseaux pendant la diastole et le retour partiel du sang lancé par l'ondée précédente dans le ventricule. L'affaissement brusque du vaisseau après la systole démontrait son existence, dont on pouvait trouver d'ailleurs la preuve dans un caractère du tracé que nous étudierons tout à l'heure : le dicrotisme très prononcé.

Une condition accessoire agissait dans le même sens : je veux parler de l'élasticité du ventricule gauche, se manifestant pendant la diastole et appelant à l'état physiologique le sang contenu dans le système veineux, comme une ventouse aspirante en caoutchouc (Luton). Dans les cas pathologiques qui nous occupent, l'appel s'exerce sur le sang artériel aortique, et favorise d'autant plus le reflux que le myocarde ventriculaire est plus hypertrophié et la cavité plus agrandie.

On voit que toutes les modalités physiologiques que nous venons d'énumérer existaient au suprême degré dans notre cas. Aussi n'avons-nous jamais perçu un pouls de Corrigan plus caractérisé, et le tracé présentait-il d'une façon vraiment insolite les caractères de verticalité et de longueur de la ligne d'ascension, d'acuité de l'angle et de brusquerie de la descente.

L'acuité extrême de l'angle du tracé, qui s'est de plus en plus accentuée, était par contre en opposition avec ce qu'on observe d'habitude dans les insuffisances aortiques compliquées d'insuffisance mitrale, où ce sommet est en général plus ou moins arrondi.

Les deux ondulations interrompant la ligne de descente (double dicrotisme) méritent un examen spécial.

Le dicrotisme, qui existe peu accentué sur les tracés normaux, est souvent plus marqué dans l'insuffisance aortique, mais il est excessivement rare de le voir exister à un degré aussi prononcé et tel qu'il constituât une nouvelle pulsation après la véritable. De plus, à une période avancée, il était devenu double.

Ces caractères ont coïncidé avec la dilatation excessive du cœur, et ont été en rapport avec le volume énorme de l'ondée sanguine.

Le double reflux résultait de l'obstacle plus prononcé

Jean-Baptiste Chomel la sixième. Les thèses d'Arm. J. Collot sont dans le IXe vol. du recueil in-fol., aux numéros 1485, 1490, 1508; 5 mai 1695, 16 juin 1695 et 26 janvier 1696. Les *Commentaires* (*loc. cit.*, p. 294) nous apprennent qu'il donna généreusement à la Faculté cent louis d'or (1400 livres) pour sa première place à la licence (*Pro gratia prioris loci in licentia obtenti accepit decanus centum ludovicos aureos... quos generose obtulit facultati*). Il reçut le bonnet de docteur le 4 octobre 1696, devint ensuite docteur régent, puis professeur de chirurgie à la Faculté en 1710. Il mourut en 1726. Etait-ce un frère de Philippe-François Collot? Je ne le crois pas (1). Ses prénoms semblent indiquer une autre branche de la famille.

M. Chéreau, lui, ne craint pas de l'inscrire, à tout hasard, dans son tableau, comme fils de François Collot, entre un frère aîné, « Colot, lithotomiste à Aix en 1726 », et un autre plus jeune, « Philippe Colot, opérateur du roi en 1754 ». Ce dernier me semble bien plutôt être, à cause de son prénom, un fils du Philippe-François Collot, l'auteur de la thèse de philosophie. Mais je crois inutile de me perdre en suppositions sur tous les personnages du nom de Collot qui ont été réunis dans le tableau généalogique dressé par M. Chéreau. Il vaut mieux signaler les principales impossibilités qu'il renferme : 1° Charles Collot, opérateur du prince de Condé (1638), du roi (1644)..., et Jacques Collot, chirurgien du prince de Condé (1644), ne peuvent être les frères du premier Philippe Collot, mort à quarante-deux ans (1556-1608). 2° Pierre Collot, né le 6 janvier 1635; François Collot, né le 22 mai 1657, et Philippe Collot, mort en bas âge chez son père, rue Quinquampoix, le 29 septembre 1648, ne sont pas non plus les frères du second Philippe Collot, mort à Luçon à soixante-trois ans (1593-1656). 3° Cette fille du premier Philippe Collot, mariée à Restitut Girault, lithotomiste célèbre que M. Chéreau fait naître le 6 février 1634, a été, en réalité, mariée vers 1607.

(1) S'il avait été fils de François Collot, les *Commentaires* l'auraient dit.

encore que d'habitude que trouvait la progression du sang dans les capillaires relativement trop étroits. Un premier reflux redistendait l'artère qui réagissait de nouveau par sa force élastique, renvoyait l'ondée, laquelle ne pouvait encore passer assez vite, revenait encore en arrière, et était enfin lancée par une dernière réaction des vaisseaux.

La plupart des conditions indiquées par Marey pour la production du dicrotisme se trouvaient, on le voit, réunies chez notre malade : ondée sanguine très rapidement lancée, et brusquement jusqu'à la fin de la systole, élasticité artérielle conservée, ces deux conditions, démontrées par la ligne d'ascension verticale et longue, prouvant que si la propulsion se faisait rapidement et en une seule fois, l'artère cédait facilement; enfin, abaissement certain de la tension.

Une seule condition admise par ce physiologiste faisait défaut : le petit volume de l'ondée sanguine; nous avouons ne pas comprendre qu'elle soit favorable à la production de ce phénomène. Il nous semble, au contraire, que toutes les autres conditions existant d'ailleurs, le sang ait d'autant plus de tendance à retourner en arrière que sa quantité plus considérable sera refoulée par le calibre relativement trop étroit des petits vaisseaux. Le pouls que présentait notre malade ne concorde pas avec une autre proposition de Marey. D'après lui, une condition indispensable pour que les rebondissements soient multipliés est que le pouls soit peu fréquent; or il était rapide, et il y avait cependant un double dicrotisme très marqué.

Quel rapport peut avoir eu la déchirure de la poche anévrysmale mitrale avec l'exagération des symptômes que nous venons d'étudier? Cela est difficile à comprendre.

Il semble que l'intervention de cette nouvelle cause perturbatrice des fonctions mécaniques du cœur, qui d'habitude se traduit par des phénomènes presque tous opposés à ceux qui caractérisent l'insuffisance aortique, n'ait fait ici qu'exagérer les troubles fonctionnels propres à cette dernière lésion.

Pelvet a noté comme appartenant aux anévrysmes du cœur le caractère bondissant du pouls alors même qu'il n'y aurait pas d'insuffisance aortique. Il n'en donne pas d'ailleurs la raison physiologique.

La marche de notre cas serait en faveur de cette assertion, mais la complexité des lésions lui enlève une partie de sa signification à ce point de vue.

Peut-être ne s'agissait-il que d'une coïncidence, et la véritable cause de l'exagération des symptômes résidait-elle dans l'insuffisance de plus en plus marquée des valvules sygmoïdes, leur déchirure s'accroissant peu à peu au même moment et causant la distension croissante du ventricule.

En tout cas, l'insuffisance mitrale était une cause de per turbation nouvelle apportée dans la motilité du cœur.

On sait combien cette lésion seule entraîne d'augmentation dans la force que cet organe est obligé de déployer, et la preuve en est dans l'hypertrophie considérable du ventricule gauche qui l'accompagne constamment. Elle produit un trouble profond de l'innervation cardiaque, se manifestant d'habitude par l'irrégularité qui lui est spéciale. Survenant brusquement, elle imposait un surcroît de travail énorme au cœur déjà surmené par la lutte contre l'insuffisance aortique.

On pourrait se demander aussi si la production de l'insuffisance mitrale, intervenant au milieu des phénomènes les plus accusés produits par l'insuffisance aortique, n'eût pas pu être considérée comme une de ces lésions qu'on appelle compensatrices et, contrairement à ce qui est arrivé, capables de diminuer les mauvaises conditions de la circulation. Il semble, en effet, qu'elle aurait pu contribuer à désemplir le ventricule gauche et à diminuer sa dilatation, en rejetant une partie du sang qu'il contenait dans l'oreillette et dans le système des veines pulmonaires.

Cependant cette lésion intercurrente paraît avoir joué un ôle opposé : c'est que, selon l'idée développée longuement par tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie du cœur et surtout par Stokes, il ne faut jamais considérer les effets de ses lésions à un point de vue purement hydraulique, et se souvenir toujours que l'appareil circulatoire est vivant et que les modifications de l'innervation et de la contractilité, soit du moteur, soit des tubes vasculaires, jouent un rôle plus important encore que la lésion matérielle.

Pourrions-nous trouver dans les symptômes antérieurs des indices sur l'époque où a commencé à se développer la double lésion à laquelle a succombé le malade?

Dans les antécédents nous ne pouvons relever qu'un seul signe : la dyspnée graduellement croissante. Il a été explicitement indiqué par Pelvet comme ayant une certaine valeur. Il peut nous faire penser que les deux lésions ont mis un certain temps à se développer, mais sans nous permettre de préciser leur début et surtout de faire la part de ce qui appartenait à la lésion aortique et à la présence de la poche anévrysmale de la valvule mitrale avant sa rupture. La première, d'après les présomptions que nous a fourni l'examen anatomique, paraissait la plus ancienne.

La douleur en ceinture vive, lancinante, notée dans la plupart des observations, existait chez notre malade, mais sans être aussi exactement localisée que d'habitude au niveau de l'appendice xyphoïde ou dans la région précordiale, sans présenter surtout les exacerbations et irradiations avec apparence d'angine de poitrine souvent indiquées.

Nous regardons la dilatation graduelle du ventricule qui s'est produite sous nos yeux et s'est révélée par l'augmentation rapide de la matité, comme un indice d'un défaut gra-

---

Quant à « Marie Akakia, fille de Martin Akakia, célèbre médecin de Paris », je me demande s'il faut en parler au milieu de tant d'incertitudes. Il n'est pas impossible qu'elle ait été la femme du premier Philippe Collot. Mais alors elle ne pourrait être qu'une sœur inconnue de Martin Akakia (1574-1605) et de Jean Akakia. Celle qu'on connaît épousa Pierre Seguin, lequel fut professeur de chirurgie au Collège royal de 1588 à 1599, après son beau-père, Martin Akakia (1539-1588), mort à quarante-neuf ans. En 1599, Pierre Seguin fut remplacé par Martin Akakia, son beau-frère, qui mourut en 1605 sans postérité. Jean Akakia, son frère, docteur en 1612, puis docteur régent, puis médecin de Louis XIII, alla mourir en Savoie à la suite du roi, en 1630, laissant plusieurs enfants. Il avait été doyen de la Faculté de 1618 à 1620.

Je n'ai rien à dire des autres femmes des Collot mentionnées par M. Chéreau, si ce n'est que le tableau généalogique ne renferme pas la seule que j'aie pu retrouver, la femme du second Philippe Collot (1593-1656). On lit, en effet, à la page 201 du livre posthume de Fr. Collot, une observation intéressante à plus d'un titre qui commence ainsi : « Une » religieuse de Saint-Magloire, rue Saint-Denis, à Paris, âgée » de soixante-douze ans, sœur aînée de Marie Boucherat, ma » mère, avait dans la vessie une grosse pierre... Je le (corps » étranger) cassai peu à peu par morceaux, et je le réduisis » ensuite en fragments; et sans rien retirer de la vessie avec » des instruments, je lui fis rendre ces fragments, en sorte » qu'au bout de huit jours il ne lui restait plus rien. Elle » mangea toujours de même qu'elle mangeait en pleine santé. » Elle a vécu jusqu'à l'âge de quatre-vingt-deux ans. »

Je n'ai pu résister au désir de citer la fin de cette observation, et j'aurais voulu en signaler bien d'autres pour montrer que la pratique de Dolbeau (lithotritie périnéale) ne différait pas de celle des Collot. Il est remarquable que le chirurgien de notre temps a eu le même succès que ses illustres devanciers, dont il a singulièrement perfectionné le « dilatatoire ». Cet instrument est représenté au chapitre XLIV du livre XVII

duel de tonicité du myocarde pendant la diastole, malgré la persistance de l'énergie contractile.

La distension était bien à la fois une cause et un résultat de l'affaiblissement ; cependant le muscle au moment de la systole retrouvait la force de refouler vigoureusement la colonne sanguine pressant sur sa paroi interne.

Mais quand l'épuisement s'est prononcé, la dilatation a été une cause d'affaiblissement plus rapide et a hâté la terminaison fatale parasystolie, avec permanence de l'accumulation du sang dans le ventricule qui ne pouvait plus s'en débarrasser.

On ne peut pas admettre ici une asystolie réellement progressive. La persistance de l'énergie de la pulsation cardiaque jusqu'à la veille de la mort le démontre. Seule, la distension diastolique a été graduelle. Il y a eu « asystolie par cœur forcé », suivant l'expression de Beau, survenant rapidement lorsque l'organe (qu'on me permette cette image), ayant lutté jusqu'alors, a donné sa démission ne pouvant plus suffire à la tâche.

Fonctions cérébrales. — Comment pouvons-nous expliquer l'absence absolue de symptômes ayant pu révéler la lésion cérébrale ?

Cela est difficile. Nous croyons cependant qu'elle était bien plus apparente que réelle, comme chez beaucoup de sujets débilités, qui ne peuvent rendre compte de leurs sensations, lont tous les mouvements sont faibles et peu étendus, et hez lesquels une hémiplégie reste souvent latente.

Cependant notre malade était encore descendu de son lit quelques heures avant la mort, et la paralysie devait en tout cas être incomplète.

Le siége de la lésion dans la substance blanche du lobe postérieur, dont l'importance fonctionnelle au point de vue de la motilité est certainement moindre, sinon nulle, explique aussi cette symptomatologie peu accusée.

Ophthalmologie.

DES ATROPHIES TRAUMATIQUES DES PAPILLES, par le docteur GALEZOWSKI.

L'étude de ces atrophies papillaires n'est pas encore bien faite, ce qui tient à la petite quantité d'observations dont nous disposons, et à ce que l'attention des médecins s'est peu portée sur ce point de la pathologie oculaire. On peut consulter sur cette question un article de Lebert dans le *Handbuch für Augenheilkunde*, quelques observations de Lawson dans les *Ophthalmic hospital Reports*, une de Schiess Gemusen, un article de M. Abadie, enfin l'ouvrage récemment paru du docteur Yvert (*Les blessures du globe de l'œil*), qui est, sur ce point spécial des affections des yeux, l'ouvrage le plus complet que nous ayons.

Les atrophies de papille qu'on voit survenir après des traumatismes apparaissent de bien des façons. Tantôt nous avons affaire à une atrophie simple, sans accidents du côté du cerveau, tantôt des symptômes cérébraux plus ou moins graves, avec paralysie des muscles de l'œil et hémiplégie, accompagnent cette atrophie ; d'autres fois l'atrophie n'est consécutive qu'à la névro-rétinite traumatique, occasionnée elle-même par des causes diverses, ou encore consécutive à des épanchements sanguins dans la gaîne vaginale du nerf optique ; enfin nous devrons différencier et nettement séparer les blessures qui lèsent directement le nerf optique et amènent son atrophie rapide ou tardive en deux catégories : la première renfermera tous les cas où le nerf est lésé au delà de la pénétration de l'artère centrale de la rétine ; la seconde, les cas où le traumatisme a intéressé simultanément le nerf ainsi que l'artère et la veine centrale qu'il renferme. Dans cette dernière condition, l'aspect ophthalmoscopique est tout à fait différent.

Sous le terme général d'*atrophies simples traumatiques*, nous rangerons toutes ces atrophies qu'on observe à la suite d'un choc sur la tête, quel que soit l'endroit ; car si le coup n'a pas porté directement sur la région de l'œil, le contre-coup ou la transmission du choc suffit à expliquer comment le nerf, quoique non atteint directement, peut être plus ou moins ébranlé et même lésé. Quand la perte de la vue est accompagnée de commotion cérébrale, puis de faiblesse ou de paralysie complète d'un ou de plusieurs membres, l'atrophie s'explique aisément, puisqu'elle est le résultat d'une altération des parties centrales et plus spécialement du chiasma des bandelettes ou de tout autre centre optique; les phénomènes cérébraux expliquent suffisamment la diminution de la vue ou sa perte complète. Mais quand ces phénomènes manquent et que tout se borne à la cécité ou à l'affaiblissement de l'acuité visuelle, l'explication est moins aisée, et on se voit alors obligé d'en rechercher la cause dans une lésion périphérique siégeant entre le chiasma et le globe de l'œil ; il ne s'agit plus ici de lésions certaines, mais seulement probables.

Je rappellerai à ce sujet que le nerf optique n'arrive dans la cavité orbitaire que par une ouverture relativement étroite, le trou optique ; il en résulte que la moindre déformation de cet étroit cal, la naplus petite esquille ou la formation d'un cal après fracture, comprimera le nerf optique et amènera soit l'atrophie lente, soit une névrite descendante à marche rapide. Je citerai comme preuve de cette interprétation le fait de Larrey père, où un soldat, après avoir reçu une balle près de l'orbite, au niveau de la tempe gauche, perdit complètement la vue de ce côté ; l'autopsie, faite quelque jours après,

---

des Œuvres complètes d'Ambroise Paré (4e édition et suivantes).

Je regrette que l'exiguïté des colonnes du *feuilleton* m'empêche de reproduire ici le tableau généalogique de M. Chéreau. J'ai dit qu'il était à refaire. Je propose le suivant :

Mon tableau est trop incomplet, assurément; mais il a l'incontestable avantage de s'accorder avec cette phrase de Charles Perrault, dans sa notice sur Philippe Collot, qui a vécu dans le dix-septième siècle, de 1593 à 1656. « Tels étaient son père (Philippe Collot, mort à quarante-deux ans), son ayeul (Laurent Collot), son bisayeul (Laurent Collot de Tresnel), et depuis lui son fils (François Collot) et ses petits-fils (Philippe-François Collot et .....). » Il est plus que probable que, quand Charles Perrault fit sa notice, il avait été se renseigner auprès de François Collot, l'auteur de l'ouvrage qui fut publié seulement vingt et un ans après sa mort, en 1727.

Admettant que des deux frères, Laurent et Jean Collot,

TABLEAU GÉNÉALOGIQUE DES COLLOT

Laurent COLLOT, originaire de Tresnol ; à Paris en 1556.

Laurent COLLOT opérait en 1566. — Jean COLLOT opérait en 1570.

(Fils de Laurent :) Philippe COLLOT (1566-1608). Mort à 42 ans.

(Enfants de Jean :) Geneviève COLLOT mariée à Séverin PINEAU. — X... COLLOT d'où viendraient Charles, Jacques, Gérôme, ou autres.

(Enfants de Philippe :) N... née avant 1593, épouse Restitut GIRAULT. — Philippo COLLOT 1593-1656, épouse Marie BOUCHERAT. Mort à Luçon, à 63 ans.

(Fils de N... :) Jacques GIRAULT. Mort en 1656.

(Fils de Philippe :) François COLLOT (1630-1706), auteur du livre posthume publié en 1727.

Philippe-François COLLOT, auteur de la thèse de philosophie de 1673.

montra que le nerf optique était directement comprimé par une lamelle osseuse.

Ces atrophies simples consécutives à des traumatismes n'apparaissent pas immédiatement. Quand la cécité n'est pas brusque, instantanée, mais qu'elle survient peu à peu, à la suite du processus atrophique, le malade n'a alors conscience de la diminution de son acuité visuelle que plusieurs semaines, quelquefois même davantage, après l'accident. Aussi devons-nous toujours être très réservés sur le pronostic des traumatismes de la tête en général et plus particulièrement de la région orbitaire. Tel malade qui verra bien après l'accident verra sa vue diminuer quelques semaines après l'accident, et au bout de cinq ou six mois on se trouvera en face d'une atrophie de papille complète. En général, ce n'est guère qu'au bout de quatre à six semaines que les signes ophthalmoscopiques de l'atrophie sont perceptibles. Le travail de M. Yvert renferme quelques observations tirées de ma clinique, où ce laps de temps a été notablement dépassé.

La névrite traumatique est une affection assez rare, car sur un total de vingt-cinq cas de névrite que j'ai publiés en 1863, deux seulement étaient d'origine traumatique; les autres observateurs ont constaté de même la rareté relative de la névrite traumatique. Ainsi Hulke, sur trente-neuf cas, a noté deux fois seulement le traumatisme comme cause étiologique. Généralement, la névrite traumatique est unilatérale; mais parfois on la voit se produire sur les deux yeux; c'est ce qui est arrivé dans les deux observations suivantes, que j'ai recueillies à ma clinique et que je crois devoir résumer ici.

Obs. — M. Dubois, trente et un ans, maçon. *Atrophie de la papille gauche avec contours irréguliers, œdème de la papille droite.* Un mois avant sa cécité il est tombé sur la tête et est resté deux jours sans connaissance. Deux semaines plus tard, la vue a commencé à baisser.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un garçon de treize ans, fils de maçon, qui tombe du premier étage sur son siège et reste une heure et demie sans connaissance. Il éprouve ensuite des douleurs, vertiges, crampes au bras gauche, vomissements. Au moment où je l'examine, c'est-à-dire huit mois après l'accident, je constate une névro-rétinite double.

Je soigne en ce moment un jeune architecte qui ne présente aucun signe d'une affection soit cérébrale soit spinale, et chez lequel il y a atrophie double assez avancée; je suis convaincu que cette affection reconnaît pour cause un traumatisme de la tête que ce jeune homme a reçu il y a environ un an.

Un autre malade, que j'observe aussi en ce moment, est atteint d'atrophie double. Pendant la guerre de 1870-1871, il a reçu à la tête un éclat d'obus qui a occasionné une plaie assez large qu'on peut encore reconnaître par la palpation et qui avait occasionné différents accidents, entre autres une hémiplégie. Ces accidents ont disparu peu à peu et aujourd'hui ce malade a pleinement l'usage de ses membres. On peut constater chez lui une atrophie de papille double avec infiltration péripapillaire; il y a eu ici très probablement une meningo-encéphalite chronique avec névrite optique, laquelle a abouti à l'atrophie.

Ces névrites traumatiques reconnaissent donc différentes causes; tantôt elles sont dues à la propagation aux enveloppes du nerf et au nerf lui-même de l'inflammation des méninges et de la substance corticale du cerveau; tantôt elles reconnaissent pour cause des hémorrhagies intracrâniennes, surtout lorsqu'elles siègent près du chiasma ou près des centres optiques; d'autres fois c'est une esquille osseuse, c'est un cal au niveau du trou optique, qui les occasionnent; enfin elles peuvent être consécutives à des épanchements de sang ou de sérosité qui se produisent à la suite des traumatismes dans la gaîne vaginale du nerf optique, ainsi que cela a été établi d'abord par Lehwalbe.

La genèse des névro-rétinites traumatiques est donc très variée, et c'est se mettre en contradiction avec les faits cliniques que de vouloir les expliquer toutes avec une seule théorie.

Les blessures directes du nerf optique peuvent, elles aussi, conduire finalement à l'atrophie. Dans les dix-sept cas réunis par le docteur Yvert, la pénétration a toujours eu lieu par la partie antérieure de l'orbite et sans lésion des parois osseuses; six fois la blessure a été produite par le bout d'un fleuret, deux fois par la pointe d'un sabre, une fois par l'extrémité d'un bâton, dans un cas par une aiguille à tricoter, dans un autre par un poinçon, une fois par la pointe d'un couteau, une fois par celle d'une paire de ciseaux, dans un cas par le bout effilé d'une lime, dans un autre par l'extrémité d'un clou; dans le dernier enfin il est question d'une chute sur la pointe d'une fourche de fer.

Après la blessure directe du nerf optique, la cécité complète et instantanée est la règle. Parfois cependant le nerf n'étant que partiellement lésé, une certaine quantité de vue reste encore et on obtient des champs visuels plus ou moins échancrés. Larrey père cite un cas où, après un coup de fleuret à l'œil droit, il y eut hémiopie latérale externe. Voici un autre fait très intéressant, tiré de ma clinique, et dont on trouvera tous les détails dans l'ouvrage de M. Yvert. Un soldat du train reçoit, le 26 août 1878, un coup de pointe de sabre au niveau de la paupière inférieure droite; il constate immédiatement une diminution de la vue du même côté; le surlendemain il vient à la clinique. Je constate une mydriase assez prononcée, avec parésie du muscle ciliaire et des muscles extrinsèques, sauf le droit supérieur; mais aucune alté-

---

Laurent soit l'aîné, puisqu'il porte le nom patronymique de la famille, j'ai dû mettre, comme fille de Jean, Geneviève Collot, épouse de Séverin Pineau, qui ne figure pas sur le tableau de M. Chéreau.

Il y manque encore bien évidemment un inconnu, X..., frère de Geneviève ou du premier Philippe Collot, d'où serait issue une seconde branche, à laquelle appartiendraient Charles et Jacques. C'est à ce dernier, probablement, qu'il faudrait donner pour enfants : Pierre, né en 1635; François, né en 1637; et Philippe, mort en bas âge, chez son père, rue Quinquampoix, en 1648. Mais que vaudrait un tableau généalogique bâti sur de pareilles suppositions?

Restent encore : Jérôme Collot, le cousin qui vint de Bordeaux « busquer fortune » à Paris; Armand-Joseph Collot, le docteur régent, mort en 1726, et le « Collot lithotomiste à Aix en 1726 », dont on ne sait que faire, comme de Martin et Zacharie.

E. Turner.

Association des médecins de la Seine. — Dimanche prochain, 25 janvier, à deux heures très précises, aura lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, l'assemblée annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine.

Ordre du jour : 1° lecture du compte rendu de l'année 1879, par le secrétaire général; 2° élection d'un président et d'un vice-président; 3° tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonction.

Détermination de l'ozone atmosphérique. — Le vingt-deuxième congrès météorologique international à Rome, en avril 1879, devait s'occuper de la question suivante (n° 24 du programme). A-t-on trouvé dans ces dernières années des méthodes meilleures pour déterminer la quantité d'ozone répandue dans l'air? — Le professeur Palmieri (Naples) répond par la négative, mais croit devoir cependant recommander la continuation des recherches avec le papier de Houzeau. La résolution du congrès est que « la difficile question de l'ozonométrie ne peut être résolue dans l'état actuel de la science ».

ration du fond de l'œil à l'ophthalmoscope. Toute la moitié latérale interne a complètement disparu. Il est survenu une atrophie progressive de la papille, très avancée déjà après deux mois; il est évident ici que le nerf optique avait été directement atteint, mais lésé seulement en partie.

Il existe d'ailleurs, à l'examen ophthalmoscopique, une assez notable différence entre les lésions, suivant que le nerf a été blessé en deçà ou au delà de la pénétration de l'artère centrale.

Quand le nerf est blessé entre le trou optique et le point de pénétration de l'artère centrale, on ne constate rien à l'ophthalmoscope immédiatement après l'accident; il se développe dans ces cas une atrophie descendante que l'on peut reconnaître quand elle arrivera plus tard jusqu'à la papille. Quand, au contraire, le nerf est blessé dans la partie où il est muni de l'artère et de la veine centrale de la rétine, l'aspect est semblable à celui de l'embolie, avec cette seule différence que le trouble rétinien est encore plus marqué. Dans les premiers jours la rétine est dans une grande étendue d'un blanc éclatant; la papille ne peut être délimitée; les vaisseaux sont invisibles ou bien on n'en voit plus que de petites parties, et il est impossible de distinguer les artères des veines. Quelques jours après, les vaisseaux commencent à se remplir à nouveau de sang, le trouble rétinien diminue, il se produit une dépigmentation de la couche épithéliale, enfin l'atrophie de papille termine la scène.

Signalons, en terminant, le procédé qui permet de différencier l'amaurose d'origine traumatique de l'amaurose simulée.

La pupille d'un amaurotique vrai se dilate pendant qu'on l'expose à la lumière, lorsque en même temps on ferme complètement l'œil sain. Grâce à ce moyen, on peut toujours reconnaître si un œil est oui ou non frappé de cécité.

Dans la grande majorité des cas, l'atrophie par traumatisme reste limitée à un seul œil; mais comme nous avons quelques exemples de la transmission de la maladie à l'autre œil et que cette transmission s'opère surtout, d'après moi, par les nerfs ciliaires, je crois qu'on est autorisé, en pareil cas, à pratiquer la névrotomie optico-ciliaire, dans le but de garantir l'autre œil, et je n'hésiterai pas à pratiquer cette opération la première fois que je rencontrerai une blessure du nerf optique ayant occasionné la perte de la vue du côté lésé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Gymnastique. — M. *Am. Chassagne* adresse, pour le concours du prix de statistique (fondation Montyon), un mémoire intitulé : *Statistique du développement du corps humain (volume, dynamique et poids) par les exercices gymnastiques pratiqués à l'École normale militaire de gymnastique de Joinville-le-Pont (Seine)*. (Renvoi à la commission du prix de statistique.)

L'acide carbonique de l'air dans ses rapports avec les grands mouvements de l'atmosphère. Note de M. *Marié-Davy*. — Le tableau des moyennes mensuelles d'acide carbonique trouvé par M. Albert Lévy et son aide, d'avril 1876 à décembre 1879, a donné les résultats suivants (observations faites à Montsouris, chaque jour à midi) :

On peut distinguer trois périodes successives. Dans la première, s'étendant jusqu'à novembre 1877, la proportion d'acide carbonique reste généralement au-dessous de la moyenne, et, quelquefois, descend très bas. Dans la deuxième, allant de décembre 1877 à septembre 1879, la proportion d'acide carbonique est, au contraire, toujours notablement supérieure à la moyenne. Une troisième période commence en octobre 1879, caractérisée, comme la première, par une grande faiblesse relative dans la proportion d'acide carbonique.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Effets des injections intraveineuses de sucre et de gomme. Note de MM. *R. Moutard-Martin* et *Ch. Richet*. — 1° Les diverses variétés de sucre injectées dans les veines des chiens produisent toujours de la polyurie et de la glycosurie. Chez des chiens morphinisés et chloralisés, on peut injecter une grande quantité de sucre, soit 50 grammes et même plus par kilogramme du poids de l'animal, sans amener la mort. Il suffit que l'introduction dans le sang ne soit pas trop rapide. 2° Lorsque le sang contient ainsi une grande quantité de sucre, une partie de ce sucre transsude abondamment à travers les muqueuses gastrique et intestinale. 3° La dextrine injectée dans le sang passe à l'état de dextrine dans l'urine, et détermine aussi de la polyurie. Toutefois, l'augmentation de la sécrétion urinaire est moins notable qu'après l'injection de sucre. 4° L'injection de gomme produit un effet opposé à l'injection de sucre (ou de dextrine), car cette substance, en quantité relativement peu considérable (2 grammes par kilogramme du poids de l'animal), diminue de près de moitié la polyurie provoquée antérieurement par une injection de sucre. 5° En mesurant avec l'hémomètre à mercure la pression sanguine, on constate que l'injection de gomme augmente notablement (de 3 à 5 centimètres de mercure) la tension du sang dans les artères, tandis que l'injection de sucre ne modifie pas cette pression.

Sur les phénomènes consécutifs a la ligature de la veine cave inférieure, pratiquée au-dessus du foie. Note de M. *P. Picard*.

« 1° En comptant les gouttes que fournit le canal cholédoque, avant et après la ligature de la veine cave, on constate que le nombre en est beaucoup diminué et que la sécrétion biliaire se trouve à peu près suspendue. Ce fait établit une relation nouvelle entre le mécanisme de la sécrétion biliaire et celui de la sécrétion rénale : les deux fonctions se suspendent quand on immobilise le sang en haute tension dans le foie ou les reins... 2° La mesure de la pression dans le canal cholédoque, faite avec un manomètre à eau mis en rapport avec le bout central de ce canal, se montre comme légèrement accrue au moment de la ligature. Les oscillations respiratoires persistent pendant l'oblitération de la veine cave. 3° En étudiant le sang de la carotide avant et après la ligature, au point de vue des quantités de fibrine qu'on en peut extraire par le battage, on observe que cette quantité va en diminuant. Le sang continuant à traverser les muscles, le poumon, les centres nerveux, etc., et étant dans une condition générale où la quantité de fibrine devrait augmenter, on est porté à penser que c'est à la cessation de l'arrivée du sang venant du foie que cet effet est dû... 4° Je me borne à énoncer les faits suivants, qui se lient à l'étude de divers problèmes physiologiques : *A*. Au moment de la mort, il y a constamment de la glycose dans le sang sus-diaphragmatique, et il y en a également dans celui qui revient des membres inférieurs. — *B*. Les quantités de glycose contenues dans 1000 grammes de foie ont augmenté dans des proportions considérables et atteignent alors 17 à 20 grammes. — *C*. Le sang qui est contenu dans les vaisseaux des membres inférieurs finit par être plus riche en hémoglobine que celui qui circule librement dans les parties supérieures.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

Addendum. — Nous croyons devoir mentionner ici que la note adressée à l'Académie, dans la dernière séance, par M. le docteur Magitot, signalait, parmi les inexactitudes que contenait une notice biographique publiée sans son autorisation, celle qui lui attribuait le titre de membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

M. le ministre de la guerre transmet à l'Académie un exemplaire de la feuille 241 de la carte de France.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1° La formule et les échantillons d'un produit obtenu par M. Charlot par la distillation du pétrole. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — 2° La formule d'un médicament auquel M. Rochard attribue la propriété de guérir les rhumatismes. (*Même commission.*) — 3° La formule d'une préparation à laquelle M. Roger (de Nantes) attribue la propriété de guérir les plaies. (*Même commission.*)

MM. les docteurs Bouyer et J. Langlebert adressent à l'Académie des plis cachetés. (*Accepté.*)

M. le docteur Bosc adresse un rapport sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1879. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur Fournier adresse une note sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Soissons en 1879. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur Feraud adresse un mémoire sur l'allaitement artificiel. (*Commission d'hygiène de l'enfance.*)

M. le docteur Dardignac adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Contribution à l'histoire des maladies du soldat dans les garnisons.* (*Commission des épidémies.*)

M. M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur Guillemin, un mémoire sur le traitement des maladies des voies aériennes par les inhalations de vapeurs médicamenteuses, extrait de la *Gazette hebdomadaire.*

Sur la quinine, la cinchonine et la cinchonidine. — M. *Laborde* résume ainsi ses recherches sur ce sujet :

« En résumé, la similitude de composition, la parenté chimique, ne sauraient constituer pour les substances réputées médicamenteuses une raison valable d'identité d'action physiologique et thérapeutique. L'expérimentation préalable peut seule fournir des indices certains à cet égard, en même temps qu'elle détermine l'action toxique ou nocive de la substance. En conséquence, la question des succédanés en thérapeutique est absolument subordonnée aux résultats de la recherche expérimentale. En ce qui concerne particulièrement les prétendus succédanés de la quinine, *cinchonine* et *cinchonidine*, l'observation expérimentale démontre que ces alcaloïdes appartiennent à la classe des *poisons convulsivants*, et qu'ils ne sauraient, par ce motif, être admis dans la thérapeutique pratique au même titre que la quinine. Enfin, au point de vue de la méthode générale qui doit présider à l'étude des substances médicamenteuses, l'observation clinique et l'expérimentation sont solidaires et inséparables l'une de l'autre; mais, par l'ordre logique de la recherche, l'expérimentation doit précéder l'observation clinique, attendu que la première est destinée à fournir à la seconde les éléments premiers et indispensables de l'application qu'elle est, à son tour, chargée de réaliser. » (Voy. au *Premier-Paris*, p. 49.)

Déclaration de vacances. — M. *le Président* déclare une vacance dans la section d'hygiène et de médecine légale (fauteuil de M. Devergie).

La lecture du rapport de M. Bourgoin sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie aura lieu dans la prochaine séance, en comité secret.

Températures locales. — M. *Colin* donne lecture de la première partie d'un mémoire sur la détermination de la température superficielle du corps.

La lecture de ce mémoire sera continuée dans la prochaine séance.

M. *Peter* présente à l'Académie le thermomètre à l'aide duquel M. le docteur Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière, fait ses recherches de thermométrie cérébrale.

Rapports. — Prix Civrieux. — M. *Briquet* termine son rapport sur le seul mémoire présenté à l'Académie pour le prix Civrieux. La conclusion, votée en comité secret, est qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Société de chirurgie.

SÉANCE ANNUELLE DU 14 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

Allocution de M. le Président *Tarnier*.

— M. *Lannelongue*, secrétaire annuel, lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1880.

— M. *de Saint-Germain*, secrétaire général, lit l'Éloge de Dolbeau.

— *Proclamation des prix de la Société pour l'année* 1879 :

Prix Duval. — M. Golay.
Prix Labories. — M. Andeley.
Prix Gerdy. — M. Jeannel.

Prix Demarquay. — Encouragement de 600 francs à M. Yvert.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Photographie des préparations microscopiques : M. Regnard. — Section du facial et du trijumeau chez le chien : M. Laffont. — Appareil pour l'analyse des gaz contenus dans de très petites quantités de sang; nouveau microspectroscope : M. d'Arsonval. — Lymphatiques des villosités : M. Cadiat. — Appareil pour l'étude du bruit musculaire : MM. C. de Boyer et Trouvé. — Altération de l'hémoglobine dans l'anémie : M. Hayem.

M. *Regnard* présente des photographies de préparations histologiques et indique le procédé qu'il a employé pour les obtenir. Jusqu'à présent ces photographies étaient mauvaises, parce que le fond même de la préparation, trop brillant et trop facile à *solariser*, ressortait en noir sur les épreuves. En substituant une couche de blanc d'œuf au collodion on évite cet inconvénient.

— M. *Laffont* rappelle que la section du facial chez le chien abolit la sécrétion salivaire du côté opéré, mais laisse intacts les phénomènes vaso-moteurs. Il présente un chien qui a subi depuis un mois la double section du facial et du trijumeau; section complète, comme le prouvent les phénomènes d'anesthésie et de paralysie et les lésions cornéennes que l'on peut constater. Il expérimentera dans quelques jours sur cet animal, pour vérifier si, comme il le pense, le trijumeau contient réellement les nerfs vaso-dilatateurs de la face.

— M. *d'Arsonval* présente un appareil qui permet d'analyser les gaz contenus dans une quantité très minime de sang, un demi-centimètre cube par exemple. Le principe d'après lequel cet appareil est construit est le suivant : mesurer les volumes de gaz à une très basse pression, de manière que ces volumes soient beaucoup plus considérables, par suite beaucoup plus faciles à évaluer qu'à la pression ordinaire de 76 centimètres de mercure. Cet appareil permet, en outre, de se passer des corrections de pression, d'état hygrométrique et de température. Voici comment il est disposé : Deux tubes plongent dans une cuvette métallique pleine de mercure. L'un est un tube barométrique ordinaire, rempli de mercure, mais contenant aussi une très minime quantité d'eau et un très petit volume d'air que l'on a mesuré avant de l'introduire. Dans la chambre du baromètre, il n'y a donc pas le vide parfait, mais un peu d'air et de vapeur d'eau. Le second tubes également plein de mercure, plonge dans la cuvette, non pas directement, mais par l'intermédiaire d'un long tube de caoutchouc. Supérieurement il se termine par un entonnoir muni d'un robinet et rempli de pétrole bouilli. Le sang à analyser est introduit dans l'entonnoir sans avoir

subi le contact de l'air, puis de là dans le tube, où il reste à la surface du mercure, au-dessous d'une mince couche de pétrole qu'on a laissée passer en même temps que lui. On peut alors introduire dans l'appareil les réactifs habituels : potasse, acide pyrogallique, etc.; il fonctionne comme la pompe à mercure d'Alvergniat. Les gaz en se dégageant traversent le petit diaphragme de pétrole et s'accumulent dans la partie supérieure du tube, dans une chambre graduée. Quand le dégagement est terminé, on élève le tube, ce qui peut se faire sans interrompre sa communication avec la cuvette, grâce au tube de caoutchouc qui le termine inférieurement, et on l'élève jusqu'à ce que le mercure y soit exactement au même niveau que dans le tube barométrique voisin. A ce moment, on a dans les deux tubes des gaz à la même pression, à la même température, et l'on n'a par conséquent qu'à lire le volume des gaz dégagés, sans se préoccuper d'aucune correction. Le petit diaphragme de pétrole qui recouvre le sang empêche les gaz de s'y redissoudre.

— M. *d'Arsonval* présente ensuite un microspectroscope des plus simples. Un diaphragme percé d'une fente linéaire est placé entre les deux lentilles de l'oculaire, au niveau du foyer de la lentille frontale. Les rayons parallèles qui le traversent sont réfractés par un prisme à vision directe. Ce petit appareil permet d'étudier les propriétés spectrales des corps placés sur le porte-objet du microscope dont il constitue l'oculaire.

— M. *Cadiat*. Dans les villosités intestinales, outre le lymphatique central qui existe bien réellement et se termine soit par une extrémité effilée, soit par une anse, on constate un réseau lymphatique qui vient communiquer par ses mailles les plus profondes avec le chylifère central et s'entrelace par les plus superficielles avec les capillaires sanguins, dont le réseau reste absolument distinct et se trouve rejeté à la périphérie de la villosité.

— MM. *Closel de Boyer et Trouvé* présentent un appareil pour l'étude du bruit musculaire. Une petite potence porte à l'extrémité de sa branche horizontale une crochet muni d'un microphone et auquel on suspend un muscle. Le circuit métallique du microphone, celui qui porte au muscle l'excitation électrique, sont absolument indépendants. Pour éviter tout frottement sonore, les contacts sont assurés non par des bornes métalliques ordinaires, mais par de petits godets pleins de mercure. Dans ces conditions, lorsque le muscle suspendu est dépouillé de sa gaîne, sa contraction ne détermine absolument aucun bruit. S'il est revêtu de sa gaîne, s'il est entouré d'une mince feuille de papier, la contraction s'accompagne, au contraire, d'un bruit des plus nets. Il semble donc que le bruit musculaire soit dû non pas à la contraction même, mais aux frottements qu'elle entraîne dans les conditions ordinaires où elle se produit.

— M. *Hayem*. L'hémoglobine paraît s'altérer chez les anémiques, chez les saturnins par exemple ; elle s'altère aussi chez les animaux soumis à de fortes hémorrhagies, en particulier chez la tortue. Dans ces conditions, on voit sur les préparations microscopiques du sang, les globules rouges et les hématoblastes s'entourer au bout de quelques jours d'arborisations cristallines qui grandissent et au milieu desquelles ils disparaissent.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Constitution du bureau. — Des effets des eaux alcalines de Vichy dans le traitement des dermopathies de nature arthritique : M. Grellety. — Discussion : M. Noel Gueneau de Mussy, M. Féréol.

Le bureau de la Société pour l'année 1880 est constitué par élection. Sont nommés : *président*, M. le docteur Blondeau ; *vice-président*, M. Trasbot ; *secrétaire général*, M. Constantin Paul ; *secrétaires*, MM. Ernest Labbée, Joseph Michel ; *trésorier*, M. Créquy.

— M. *Blondeau* remercie la Société de l'avoir choisi pour président : après avoir rappelé en quelques mots les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler, il se fait encore une fois l'interprète des regrets unanimes qu'a causés la mort d'un des membres les plus éminents, M. le professeur Gubler.

— M. le docteur *Grellety* lit un mémoire intitulé : *Nouvelles preuves des bons effets des eaux alcalines de Vichy dans le traitement des dermopathies de nature arthritique*. Rappelant un mémoire lu en 1878, ayant pour but de prouver, après l'école de Bazin, que si les arthritides sont heureusement modifiées par l'usage des alcalins intus et extra, elles le sont également par les eaux de Vichy, M. Grellety apporte aujourd'hui de nouvelles preuves à l'appui de ses affirmations premières. Les questions aussi controversées que celles de l'arthritis ne peuvent se juger et s'imposer que par l'accumulation des faits, que par la clinique.

M. Grellet, y parlant de la classification constitutionnelle, diathésique, des maladies de la peau, ajoute que la confusion qui existe encore sur ce point vient de ce que les adversaires de l'arthritis s'obstinent à ne voir que des formes articulaires de la goutte et du rhumatisme, au lieu de remonter au point de départ, au lieu de s'attacher aux états intermédiaires, aux formes frustes, aux symptômes précurseurs, qui appartiennent aussi bien à la goutte qu'au rhumatisme, avec transformation héréditaire. A ce propos M. Grellety cite l'observation suivante : Né d'une mère phthisique, le malade en question fut sujet dans son enfance à des épistaxis à répétition ; plus tard, après vingt ans, des migraines fréquentes succèdent à ces hémorrhagies ; le patient renonce au thé, au café, aux boissons alcooliques ; il mène une vie très régulière à tous les points de vue. Ses migraines disparaissent comme par enchantement, mais en revanche, ses tempes et sa tête se recouvrent d'acné pilaris. L'éruption est combattue ; aussitôt l'estomac devient le siège d'une gastralgie très pénible, avec nausées réflexes, vomituation à la vue de certains mets et sous l'influence de certaines odeurs. Aujourd'hui des coryzas assez intenses coïncident avec diverses maladies du tube digestif : le bromure de potassium et la belladone, joints aux eaux de Vichy, ont produit une amélioration, mais l'imminence morbide persiste et le patient présente tous les attributs qu'on est convenu de reconnaître aux arthritiques : il a eu en effet des douleurs erratiques dans diverses articulations, et d'autre part ses urines ont présenté transitoirement deux ou trois fois de la gravelle urique à la suite de fatigues prolongées.

M. Grellety tire des nombreux faits qu'il a observés cette conclusion que les dermopathies de nature arthritique sont amendées par le traitement alcalin de Vichy d'une façon inégale. Les différentes formes d'acné et d'eczéma, lorsqu'elles coïncident surtout avec la dyspepsie, le diabète, la goutte, la gravelle et le rhumatisme, sont spécialement aptes à bénéficier du traitement interne et externe en usage à Vichy. Ces résultats seraient insuffisants pour commander la conviction, s'ils n'étaient pas corroborés par la pratique d'autrui ; mais comme d'autres observateurs ont obtenu presque invariablement des modifications analogues, les faits qu'il présente aujourd'hui

constituent une confirmation et une preuve qui ne sauraient être dédaignées, étant donnée la rareté des cas qu'il est donné d'observer.

M. *Noël Gueneau de Mussy* partage sous certains rapports les idées de M. Grellety; souvent en effet un certain nombre de formes d'herpétisme relèvent de la diathèse arthritique, souvent les manifestations arthritiques sont héréditaires dans leur forme primitive; ainsi, par exemple, un père graveleux aura un fils disposé à la gravelle; il en est de même pour un grand nombre d'affections : l'asthme, l'hémorrhagie cérébrale, la néphrite interstitielle, etc.; il est certain qu'il y a une prédisposition acquise par l'enfant en vertu même de la loi de l'hérédité.

On trouve, en un mot, dans presque tous les cas, l'arthritisme parmi les ascendants des malades. Mais faut-il conclure que, par suite de cette origine, le traitement alcalin doive être prescrit dans tous les cas? Non, sans aucun doute, et M. Gueneau de Mussy pense que le traitement de Bazin doit être revisé. Les médecins qui pratiquent dans les stations thermales ne peuvent pas voir tous les côtés de la question, ils ne peuvent en connaître exactement les résultats. Les malades qui, en effet, n'ont pas eu à se louer de leur station et de leur traitement par les eaux thermales, n'y ont plus recours, et presque toujours le médecin ne connaît pas les résultats de sa thérapeutique. Ce sont principalement les médecins ordinaires, ceux qui ont envoyé leur malade aux eaux, qui peuvent se rendre compte des résultats obtenus. M. Gueneau de Mussy a vu fréquemment des malades envoyés à des eaux alcalines par M. Bazin, en revenir plus malades qu'au moment de leur départ. Il n'en est pas moins vrai que souvent, dans certains cas de dermatoses arthritiques, on est en droit d'attendre des eaux alcalines des résultats favorables.

M. *Grellety* répond qu'il a voulu simplement spécifier qu'il fallait avant tout traiter l'état constitutionnel, c'est-à-dire rétablir les fonctions digestives.

M. *Féréol* partage l'avis de M. Gueneau de Mussy, en disant qu'il serait bon de faire la statistique des résultats favorables ou défavorables des eaux en général; mais ce serait aux médecins qui envoient les malades à faire cette statistique, et non aux médecins qui ne voient les malades qu'au moment de leur traitement thermal.

— M. *Créquy* vient d'employer avec succès les inhalations d'oxygène dans un cas d'empoisonnement par le laudanum. Il s'agit d'un enfant de quatre mois, atteint de diarrhée. On lui avait administré par mégarde une cuillerée à café d'une potion laudanisée après l'absorption de laquelle l'enfant tomba dans un état de narcotisme extraordinaire : la mort paraissait imminente, M. Créquy fit faire des inhalations d'oygène; l'amélioration fut rapide ; elle paraissait cesser dès que les inhalations étaient abandonnées. La guérison fut complète au bout de vingt-quatre heures.

Il rapproche ce fait d'un autre qu'il a observé il y a trois ans : une femme, asphyxiée par les vapeurs du charbon, fut guérie par le même traitement; mais il ajoute que ce traitement doit être prolongé au delà de la guérison apparente, autrement on s'exposerait au retour des accidents toxiques.

M. *Limousin* rappelle que M. Constantin Paul, il y a une douzaine d'années, a publié un fait analogue à celui que vient de signaler M. Créquy; il s'agissait d'une femme empoisonnée par l'extrait d'opium.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

De l'hémoglobinurie paroxysmale, par M. KUESSNER (de Halle).

Depuis que Lichtheim a décrit cette singulière affection, quelques cas ont été publiés qui ne se ressemblent guère. Le seul moyen d'éclaircir ce point obscur de la science nous paraît être de réunir d'abord les cas dont la description concorde avec celle de Lichtheim, et qui méritent bien le titre mis en tête de cette analyse. Nous citerons d'abord l'observation d'un auteur inconnu qui a été atteint lui-même de la maladie (*Med. Times*, 22 févr. 1879), celle de Kobert et Kuessner (*Berl. klin. Woch*, 1878, n° 43), et enfin une seconde de Kuessner qui mérite d'être analysée sommairement.

Charretier, âgé de cinquante-neuf ans, toujours bien portant. Depuis quinze jours, accuse des accès qui consistent en un violent frisson suivi de chaleur et de faiblesse, *sans sueur*. Fourmillements dans les doigts et la plante des pieds. Pas de céphalalgie, pas de douleurs lombaires. Pendant l'accès, coloration jaune intense des téguments, émission d'une urine colorée en rouge sombre, sensibilité de l'hypogastre. Au bout de vingt-quatre heures, tout rentre dans l'ordre.

L'urine, qui présente un sédiment abondant, brun rouge, est claire et transparente, d'un rouge veineux : réaction acide, un peu d'albumine. Au microscope, le sédiment contient une masse brune amorphe, de l'acide urique, des cylindres fibrineux, pas d'oxalates, pas d'hématies. Au spectroscope, l'urine filtrée donne les raies caractéristiques de l'hémoglobine.

Ces accès ont été observés pendant plusieurs mois, et tantôt paraissaient coïncider avec un refroidissement, tantôt ne se rapportaient à aucune cause connue. Ils arrivaient sans aucune périodicité, quelquefois deux fois par semaine, ou bien une fois par quinzaine. La température ne dépassa jamais 38°,6, et souvent ne s'élevait pas au-dessus de la normale. Les viscères abdominaux (foie et rate) ne présentaient rien de spécial. Fond de l'œil normal.

Lichtheim avait déjà indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une affection des reins : Kuessner démontra par une expérience bien simple que la lésion existe dans le sang. Le sérum du sang tiré par les ventouses pendant l'accès a toujours été trouvé d'un rouge vif, tandis que dans l'intervalle des attaques il présentait la couleur jaunâtre normale. La dissolution du sang (par des oxalates) ne se fait donc pas dans les reins comme l'indique Van Rossen (thèse d'Amsterdam, 1877).

La nature de l'affection reste inconnue. Elle présente bien des analogies avec ce qui se passe dans certaines intoxications (paludéenne, arsenicale, etc.), mais on voit que la ressemblance est éloignée. Le lecteur français se demandera si ce n'est pas, sous un autre nom, l'ictère hémaphéique de Gubler. (*Deutsche med. Woch.*, 1879, n° 37.)

De l'emploi de la nitroglycérine dans les angines de poitrine, par le docteur MURREL.

L'auteur considère le médicament comme un dilatant vasculaire analogue au nitrite d'anyle. Il l'emploie à la dose d'une goutte d'une solution au 100e dans une cuillerée d'eau toutes les quatre heures. Chez une femme, cette dose fut élevée jusqu'à 20 gouttes toutes les quatre heures. Les effets observés sont les suivants : congestion de la face; pouls accéléré, moins plein ; puis pâleur consécutive et sensation de faiblesse; l'accoutumance arrive assez rapidement. (*The lancet*, février 1879.)

Du chloral en injection sous-cutanée comme hypnotique, par le docteur Urtel (de Halle).

L'auteur emploie une solution à parties égales d'hydrate de chloral et d'eau, ou d'une partie de chloral pour deux parties d'eau. Ces injections sont douloureuses et suivies d'ulcérations dans la proportion d'une sur vingt environ; elles constituent une ressource ultime. (*Med. et chir. Rundschau*, et *Lyon médical*, 21 septembre 1879.)

Procédé pour diminuer les hémorrhagies pendant l'amputation coxo-fémorale, par le docteur Spence.

Ce procédé est particulièrement applicable lorsque, par suite d'ankylose du genou ou de fracture du fémur, on ne peut terminer la désarticulation aussi rapidement qu'à l'ordinaire.

Dans un cas semblable, M. Spence, après avoir traversé le membre de part en part, comme s'il avait voulu pratiquer l'amputation selon la méthode à un lambeau antérieur, introduisit dans le trajet ainsi formé une longue brochette ou stylet d'acier, portant à son extrémité deux fortes bandes de caoutchouc. On étreignit alors successivement la moitié antérieure du membre, puis la moitié postérieure, avec chacune des bandes de caoutchouc. On coupa ensuite les lambeaux; on y pratiqua la ligature des artères. Et finalement on desserra les bandes de caoutchouc, on retira le stylet et l'on fit le pansement. (*The lancet*, 20 septembre 1879, et *Lyon médical*, 5 octobre 1879.)

Nouvelle préparation de quinine très soluble dans l'eau, par M. K. Jaffé.

Drygère décrit, sous le nom de bichlorhydrate de quinine carbonisé, une combinaison du chlorhydrate acide de quinine avec l'urée; le caractère important de ce produit, c'est que, pouvant se dissoudre dans son poids d'eau, il devient essentiellement propre aux injections hypodermiques. Voici comment on l'obtient : on mélange dans une capsule 20 parties de chlorhydrate de quinine et 12 parties d'acide chlorhydrique pur, d'une densité de 1,07; on agite, puis on filtre. A cette solution, on ajoute 3 parties d'urée pure qu'on fait dissoudre à une douce chaleur. Au bout de vingt-quatre heures, on sépare de l'eau mère les cristaux, qui sont d'un blanc éblouissant et d'une saveur fort amère. La solution aqueuse de ces cristaux, d'abord incolore, jaunit au bout de trois ou quatre jours, puis brunit dans la suite sans perdre ses propriétés ni se troubler.

C'est le sel ainsi préparé qui a servi à faire des expériences à l'hôpital de Hambourg. On injecte d'ordinaire une solution à 50 pour 100, dont 1 centimètre cube contient 37 centigrammes de sel quinique. La réaction locale est en général peu prononcée; on n'observe ni rougeur ni gonflement. Avec 1 gramme on n'a en général qu'un peu de bourdonnements d'oreilles chez les femmes et rien chez l'homme adulte. Dans les fièvres intermittentes, l'action a été constante, et les accès supprimés après trois ou quatre injections. Dans le typhus, avec le contenu d'une ou deux seringues la fièvre diminue notablement. (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, p. 422, 1879.)

Les perforations crâniennes spontanées chez les enfants du premier âge, par M. le professeur Parrot.

M. Parrot étudie dans cet intéressant mémoire les perforations des os du crâne qui se produisent à la suite d'un travail morbide des os eux-mêmes. Pendant la vie, si l'on vient à promener la main sur le cuir chevelu, au niveau de ces perforations, on a la sensation que donnerait une feuille de parchemin : c'est que toute l'épaisseur de l'os est détruite de la table interne vers la table externe. A l'autopsie, on peut trouver tous les intermédiaires entre un commencement de travail morbide de la table interne et la perforation complète. Ces lésions présentent des sièges différents, suivant qu'elles se produisent pendant la vie intra-utérine ou après la naissance. Dans le premier cas, elles sont disposées symétriquement sur la partie antéro-supérieure du crâne; elles sont péribregmatiques. A leur niveau, la surface du crâne présente des saillies; ce sont comme de petits dômes perforés à leurs sommets.

Les altérations qui se développent après la naissance occupent la partie inférieure et postérieure du crâne; elles sont parfois si nombreuses, que la région du crâne où elles se trouvent est quelquefois perforée comme un crible. Tantôt elles occupent des régions symétriques sur les pariétaux et sur l'occipital. Quand elles prédominent d'un côté, c'est plus souvent à droite qu'à gauche. Quand il y a plagiocéphalie, les perforations qui succèdent toujours à une usure prédominent de ce côté ou même y sont exclusivement situées.

M. Parrot désigne les perforations congénitales sous le nom de *péribregmatiques*, et celles qui se développent après la naissance, sous celui de *périlambdoïdiennes*.

L'auteur fait remarquer qu'à partir du septième mois de la gestation la tête est en bas, les os frontal et pariétaux étant les plus exposés; de même après la naissance les perforations se produisent toujours chez des enfants pauvres qui sont restés longtemps dans leurs berceaux. La pesanteur a donc une influence incontestable sur la production de ces perforations; mais ce n'est pas la seule cause; il faut qu'il y ait des conditions de vitalité particulières. Elles n'existent que sur des crânes d'une légèreté remarquable, par conséquent à la période rachitique. Il y a un antagonisme complet entre les perforations et les ostéophytes, ce qui constitue un des caractères les plus intéressants que présente l'étude de la syphilis héréditaire. Comment la pesanteur, favorisée par la syphilis, peut-elle user le crâne jusqu'à déterminer la perforation? La syphilis dans sa période rachitique produit la raréfaction du tissu osseux, et M. Parrot croit qu'alors le crâne est usé par les ondées sanguines qui arrivent à chaque systole ventriculaire, comme le sternum peut l'être par un anévrysme. On n'a rien dit jusqu'ici sur les perforations congénitales, dont la première étude est due à M. Parrot. Les travaux d'Elsässer, de Vogel, de West, de Giraldès, de M. Broca, se rapportent uniquement aux perforations qui se produisent après la naissance. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, troisième année, n° 10, 10 octobre 1879, p. 769.)

Recherches sur l'apparition des ferments digestifs chez l'embryon, par M. Langendorff.

Les recherches de l'auteur ont porté sur les embryons de la plupart de nos animaux domestiques et sur quelques embryons humains; il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° La pepsine apparaît dans l'estomac de l'embryon dans le cours du troisième mois ou au commencement du quatrième mois de la vie fœtale. Elle est, à la fin du quatrième mois, en quantité très notable, alors que l'acide du suc gastrique n'est pas encore formé. 2° La trypsine (ferment du pancréas qui

digère la fibrine) apparaît au début du cinquième mois. 3° La pancréatine (ferment du pancréas qui saccharifie l'amidon) ne se rencontre à aucun moment de la vie fœtale. Cette dernière conclusion est d'accord avec les recherches de plusieurs autres physiologistes qui n'ont pas trouvé de pancréatine, même chez les nouveau-nés. Chez les animaux herbivores, la pepsine apparaît, comme chez l'homme, de très bonne heure; chez le porc, elle se montre peu de temps avant la naissance. Chez les animaux carnivores, on ne trouve la pepsine que dans les premiers jour de la naissance. La trypsine se trouve, au contraire, toujours de très bonne heure chez tous les embryons. La pancréatine, que nous avons vue manquer jusque après la naissance chez l'embryon humain, apparaît au contraire hâtivement chez ceux du porc, du rat, et chez le veau.

Il paraît résulter de ces recherches qu'il y a dans l'action digestive du pancréas une dualité manifeste, non seulement par deux ferments de nature différenle, mais encore par deux ferments qui n'apparaissent pas à la même époque. C'est tantôt l'un, tantôt l'autre, qui apparaît le premier, sans cause connue autre que l'espèce animale. Il est remarquable que souvent les tissus de l'embryon jouissent déjà d'un pouvoir saccharifiant diastasique, alors que le pancréas ne sécrète pas de ferment saccharisant. On pourrait donc admettre que ce ferment, disséminé d'abord, se localise ensuite dans le pancréas et les glandes salivaires. Cette conclusion se rapproche beaucoup de celle admise par Cl. Bernard pour la matière glycogène. (*Archiv für Anat. und Physiology Phys. Abtheilung*, p. 95-112, 1879.)

Deux observations de pneumomycosis aspergillina, par MM. Rother et Weichselbaum.

La pneumomycose produite par l'aspergilinus a donné lieu à des travaux intéressants: ceux de Sluyter (1847), Virchow (1856); puis Friedreich, Dusch, Pagenstecher, Cohnbein; enfin le mémoire de Fürbinger (*Virchow's Arch.* Band, 66). Dans tous ces cas la mort a été la terminaison de la maladie; dans le cas de Rother, l'affection fut reconnue pendant la vie et se termina par la guérison.

Obs. I. — Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans. Chez elle, à la suite d'une pneumonie, les signes de bronchite persistèrent, et il se fit une induration du sommet du poumon. Au bout de six semaines, on trouvait dans les crachats, outre les leucocytes, des cellules épithéliales et des hématies. De plus, on y rencontrait des masses brillantes grisâtres, formées en partie de fibres élastiques et en partie de faisceaux contournés, *mycelium* d'un champignon avec des spores arrondies. Les conidies sont libres ou portées sur leurs supports; irradiés dans diverses directions. Il ne pouvait y avoir de doute sur la nature du champignon: c'était bien l'*Aspergillus niger* ou l'*Eurotium nigrum* de du Barry. Il est probable que les spores avaient pénétré dans le poumon avec l'air, et que l'état inflammatoire avait constitué un terrain favorable à leur développement, d'où nécrobiose consécutive. Les champignons disparurent progressivement des crachats; au bout d'un mois, il n'y en avait plus; la malade se remit complètement.

Obs. II. — Femme de quatre-vingt-un ans, morte cachectique à la suite d'une pneumonie. Dans la partie antérieure du lobe gauche existait un foyer de 2 à 4 centimètres de rayon, très consistant, de couleur rouge sale, d'aspect tout à fait analogue à des gâteaux de miel. Ils sont composés d'alvéoles dilatées, dont les parois sont criblées de *mycelium* d'*Aspergillus*. Les mycelium ont une largeur 1,6 μ à 3,2 μ, ils sont ramifiés avec de nombreux prolongements. Ils ont envahi non seulement les parois, mais encore la lumière des alvéoles. A l'intérieur des foyers se voient de fines branchioles, sur lesquelles se sont développés de préférence les champignons, et où l'on trouve de nombreux sporophores.

Weichselbaum croit, contrairement à l'opinion défendue par Fürbriger, que l'aspergillus peut se développer dans les poumons à l'état sain. (*Charib' Ann.* de 1877, n° 49, 1879; *Wiener medinisch. Woschensch.*, n° 49, 1878, et *Rev. des scienc. méd.*, t. XIV, fascicule 2, octobre 1879, p. 478.)

Intoxication saturnine par l'usage des mèches de briquet imprégnées de chromate de plomb, par M. le docteur Malherbe.

A l'époque où l'impôt sur les allumettes rendit plus vulgaire l'usage des mèches de briquet, on eut l'occasion de publier plusieurs cas d'intoxication saturnine chez les ouvrières qui préparent ces mèches; la *Gazette hebdomadaire* signala ces faits en leur temps (1872-1873). Le cas que publie aujourd'hui M. Malherbe est du même ordre, mais survenu chez un fumeur qui allumait sa pipe avec une mèche imprégnée de chromate de plomb. Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'un homme de soixante et un ans, qui éprouve depuis quelques années des coliques avec constipation; depuis quelques mois, anémie profonde, affaiblissement considérable, douleurs rhumatoïdes dans les membres; enfin attaque avec perte de connaissance. L'existence, outre les coliques et l'anémie profonde, de la paralysie des deux avant-bras (région postérieure), du liséré gingival, ne permettait pas de doute sur le diagnostic. La seule cause possible est l'usage des mèches; cette hypothèse est confirmée par ce fait que le malade, après les journées de chasse, pendant lesquelles il avait beaucoup fumé, n'allumant qu'avec sa mèche, les accidents aigus apparaissaient.

La possibilité de ce mode d'empoisonnement avait été signalée par M. Lancereaux (congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, session de 1875). Le cas de M. Malherbe est le premier qui vienne à l'appui de cette opinion. Quel est le mécanisme de l'empoisonnement? Le plomb pénètre-t-il par le contact fréquent des mains avec la mèche ou bien par l'aspiration de gaz chargé de molécules de sel de plomb? Ce dernier mode est probablement le plus actif; mais les deux causes peuvent agir. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 2e série, 3e année, t. XIII, p. 187.)

Implantation vélamenteuse du cordon considérée comme l'une des causes de la rupture prématurée des membranes, par M. le docteur Poullet (de Lyon).

L'implantation du cordon, non plus sur le placenta luimême, mais sur un point plus ou moins éloigné des membranes, a pour le fœtus des conséquences fort souvent mortelles. Cette anomalie, en somme assez rare, a été signalée par Wrisberg (1773), puis étudiée par Sandifert (1778), puis par Frédéric Lobstein (Strasbourg, 1801); ce dernier mentionna les hémorrhagies, graves pour l'enfant, qui se produisent lors de la rupture de la poche des eaux. En 1831, Benkisser revint sur le même sujet. Depuis cette époque, des faits isolés ont été publiés par Valette (de Lyon), Hüler, Chiari, Scanzoni, Crédé, Bailly, Depaul. Chantreuil (thèse d'agrégation, 1875) résuma les faits connus et montra que les hémorrhagies permettaient seules, avant la dilatation du col, de soupçonner l'implantation vélamenteuse du cordon. Comme ses devanciers, il semble considérer cette anomalie comme une prédisposition à l'avortement, mais sans bien en préciser le mécanisme. Tel était l'état des connaissances sur ce point; le mémoire de M. Poullet a pour but d'élucider en partie la question.

Il publie d'abord deux observations dont nous donnerons le résumé :

Obs. I. — Femme de vingt-deux ans, troisième grossesse; au cinquième mois, perte deux ou trois fois par jour d'un verre de liquide amniotique. Repos au lit pendant neuf semaines avec continuation de l'écoulement liquide. A sept mois, accouchement facile. La poche des eaux, peu volumineuse, se ferme cependant. Après une délivrance difficile, M. Poullet put voir les trois vais-

seaux, de longueur très inégale, ramper séparément dans un fragment des membranes qu'il put étaler. Enfant vivant.

Obs. II. — Femme de vingt-six ans, troisième grossesse. Sans cause connue, perte très abondante de liquide amniotique. On ne peut obtenir de cette malade qu'elle garde le repos absolu dans le décubitus dorsal. Elle se lève et marche chez elle, toutefois sans sortir. L'écoulement d'eau se répète souvent. Les accidents avaient commencé au début du sixième mois. Six semaines plus tard, accouchement d'un fœtus mort depuis deux heures, par procidence irréductible du cordon. Pas de suite fâcheuse. L'œuf put être amené en entier; il y avait implantation vélamenteuse. Guérison rapide.

Ces deux observations ont suggéré à M. Poullet l'*hypothèse* suivante qu'il donne sous toutes réserves: la rupture des membranes est due à des mouvements actifs du fœtus, qui attire à lui une partie des membranes, soit parce que le cordon est trop court, soit parce qu'il est enroulé autour du cou ou d'un membre; si alors il frappe sur ce cordon tendu, on comprendra que dans les cas d'implantation vélamenteuse il puisse se produire une déchirure. Cette hypothèse expliquerait pourquoi sa rupture n'a lieu qu'après cinq mois, parce qu'à cette époque seulement les mouvements du fœtus acquièrent une énergie suffisante. Dès lors, quand une femme, sans commencement de travail et arrivée au sixième mois, perd de l'eau, on doit attribuer cette rupture, non pas à un effort de la mère, mais à un mouvement du fœtus, et alors, par le repos absolu, s'efforcer de gagner du temps jusqu'à ce que le fœtus soit viable. Au moment de la délivrance, on ne doit agir qu'avec une extrême prudence, dans la crainte de déchirer le cordon et d'en être réduit à introduire la main dans l'utérus, ce qui est toujours un danger sérieux pour la mère. (*Annales de gynécologie*, t. XI, octobre 1879, p. 241.)

Travaux à consulter.

Traitement de la macroglossie par l'ignipuncture, par M. Helferich. — Enfant de trois ans et demi, atteinte de macroglossie typique. Anesthésie. Le cautère Paquelin est enfoncé 22 fois d'outre en outre, verticalement dans la langue et 5 fois horizontalement. Les plaies guérirent sans accident. Amélioration de la déglutition et de la parole. (*Centralb. für Chir.*, 1879, n° 38.)

De l'albuminurie des gens bien portants, par M. Edlefsen. — Recherches à rapprocher de celles de Leube sur des soldats. Le résultat est le même et peut se résumer ainsi : L'albumine apparait facilement dans les urines à la suite d'exercices corporels violents. L'explication diffère : Leube admettait une filtration plus énergique sous l'influence d'une pression augmentée dans le système vasculaire ; Edlefsen prétend exactement le contraire. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 38.)

De l'aphonie spasmodique, par M. Scheck. — Maladie rare, qui semble devoir être rangée dans la classe des *spasmes fonctionnels* (Duchenne). Elle s'observe de préférence chez des personnes qui, par état ou autrement, parlent beaucoup, et consiste essentiellement en une contraction spasmodique des cordes vocales, qui sont entièrement accolées et arrivent même à se croiser. L'affection est capricieuse dans sa marche, ne se montre que certains jours, et ne provoque pas de troubles respiratoires. Elle ressemble beaucoup à certaines formes du bégaiement, « surtout le bégaiement *gutturo-tétanique* (?) », mais se distingue aisément de l'aphthongie et de la chorée du larynx. La thérapeutique est à peu près impuissante. — Deux observations à rapprocher de celles de Schnitzler et de P. Heymann. (*Bayer. ærztl. Intell.-Blatt*, 1879, n° 24.)

Des relations anatomiques de la syphilis et de la tuberculose, par M. Baumgarten. — Travail d'histologie pure. Dans un précédent mémoire, l'auteur avait déjà traité en partie ce sujet et montré que la cellule géante, qui passe pour caractéristique de la tuberculose, se rencontrait avec tous ses caractères dans les gommes de l'appareil de la vision. Les mêmes myéloplaxes existaient dans un cas d'ostéosarcome du tibia, d'où la conclusion que la cellule géante n'est aucunement caractéristique du tubercule et peut se rencontrer dans les altérations les plus diverses. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI.)

De l'essence d'absinthe, par MM. Bohm et Kobert. — Expériences sur les animaux. Les auteurs ont produit l'intoxication chronique, soit par des injections sous-cutanées, soit par l'injection stomacale, et ont observé entre autres phénomènes les accès épileptiformes sur lesquels Magnau avait le premier attiré l'attention. « Mais, ajoutent-ils, les doses si nécessaires pour obtenir ces accès sont si énormes, qu'il n'est pas possible de croire qu'un homme arrive à les ingérer ; et d'un autre côté, l'essence d'anis, déclaré inactif par Magnan, est pour nous un corps très actif et dangereux. » (*Cent. für med. Wiss.*, 1879, n° 37.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux, par le docteur de Beurmann. Paris, 1877, J. B. Baillière, in-8°.

L'auteur a reproduit dans son travail les statistiques de l'hôpital Lariboisière depuis 1854, et celles de l'hôpital Cochin depuis 1873. Mais il fait justement remarquer que ces statistiques ne sauraient être utilement comparées à celles que nous fournit l'Assistance publique pour les services d'accouchements à domicile. En effet, les services des hôpitaux généraux sont ordinairement le réceptacle de tous les cas compliqués que l'on veut éviter d'envoyer chez les sages-femmes. Il en résulte évidemment une bien plus grande mortalité pour les établissements.

La question de la mortalité des femmes en couches dans les maternités étant plus que jamais à l'ordre du jour, nous reproduisons les conclusions du mémoire de M. de Beurmann qui présentent un grand intérêt.

1° Les statistiques produites par l'administration de l'Assistance publique étant défectueuses, il n'existe actuellement aucun moyen de comparer avec certitude la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux, chez les sages-femmes des bureaux de bienfaisance et dans la clientèle de la ville.

2° Le chiffre de la mortalité dans les hôpitaux est, et sera toujours, surélevé par un certain nombre de causes indépendantes de l'influence nosocomiale. Ce sont les mauvaises conditions matérielles et morales dans lesquelles se trouvent placées les femmes qui viennent y accoucher. L'accumulation de tous les cas où, soit des accidents, soit des complications, surviennent avant ou pendant l'accouchement.

3° Pour connaître la mortalité que l'on peut réellement attribuer à l'influence propre de l'hôpital, il est nécessaire de ne compter que les décès par accouchements simples.

4° La mortalité par accouchements simples dans les hôpitaux et les maternités peut être ramenée à peu près au même taux que celle de la ville. Les résultats obtenus par M. Siredey à l'hôpital Lariboisière et par M. Polaillon à la maternité de Cochin en donnent une preuve évidente.

5° Il est probable qu'elle s'abaisserait encore si des précautions hygiéniques plus complètes étaient prises.

6° De petites maternités isolées, comme celle de l'hôpital Cochin, seraient certainement meilleures que les services d'accouchements, actuels des hôpitaux généraux; mais jusqu'à ce qu'on puisse supprimer ceux-ci, il est urgent d'y introduire les perfectionnements dont les recherches modernes démontrent l'utilité.

Disons, en terminant cette courte notice bibliographique, que M. de Beurmann a rendu un véritable service à la science en établissant des statistiques comparatives entre les maternités spéciales et les autres établissements hospitaliers de Paris, qui ne reçoivent que les cas de dystocie et dont la

mortalité est nécessairement plus considérable. Nous ne craignons donc pas de recommander ce travail à tous ceux qui s'occupent des questions si complexes et si importantes de l'hygiène hospitalière.

A. L.

Index bibliographique.

Note sur M. l'inspecteur L. Laveran, par M. le professeur L. Colin.

Le savant professeur d'épidémiologie de l'Ecole du Val-de-Grâce a tenu à payer un juste tribut d'éloges et de regrets à la mémoire de celui qui le premier, en France, avait inauguré cet enseignement. N'ayant pu nous-même, au moment où nous avons annoncé la mort de M. Laveran, énumérer et apprécier longuement ses titres scientifiques, nous sommes heureux de saisir l'occasion que nous donne ce travail, publié par le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, pour mieux faire connaître celui qui l'a inspiré. Nous ne pouvons, pour apprécier la valeur du cours de M. Laveran, mieux faire que citer les propres paroles de M. L. Colin.

« Fondé par Laveran de toutes pièces, et en dehors de tout précédent, ce cours offrait une première difficulté, l'établissement de son programme à travers le vaste cercle de connaissances où il devait pénétrer. « Le cours des maladies et épidémies des armées a pour but pratique de montrer au jeune médecin militaire dans quel cercle son activité pratique aura à s'exercer, de dérouler sous ses yeux le tableau mobile et varié des maladies particulières aux différentes contrées du globe, et enfin de réunir dans un même cadre l'histoire médicale des grandes expéditions. »

» C'était faire appel à toutes les notions de pathologie, d'hygiène, de géographie médicale, etc. Mais Laveran démontre admirablement combien cette tâche a de chances de réussite dans l'armée : « L'observation n'est ni bornée par le champ étroit de la pratique particulière, ni accablée par la diversité des faits des services des grands hôpitaux civils, où les malades, épuisés par l'âge et la misère, ne présentent, le plus souvent, que les formes graves, les périodes avancées des maladies. Elle a pour objet des hommes connus d'avance, des maladies saisies à leur début, dans leurs formes les plus diverses..... »

Et M. Colin ajoute : « Ce programme a été dès le début si heureusement réalisé, qu'il n'a subi depuis que de légères modifications, et que certainement, aujourd'hui encore, il peut servir de modèle à tout enseignement analogue. » Les études faites par M. Laveran pour préparer ce cours l'ont amené à écrire sur les causes de la mortalité des armées en campagne et des armées servant à l'intérieur, deux mémoires remarquables. A côté de ces travaux, il faut citer une *Relation de l'épidémie de fièvre bilieuse de la caserne de Lourcine*, et un important travail sur l'*Ophthalmie militaire*, écrit en collaboration avec notre vénéré maître M. l'inspecteur Lustremon. M. L. Laveran a écrit, en outre, plusieurs articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. M. L. Colin termine la notice qu'il lui a consacrée en citant quelques paroles prononcées sur sa tombe par M. Vézien.

Étude sur l'esprit, l'intelligence et le génie. Lettres a Mme de S..., par M. le docteur Servier. 1 volume in-12. — Paris, G. Masson, éditeur, 1880.

En une série de lettres adressées à une dame, M. le docteur Servier aborde des questions qui ont préoccupé bien des penseurs et donné lieu à de nombreuses polémiques. Qu'est-ce que l'esprit, l'intelligence? Quelle est la caractéristique du génie? Problèmes dont nous possédons autant de solutions qu'il existe d'écoles de psychologie. M. le docteur Servier n'a voulu se rattacher à aucune de celles-ci, et pensant avec Condillac qu'une science n'est qu'une langue bien faite, il s'est appliqué par des considérations intéressantes à nous amener à des définitions exactes des trois mots : esprit, intelligence et génie.

A bien des points de vue, nous ne pouvons accepter le sens qu'il attache à ces termes, surtout au premier, et les distinctions qu'il établit entre l'esprit et l'intelligence; mais qu'importent nos réserves? Notre tâche est, ici, non de refaire le livre de l'auteur, mais de l'analyser.

La pensée, suivant M. Servier, se manifeste sous trois formes : l'intelligence, l'esprit et le génie. L'esprit, pour lui, n'est pas ce mot abstrait par lequel on a coutume de désigner l'ensemble des facultés intellectuelles, mais cette vivacité, cette acuité de l'intelligence, dont Voltaire est le représentant le plus éminent. Il existerait deux sortes d'esprit : l'esprit dans les actions et l'esprit dans le langage. Ainsi, savoir se conduire en homme d'esprit, c'est posséder cette faculté qui fait apprécier la qualité qu'il faut avoir à un moment donné, et à l'aide de laquelle on peut si bien se revêtir des apparences de cette qualité qu'on semble la posséder réellement. Se donner ainsi des qualités qu'on n'a pas, cela touche bien à l'hypocrisie. M. Servier a senti l'objection, et il essaye d'y répondre par la comparaison du coup et de la caresse; la caresse c'est l'esprit dans les actions; le coup, c'est l'hypocrisie. Quant à l'esprit dans le langage, c'est cette qualité qui nous permet de trouver les rapports de ressemblance existant entre différents faits ou différentes pensées, et de savoir les comprimer sous une forme pittoresque et féconde. « Un mot spirituel est toujours spirituel, ajoute avec raison l'auteur, mais il peut être déplacé; pour que l'esprit soit complet, il faut qu'il se manifeste au bon moment, au bon endroit, suivant les convenances de positions, de situations, de personnalités. »

La lettre consacrée à l'intelligence, que nous considérons comme la meilleure des quatre, contient quelques considérations ingénieuses; elle se résume dans les lignes suivantes : « L'intelligence est une faculté de pensée qui se manifeste sous deux formes : l'une sait reconnaître les causes des différents faits, sait établir la relation qui existe entre un effet et sa cause; l'autre sait apprécier la disposition des objets et les rapports qu'ils ont entre eux; en un mot, elle sait voir. L'intelligence diffère de l'esprit, qui reconnaît les relations d'analogie et de ressemblance, et non de cause à effet. » Nous ne ferons ici qu'une observation; nos grands naturalistes modernes qui, en fondant les classifications des règnes animal et végétal, ont prouvé des facultés si éminentes de comparaison et d'analogie, n'auraient donc été, à ce compte, que des hommes d'esprit; les travaux de Linné, de Jussieu, de Cuvier et de Blainville ne seraient que des œuvres d'esprit?

Arrivons au génie; il consiste, d'après notre auteur, « dans un développement des facultés humaines étendu bien au delà de leurs limites habituelles ». Cette définition ne vaut ni plus ni moins que toutes celles qui ont déjà été données; car le génie est généralement mieux senti que connu par l'homme qui veut le définir. Cela veut-il dire que le génie se définirait mieux lui-même? Nous en doutons. M. Servier avoue quelque part qu'il affectionne particulièrement les comparaisons; je lui soumets la suivante, on n'a jamais mieux défini le génie. « Méfiez-vous de ces gens qui ont leurs poches pleines d'esprit et qui le sèment à tout propos. Ils n'ont pas le démon; ils ne sont jamais ni gauches ni bêtes. Le pinson, l'alouette, la linotte, le serin, jasent et babillent tant que le jour dure. Le soleil couché, ils fourrent leur tête sous l'aile, et les voilà endormis. C'est alors que le génie prend sa lampe et l'allume, et que l'oiseau solitaire, sauvage, inapprivoisable, brun et triste de plumage, ouvre son génie, commence son chant, fait retentir le bocage et rompt mélodieusement le silence et les ténèbres de la nuit. » Nous ne pouvons mieux faire que de terminer sur ce beau passage de Diderot, en remerciant M. Servier de nous l'avoir remis en mémoire.

Du rétablissement des tours, par M. le docteur L. Pénard. Paris, 1879, J. B. Baillière et fils.

Dans ce mémoire, extrait des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, M. Pénard étudie toutes les opinions diverses qui ont été émises pour et contre le rétablissement des tours. Pour mieux apprécier la valeur de ces opinions, il recherche si l'existence des tours a une influence préventive sur les avortements et prouve, par des chiffres précis, qu'il n'en est rien. Des statistiques nombreuses lui servent à démontrer que cette influence préventive est presque nulle sur les infanticides. Il s'appuie sur l'exemple de la Belgique où les tours ont été successivement supprimés pour arriver à démontrer que cette institution doit être définitivement supprimée partout où elle existe encore et ne doit pas être rétablie en France. M. Pénard est partisan d'une loi autorisant la recherche de la paternité et réprimant la séduction. Et quant aux tours, il conclut dans les termes suivants : « Malgré leur origine toute de charité et d'humanité, nous ne pensons pas qu'on doive jamais rétablir les tours: les résultats qu'ils ont donnés ont été si mauvais, si désastreux, qu'il a toujours fallu s'arrêter en chemin. Reculant toujours au lieu d'avancer, le côté humanitaire a toujours

été en déficit. Nous pensons fermement que la solution est, coûte que coûte, dans les bureaux de réception à ciel ouvert, peu tracassiers, tels que nous les avons étudiés et recommandés ; nous pensons fermement que le progrès est dans la loi Roussel mise au point perfectionnée, et nous voulons surtout espérer que l'avenir est à la charité. »

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Cadiat (Louis), agrégé, est nommé chef des travaux d'histologie (emploi nouveau).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre de l'intérieur et des cultes, sont nommés : MM. les docteurs Hallopeau, médecin de l'hôpital Tenon; Debove, médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes); Terrillon, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — M. le docteur Passant nous adresse la statistique du service médical de nuit pour la ville de Paris, du 1er octobre au 31 décembre 1879. Nous y relevons les chiffres suivants : La moyenne des visites pour chaque nuit a été, durant ce trimestre, de 16 3/10. Elle n'était que de 11 pour le trimestre correspondant de l'année précédente. Pendant le quatrième trimestre de l'année 1878, il avait été fait 937 visites; on en compte 1468 pour le trimestre correspondant de l'année 1879. Pour l'année totale, le chiffre des visites a été de 5282. Ces chiffres suffisent à prouver l'utilité de cette institution, surtout dans les quartiers pauvres et populeux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Par décret en date du 20 janvier 1880, la chaire d'hygiène et de physique médicale prend le titre de chaire de physique médicale.

— Par autre décret portant la date du 21 janvier 1880, M. Charpentier, professeur d'hygiène et physique médicale, est nommé professeur de physique médicale.

FACULTÉ DE LILLE. — Par décret en date du 20 janvier 1880, M. Hallez, chargé du cours de pathologie interne, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le docteur Marmottan a déposé sur le bureau de la Chambre des députés, dans la séance du 17 janvier 1880, en son nom et au nom de ses collègues, MM. Cornil, Hugot, Versigny et Labuze, une proposition de loi sur le service de santé de l'armée.

VAL-DE-GRACE. — Un concours s'ouvrira à Paris, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 16 février 1880, pour l'admission dans le service hospitalier des médecins-majors de première et de deuxième classe appartenant aux corps de troupes.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Chouppe commencera le samedi 31 janvier, à quatre heures, un cours de pathologie interne à l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le cahier septembre à décembre, dernier de l'année 1879, des ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE, contient les travaux suivants : *Sur le développement du cerveau chez les enfants du premier âge*, par M. Parrot (avec 2 planches); — *Contribution à la physiologie des centres nerveux et des muscles de l'écrevisse*, par M. Ch. Richet; — *Recherches sur l'évolution des hématies dans le sang de l'homme et des vertébrés*, par M. Georges Hayem; — *Lésion de la moelle épinière et de la peau dans un cas de lèpre anesthésique*, par M. S. Tschiriew (avec 1 planche); — *Sur la structure et le développement des kystes de l'ovaire*, par MM. Malassez et de Sinéty; — *Contribution à l'anatomie pathologique des abcès du foie*, par M. Laveran (avec 2 planches); — *Observation pour servir à l'histoire des lésions nerveuses dans le zona*, par M. A. Chaudelux (avec 2 planches); — *Des formes anatomiques du xanthélasma cutané*, par M. Ernest Chambard (avec 3 planches); — *Note sur un cas de paralysie labio-glosso-laryngée protopathique*. par MM. A. Pitres et C. Sabourin (avec 2 planches); — *Paralysie labio-glosso-laryngée (amyotrophie spinale protopathique chronique)*, par MM. Mathias Duval et Raymond (avec 1 planche); — *Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique*, par MM. Debove et Gombault (avec 2 planches); — *Contribution à l'histoire de la pathogénie des dilatations bronchiques*, par M. C. Leroy (avec 1 planche).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de : M. le docteur Toussaint (Martin), ancien médecin-major de première classe, décédé à Alger; — M. le docteur Dupin d'Evry (Aube), décédé à l'âge de quatre-vingts ans; — M. le docteur Marchand (Marc), l'un des fondateurs de la Société de médecine de Constantinople; — M. Caboche, étudiant en médecine, mort à Dammarie-les-Lys (Seine-et-Marne).

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du phagédénisme tertiaire, par le docteur Armand Pichard. 1 vol. in-8 de 160 p Paris, Asselin et Cie. 3 fr. 50

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Sainte-Eugénie (de Lille), par le docteur Faucon. 1 vol. gr. in-8, avec fig. et photolith., Asselin et Cie. 6 fr.

Recherches sur les hypertrophies cardiaques secondaires, par le docteur Maurice Letulle. In-8 de 100 pages, avec pl. lithographiée. Paris, Asselin et Cie. 3 fr.

De la transsudation des liquides à travers les membranes séreuses, par le docteur Laurent Amodru. In-8 de 70 pages. Paris, Asselin et Cie. 2 fr.

Contribution à l'étude anatomique des diathèses, par Cazeau. In-8 de 118 pages. Paris, A. Coccoz. 3 fr. 50

De la méthode d'Esmarch, et en particulier de l'hémorrhagie capillaire consécutive, par de Lagorce. In-8 de 48 pages. Paris, A. Coccoz. 1 fr. 50

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par le professeur W.-S. Playfair ; traduit sur la 2e édition anglaise parue en décembre 1878, par le docteur Vermeil. Traduction entièrement revue par le docteur Budin. Un fort vol. gr. in-8 de 920 pages, avec 180 pages dans le texte. Paris, O. Doin. 15 fr.

Morphologie du cerveau pour l'étude des localisations, des centres excito-moteurs des hémisphères, et de l'opération du trépan, par le docteur E. Gavoy. In-8, avec 18 planches coloriées. Paris, O. Doin. 3 fr.

Du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement et à l'accouchement, par le docteur Lardier. 2e édition in-8. Paris, O. Doin. 2 fr.

Nouveau procédé de strabotomie, par le docteur Boucheron. In-8. Paris, O. Doin. 1 fr.

Recherches critiques et expérimentales sur le nitrite d'amyle, par le docteur Dugau. 1 vol. in-8 de 144 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

De l'éclampsie puerpérale, spécialement étudiée au point de vue de la pathogénie et des modifications de température qui l'accompagnent, par le docteur Ch. Hyppolite. 1 vol. in-8 de 400 pages, avec 11 planches thermométriques hors texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Du rhumatisme ; nouvelle théorie fondée sur la physiologie, l'anatomie pathologique de l'observation, par le docteur Vovard (de Bordeaux). 1 vol. in-8 de 320 pages. Paris, O. Doin. 6 fr.

Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le docteur L. de Sinety. 1 beau vol. in-8 de 850 pages, avec 160 fig. dans le texte. Paris, O. Doin. Ouvrage complet. 13 fr.

Cours d'embryogénie comparée du Collège de France (semestre d'hiver 1877-1878). *Leçons sur la génération des Vertébrés*, par le professeur G. Balbiani, recueillies par le docteur F. Henneguy ; revues par le professeur. 1 beau vol. gr. in-8, avec 150 figures dans le texte et 6 planches en chromolithographie hors texte. Paris, O. Doin. 13 fr.

Manuel d'histoire naturelle médicale, par le docteur J.-L. de Lanessan. Deuxième partie (fin des plantes phanérogames), suivie de tableaux des médicaments d'origine végétale qui figurent dans le droguier de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 585 pages, avec 519 fig. dans le texte. La troisième partie, terminant l'ouvrage, comprendra la cryptogamie et la zoologie ; elle paraîtra dans le courant de mai 1880. Ce livre une fois complet formera 2000 pages, contenant 1600 figures. Paris, O. Doin. Prix de l'ouvrage complet en 3 volumes. 20 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

LA CONTRACTILITÉ DES VAISSEAUX CAPILLAIRES VRAIS; SON RÔLE DANS LA CIRCULATION DU SANG.

Depuis l'époque où Malpighi démontra directement le passage du sang des artères dans les veines par les vaisseaux capillaires, jusqu'au moment où l'histologie détermina la structure de ces vaisseaux, la plupart des auteurs, anatomistes, physiologistes et médecins, crurent à la contractilité des capillaires (*période ancienne*).

Quand on eut établi, à une époque très voisine de nous, que ces vaisseaux ne renferment pas d'éléments musculaires, mais sont constitués uniquement par une couche de cellules endothéliales, on refusa absolument à leurs parois la propriété de se resserrer activement (*période moderne*).

On revient aujourd'hui à l'opinion première; depuis quinze ans, et surtout depuis les récentes recherches de M. le professeur Rouget, un certain nombre d'histologistes admettent la contractilité des capillaires, attribuant cette propriété aux éléments protoplasmiques des cellules endothéliales (*période actuelle*).

Il nous a paru intéressant de présenter un court aperçu historique de la question. Nous passerons en revue les principaux travaux publiés sur ce sujet, et nous ferons suivre cet exposé de quelques réflexions critiques sur le rôle de la contractilité des capillaires.

I. *Période ancienne.* — Il est inutile d'insister sur les raisons théoriques qui firent admettre aux auteurs du dix-septième et du dix-huitième siècles la force contractile des vaisseaux capillaires. Dans tous les travaux anciens on retrouve, plus ou moins explicitement formulée, cette idée que les vaisseaux capillaires contribuent à pousser le sang vers les veines.

Toutefois, jusqu'à l'époque où parut l'*Anatomie générale* de Bichat, la question n'avait point été nettement posée. C'est dans ce grand ouvrage que Bichat, au milieu de tant d'idées fécondes, exprima l'hypothèse erronée que les capillaires jouent le rôle d'un appareil d'impulsion périphérique pour le sang, et substituent leur action à l'action du cœur épuisée à leur niveau. Il faut dire cependant que la responsabilité de cette assertion ne revient pas tout entière à Bichat. Son nom y restera attaché, parce qu'il en a été le défenseur le plus illustre; mais le rôle qu'il attribue aux capillaires leur avait déjà, comme il le dit lui-même, été attribué par d'autres auteurs, notamment par Bordeu : « Le sang, une fois arrivé dans le système capillaire, est manifestement hors de l'influence du cœur et ne circule plus que sous celle des forces toniques ou de la contractilité insensible de la partie. Pour peu qu'on examine les phénomènes de ce système capillaire, on se convaincra facilement de cette vérité que Bordeu a commencé le premier à bien faire sentir. Le système capillaire est vraiment le terme où s'arrête l'influence du cœur... » (Bichat, *Anat. gén.*, t. II, 1re partie, p. 509. Edition de 1801. Brosson, Gabon et Cie, libraires).

Dans les années qui suivirent, la théorie du système capillaire, considérée comme un « cœur périphérique », fut assez acceptée pour que Savary, dans l'article Capillaires du *Dictionnaire en 60 volumes* (1813) écrivît les lignes suivantes : « La preuve que le sang se meut dans les capillaires en vertu d'une action qui leur est propre, c'est que dans les injections faites par les artères sur le vivant on éprouve une résistance que l'on ne rencontre pas sur le cadavre... » L'au-

FEUILLETON

Les centenaires.

(ÉTUDES DE MACROBIOTIE.)

I

L'éminent physiologiste Flourens, dans un excellent petit livre sur l'hygiène de la veillesse (*De la longévité humaine et de la quantité de vie sur la terre*, Paris, 1856), enseigne que l'homme n'atteint peut-être jamais cent ans; mais que, s'il parvient à cet âge exceptionnel, il est certain qu'il ne saurait le dépasser. Dans son opinion, les exemples que l'on peut citer d'une longévité plus considérable n'ont aucune valeur et ne peuvent s'expliquer que par la perte de la mémoire chez les grands vieillards, ou par une sorte de vanité, de coquetterie consistant à se flatter d'avoir conservé, à un âge extrême, l'intégrité des facultés physiques et intellectuelles, quelquefois par le désir d'obtenir, dans les asiles qui les ont recueillis, un régime de faveur.

Cette opinion est partagée, dans une certaine mesure, par quelques statisticiens, et notamment par le docteur G. Mayr, directeur du bureau de statistique de Bavière, qui assure s'être convaincu que le plus grand nombre des individus auxquels les recensements de la population et les actes de l'état civil attribuaient, dans son pays, l'âge de cent ans et au-dessus, avaient fait des déclarations ou avaient été l'objet de déclarations inexactes.

Dans une polémique récente à ce sujet, soutenue, en Angleterre, par les journaux qui s'occupent spécialement de l'assurance sur la vie, l'opinion de Flourens a trouvé de nombreux adhérents; mais l'opinion contraire n'a pas été soutenue moins énergiquement.

Avec la mauvaise tenue des registres de l'état civil dans ce pays jusqu'à la loi du 17 août 1836, qui les a confiés à des fonc-

teur parle ensuite de la rougeur inflammatoire des tissus normalement incolores, des alternatives de rougeur et de pâleur du visage, et ajoute : « Il est évident que tous ces phénomènes sont uniquement l'effet des propriétés vitales des vaisseaux capillaires, puisqu'ils sont purement locaux, tandis que l'action du cœur ne peut avoir qu'une influence générale. »

Nous savons aujourd'hui que « tous ces phénomènes locaux » (ou presque tous) sont l'effet de l'activité des artérioles provoquée par l'influence de leurs nerfs vaso-moteurs; la confusion faite par Savary entre les propriétés des artérioles contractiles résistant énergiquement à la pénétration des liquides étrangers, et les propriétés des vaisseaux capillaires proprement dits, a été faite depuis lors jusqu'à une époque toute récente, comme l'ont très bien remarqué les physiologistes modernes, et particulièrement M. Milne-Edwards, dans les leçons qu'il consacre à la circulation capillaire dans son grand ouvrage d'Anatomie et de Physiologie comparées.

Vingt ans après la publication de Bichat, Richerand, dans ses *Éléments de Physiologie*, admettait encore l'opinion que les capillaires contribuent à la propulsion du sang, mais formulait déjà quelques réserves sur l'importance de leur action mécanique. « L'action vitale du système capillaire ne suffit pas seulement à effectuer la progression du sang dans cet ordre de vaisseaux; elle est encore assez énergique pour ranimer, en quelque sorte, le mouvement circulatoire et déterminer le passage et la progression du liquide dans le système veineux. Quelques auteurs ont été jusqu'à dire que les capillaires étaient, pour le sang qui coule dans les veines, un agent d'impulsion égal à la force avec laquelle le cœur le chasse dans les artères. Si cette opinion n'avait rien d'exagéré, pourquoi, dans les opérations chirurgicales, lorsque l'on incise les parties sans intéresser aucun vaisseau d'un certain calibre, le sang coule-t-il en nappe au lieu de jaillir des capillaires divisés? *Sans doute, l'influence des capillaires sur la progression du sang veineux doit être admise, mais comme bien inférieure aux contractions du ventricule gauche du cœur.* » (Richerand, *Élém. de physiol.*, 1820, t. I, p. 370.)

Cette dernière phrase caractérise nettement, non pas l'opinion de Richerand lui-même, qui était fort éclectique, mais celle des médecins de son époque. On commençait évidemment à atténuer l'importance du rôle mécanique attribué par Bichat aux parois des capillaires.

L'opposition s'accusa formelle, quelque peu violente même, dans la bouche de Magendie. Avec Magendie prenait naissance la physiologie positive, et, sur ce point comme sur tant d'autres, le chef de l'École expérimentale déblaya énergiquement le terrain scientifique. Il faut lire en entier les pages animées qu'il consacre à la réfutation de l'opinion régnante, pour se faire une idée de l'entrain avec lequel Magendie soutenait ses convictions. Je citerai seulement quelques passages de ses *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie...*, publiées en 1837 (édition belge, p. 202 et suiv...). « Quelle est la puissance qui fait mouvoir le sang dans les capillaires? La première idée qui se présente naturellement à l'esprit, c'est que le cœur, après avoir poussé ce liquide aux dernières artérioles, continue de le faire mouvoir jusque dans les veines. Mais une explication aussi simple ne pouvait convenir à des imaginations qui se plaisent à ne voir partout que des prodiges et des mystères... On a dit : le cœur pousse le sang dans le système artériel, mais son impulsion s'arrête en un point limité; et ce point où correspond-il? A l'endroit où les artères se continuent avec les veines par l'intermédiaire des vaisseaux capillaires. Ceux-ci alors s'emparent du sang, et par la seule action de leurs parois continuent de le faire circuler... Il faudrait, dans un tel système, qu'il existât en un point une barrière insurmontable que le sang ne pourra jamais franchir par la seule contraction des ventricules... Le cœur lance une ondée de sang, les parois des vaisseaux se dilatent; le cœur cesse d'agir, les parois reviennent sur elles-mêmes. A quoi bon faire intervenir ici une puissance vitale? Quoi qu'il en soit, voici le capillaire dilaté : il faut maintenant qu'il se resserre pour chasser le sang. Dans quel sens les globules vont-ils se diriger? Je ne vois pas de raisons pour qu'ils cheminent plutôt du côté des veines que du côté des artères... Il existe, a-t-on dit, dans l'intérieur du capillaire, une soupape qui permet au sang de passer en avant, mais qui se ferme aussitôt que le vaisseau vient à se contracter... Mais malheureusement ces soupapes n'ont jamais existé que dans l'imagination de ceux qui leur ont fait jouer un rôle si ingénieux... »

Magendie, faisant ainsi le procès aux hypothèses, présente la question sous son véritable jour; il note même en passant ce fait qui devint plus tard le point de départ d'une des plus belles découvertes de Cl. Bernard : « *Et d'ailleurs*, dit-il, *n'y a-t-il pas des circonstances où l'influence de l'impulsion du cœur se fait sentir jusque dans les capillaires et dans les veines?* » (p. 208). Cl. Bernard a trouvé la raison de cette transmission du pouls jusque dans les veines quand il établit, vingt ans après, l'action vaso-dilatatrice de la corde du tympan.

---

tionnaires civils spéciaux (*Registrars*), mais, pendant très longtemps, sans rendre obligatoire la déclaration des actes de la vie civile, il est certain qu'il y est difficile, pour un vieillard, de fournir la preuve authentique d'un très grand âge.

En France, où, avant 1792, date de sa remise aux officiers municipaux, l'état civil, jusque-là tenu par le clergé, présentait d'assez importantes lacunes même en ce qui concerne les catholiques, et omettait complètement les non-catholiques, nos vieillards ne pourraient pas facilement justifier d'un âge supérieur à quatre-vingt-six ans. On peut même dire que, dans notre pays, les registres de l'état civil ne présentent de véritables garanties d'exactitude qu'à partir de 1820. Jusque-là, les parquets, chargés, comme on sait, d'en surveiller la tenue, avaient à constater ou des omissions, ou des irrégularités fréquentes, et ce n'a pas été trop des efforts combinés des ministres de l'intérieur et de la justice, stimulés par leur collègue de la guerre, pour en prévenir le retour.

Si bien peu de vieillards pourraient, en France, en Angleterre, et probablement dans le reste de l'Europe, établir, par un extrait régulier de l'état civil, qu'ils ont atteint ou dépassé cent ans, il peut être suppléé à cet extrait par des titres authentiques, constatant, par exemple, que leur porteur est entré au service de l'Etat ou en a été libéré à une date qui confirme approximativement l'âge qu'il se donne. Les survivants de l'ancienne Caisse Lafarge (non encore entièrement liquidée) peuvent également établir leur âge dans les conditions les plus certaines. Les documents publiés récemment par le ministère des finances, à l'occasion du nouveau projet de loi sur les pensions civiles, attestent également que plusieurs pensionnés de l'Etat, en France et en Italie, ont atteint et même dépassé cent ans. Ces exemples suffisent pour démontrer qu'en dehors des extraits des registres de l'état civil, il existe des moyens, mais cependant assez rares, de démontrer sans réplique des âges très avancés.

Maintenant n'est-il pas permis de dire que, si, aux époques déjà reculées, pour lesquelles nous avons conservé des re-

Magendie a rendu à la physiologie le service de la débarrasser de l'hypothèse aussi peu vraisemblable qu'inutile du « cœur périphérique »; mais, tout en montrant que les phénomènes de la circulation capillaire peuvent se ramener à des phénomènes physiques, et sont subordonnés à l'action du cœur, il émet cependant certaines réserves que l'avenir devait légitimer. « Loin de moi, toutefois... d'exagérer l'importance des explications physiques pour l'interprétation des phénomènes dont l'économie est le siège. Ainsi, pourquoi, sous l'influence d'une émotion morale plus ou moins vive, voit-on la face rougir ou pâlir? Pourquoi ces changements de couleur et de température que la peau éprouve sous l'influence de causes aussi nombreuses que variées? Ce défaut d'harmonie entre les mouvements du cœur et la circulation capillaire indique nécessairement qu'il y a là quelque chose de particulier, quelque chose qui n'est pas, jusqu'ici du moins, du domaine de la physique. *Il me paraît probable que c'est sous l'influence de l'innervation que s'effectuent ces modifications* (*loc. cit.*, p. 221, 222).

Nous savons aujourd'hui, grâce aux travaux de Cl. Bernard, de Brown-Sequard, de Waller, etc., quelle est la nature de cette influence nerveuse qu'avait pressentie Magendie : la découverte des vaso-moteurs a définitivement fixé la science sur les causes des variations nerveuses de la circulation périphérique.

II. *Période moderne.* — A partir des publications de Magendie, qui visaient surtout le rôle mécanique qu'on avait accordé à la contractilité des capillaires, cette notion disparaît de la science. Un certain nombre d'expérimentateurs, Thompson, Kaltenbrunner, etc., étudiant les phénomènes de la circulation capillaire au point de vue des troubles locaux de l'inflammation, parlent bien encore de la contractilité de ces vaisseaux, mais rien ne prouve qu'ils aient nettement distingué la part qui revient aux artérioles dans les phénomènes produits par l'irritation des tissus. Wharton Jones, auquel on attribue d'ordinaire l'opinion que les capillaires sont contractiles, exprime au contraire une opinion tout autre : « Il pense que la diminution de calibre qui s'y remarque parfois est due à la turgescence ou à la constriction des tissus circonvoisins. » (Note de Milne Edwards, *loc. cit.*, t. IV, p. 276.) Du reste, ainsi que le fait remarquer M. Ranvier, dans son article Capillaires, publié en 1867 dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques :* « Comme ces expériences ont été faites sur la langue de la grenouille et sur les ailes de la chauve-souris, et que dans ces deux cas les vaisseaux sont noyés dans du tissu musculaire, c'est à l'action des muscles environnants et non à l'action propre de la membrane des capillaires qu'il faut rattacher le phénomène observé, comme James Traer a essayé de le démontrer. »

M. Ranvier, qui connaissait cependant les recherches histologiques dont nous parlerons tout à l'heure, n'admettait donc pas en 1867 la contractilité des capillaires proprement dits. Quelques années plus tard, M. Hénocque, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dit que cette contractilité « serait difficilement admise pour des vaisseaux qui n'ont pas de fibres musculaires lisses. Stricker a de nouveau constaté le rétrécissement des capillaires sous l'influence des irritations; mais s'agit-il d'une véritable contractilité? L'élasticité expliquerait, à notre avis, suffisamment les phénomènes observés sans qu'il soit nécessaire d'admettre *une propriété qui ne saurait d'ailleurs être comparée qu'aux phénomènes de contractilité qu'on observe dans le protoplasma de certains éléments cellulaires, les leucocytes, par exemple* (*loc. cit.*, art. Capillaires, p. 266).

C'est ainsi, en effet, qu'il faut l'entendre : cette contractilité des capillaires n'est évidemment, si elle existe, qu'un fait de contractilité rudimentaire, si l'on peut ainsi dire : c'est la contractilité protoplasmique, celle de l'amibe et des éléments cellulaires du même type. Il y a dans cette remarque de M. Hénocque une concession très juste faite aux notions générales que les recherches comparatives de physiologie animale et végétale ont aujourd'hui parfaitement établies.

Plus récemment, dans ses leçons sur les vaso-moteurs, M. Vulpian considère comme assez discutables les résultats obtenus dans les recherches sur la contractilité des capillaires. Il ne croit pas qu'on doive, en se fondant sur ces travaux, abandonner l'idée courante : les capillaires ne présentent que des changements de diamètre passifs, résultant des changements de pression survenus dans d'autres parties du système vasculaire (t. I, p. 73).

Aujourd'hui que de nouvelles recherches, celles de M. Rouget, ont ramené en France l'attention sur ce sujet, il y a peut-être lieu d'accorder davantage aux vaisseaux capillaires, et d'admettre qu'ils interviennent activement, non pas, comme le pensait Bichat, pour imprimer une force nouvelle au courant sanguin qui les traverse, mais pour modifier localement, dans des réseaux limités, l'étendue des contacts entre le sang et les éléments anatomiques. Mais il est nécessaire de présenter dans leur ordre chronologique les expériences faites sur ce sujet par les histo-physiologistes, avant d'émettre une opi-

---

gistres de l'état civil, ou pour lesquelles d'anciens statisticiens, comme Expilly, Moheau, Buffon, Dupré de Saint-Maur, en ont publié des extraits, on ne trouve qu'un petit nombre de centenaires, ce nombre devra s'accroître dans notre siècle et dans les siècles suivants, par suite des progrès incontestables de la richesse publique et de l'hygiène publique et privée?

On ne saurait nier, en effet, un accroissement de bien-être considérable dans les populations européennes. Travailleurs des villes ou des campagnes sont aujourd'hui mieux nourris, mieux vêtus, mieux logés. Les famines et même les disettes ont disparu; tout au plus connaît-on les chertés, et encore s'atténuent-elles chaque jour comme conséquence d'une agriculture de plus en plus intensive et de la facilité, de la rapidité des communications avec l'étranger. Les épidémies résultant de privations excessives sont donc (en dehors d'événements extraordinaires, comme le siège de Paris par exemple) de plus en plus rares. Si, dans le courant de ce siècle nos communications avec l'extrême Orient ont amené, à plusieurs reprises, en Europe, une épidémie meurtrière, il n'est pas douteux qu'antérieurement, des maladies contagieuses non moins graves, comme la lèpre, la peste, la variole, le typhus, ont fait, soit accidentellement, soit constamment, de nombreuses victimes. Nous n'en voudrions d'autre preuve, pour la variole, que le fait de la mortalité exceptionnelle des petits enfants aux dix-septième et dix-huitième siècles, d'après les registres de l'état civil des villes de Londres et de Paris. John Graunt nous apprend, par exemple, que, sur 17 118 naissances à Londres, en 1730, il en était mort 10 368 avant d'avoir atteint leur deuxième année, soit plus des deux tiers. Aujourd'hui, dans la même ville, c'est le cinquième seulement des enfants qui succombe dans la même période d'âge.

En regard de quelques registres de l'ancien état civil de Paris, des annotations signalent des épidémies fréquentes dont elles indiquent seulement les symptômes sans donner leur nom.

nion sur la signification des résultats obtenus. Cet ensemble de travaux, dont le début remonte à quinze ans, et qui se continuent encore, constitue la période actuelle de la question.

(*A suivre.*) François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Étude clinique et anatomo-pathologique de l'empoisonnement par les champignons. Discussion sur le traitement. — Empoisonnement mortel de cinq personnes par des amanites phalloïdes (amanites bulbeuses vertes), par MM. les docteurs Chouet, médecin militaire, et Pélissié, médecin à Luzech (Lot).

Les cas d'empoisonnement par les champignons ne sont malheureusement que trop fréquents dans nos contrées; mais les journaux à nouvelles seuls les relatent en quelques lignes. Médicalement parlant, ce genre d'empoisonnement est très peu connu, surtout en son anatomo-pathologie et son traitement; en dehors de quelques traités spéciaux déjà anciens, nous n'avons trouvé dans les journaux de médecine, d'une date même assez éloignée, que les mémoires et articles suivants. Le *Recueil des mémoires de médecine militaire* (3e série, t. II, 1859) contient la relation, d'après MM. O. Lallemant et Chevrel, d'un empoisonnement par les champignons ayant amené la mort de cinq officiers sur six; quatre des observations sont rapportées. M. le docteur Michel, dans une étude critique de ce même sujet, a consigné l'histoire de quatre malades observés à l'Hôtel-Dieu de Paris (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 42, année 1876). L'on trouve aussi dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1865, p. 90, 183 et 318) une série d'observations de ce genre d'empoisonnement, communiquées par M. le docteur de Soyre à la Société des sciences médicales de Paris. Enfin (*Gazette des hôp.*, 1873, n° 140) M. le docteur Carayon, médecin-major au 76e de ligne, a publié l'observation de cinq soldats empoisonnés par des amanites bulbeuses.

Par ces diverses observations, réunies à celles que nous relaterons plus loin, nous chercherons à démontrer que cet empoisonnement présente deux phases cliniques distinctes, ayant chacune des symptômes caractéristiques, mais d'une durée inégale selon les sujets, la mort pouvant survenir dans l'une ou dans l'autre. La première de ces phases serait celle des *accidents cholériformes*, la seconde celle des *accidents méningo-encéphaliques*. Des différences dans la durée et l'intensité de chacune de ces périodes, peut-être aussi le manque d'observations suffisamment détaillées, avaient pu faire croire que l'empoisonnement par des champignons de même espèce n'avait pas toujours le même ordre de symptômes (Tardieu, *Traité des empoisonnements*).

C'est l'analyse des faits et surtout l'étude des lésions organiques qui nous a permis de formuler ces diverses propositions; c'est encore de cette même étude que nous essayerons de tirer les indications d'un traitement rationnel et pratique. Nous pensons donc faire une œuvre utile en publiant les notes cliniques et anatomo-pathologiques que nous a fournies un empoisonnement par les champignons ayant déterminé la mort des cinq membres d'une même famille, le vieux père, le mari, la femme et deux petites filles. Les faits se sont passés sous nos yeux à Luzech (Lot).

Les champignons cause de l'accident sont des *amanites phalloïdes*, aussi nommées *amanites bulbeuses vertes* (Agaricinées); du reste, un certain nombre d'entre eux ont été adressés à l'Académie de médecine (séance du 4 novembre 1879), par M. le docteur Déméaux (de Puy-l'Evêque), qui rendait en même temps compte de cet empoisonnement; ce médecin avait été appelé en consultation auprès de nos malades. Ces champignons, assez petits, avaient été récoltés par le mari au nombre d'une vingtaine, dans la journée du 23 octobre 1879, puis coupés en minces fragments, cuits dans de la graisse et mangés le même soir entre sept et huit heures. La quantité totale après la cuisson n'était pas énorme, car tout le plat se réduisait à peine en une demi-assiette ordinaire; ils furent trouvés très bons. La mère en mangea plus que les autres, aussi fut-elle la première victime. Les premiers accidents se manifestèrent chez elle et chez le mari vers trois heures du matin, c'est-à-dire environ sept heures après le repas fatal; douze heures après, les autres membres de la famille ressentirent les premières atteintes. Nous fûmes appelé à donner nos soins seulement le 24 octobre, à six heures du soir, presque vingt-quatre heures après l'ingestion du toxique.

Voici les observations : les symptômes se retrouveront à peu près les mêmes chez ces cinq malheureux, sauf pourtant quelques variantes dans leur intensité et leur durée :

Obs. I. *Vomissements et diarrhée cholériforme; soif ardente; coliques vives; lenteur du pouls; algidité et cyanose progressives; perte de la vue. Mort au deuxième jour.* — Joséphine C..., âgée de vingt-six ans, de constitution peu robuste, mange des champignons vénéneux le 23 octobre, à sept heures du soir. Les premiers accidents de l'empoisonnement surviennent dans la même nuit, à trois heures du matin; elle ressent comme un poids à l'épigastre, du malaise général, quelques nausées, une soif assez vive. Au jour, malgré un assez fort degré de courbature, elle vaque à ses occupations habituelles; mais, vers sept heures du matin, elle est prise de vomissements répétés et composés d'un liquide glaireux, puis bilieux; bientôt après des selles diarrhéiques très fréquentes, cholériformes, s'accompagnent de fortes coliques. L'affaiblissement

---

Or ces symptômes, d'une nature étrange, sans analogie avec ceux que fournit l'étude des affections contagieuses contemporaines, semblent indiquer que la population parisienne était visitée, à ces époques sinistres, par des fléaux ou qui ont disparu ou dont les manifestations ont perdu de leur gravité. Et la cause en est certainement due, comme nous le disions, à l'application progressive des règles de l'hygiène publique et privée. C'est ainsi que, depuis le dernier siècle, les villes sont mieux approvisionnées d'eau potable; elles ont entrepris ou terminé un réseau complet d'égouts; les rues s'élargissent; les ruelles infectes disparaissent; les plantations, les jardins publics, s'étendent; les nouvelles habitations sont construites dans des conditions de salubrité inconnues jusque-là; de larges places ou squares font circuler abondamment l'air et la lumière; la prostitution est mieux surveillée; les falsifications de boissons, de denrées alimentaires, plus activement réprimées.

Le progrès a gagné jusqu'aux campagnes. On constate que le séjour des fumiers, des purins, des détritus de toute nature dans le voisinage des maisons ne s'y prolonge pas aussi longtemps qu'autrefois; que ces mêmes maisons sont mieux ventilées; que, dans les constructions nouvelles, la séparation entre l'homme et les animaux est plus complète. Le paysan est mieux nourri; il mange du pain de froment et de la viande; il boit du vin, consommations de luxe qu'il n'aurait peut-être pas crues possibles il y a un demi-siècle.

D'un autre côté, l'assistance publique est pratiquée plus largement, plus abondamment qu'autrefois, et, en outre, sous des formes plus variées, notamment sous la forme excellente du traitement médical gratuit à domicile tant dans les villes que dans les campagnes. Déjà en 1860, 41 départements avaient institué un service d'assistance de cette nature dans les communes rurales. Puis la médecine et la chirurgie procèdent d'après des bases de plus en plus scientifiques. Enfin la vaccine, quoi qu'en disent ses détracteurs, continue à sauver des générations vouées autrefois à une mort certaine.

est rapide, la malade se met au lit. La soif devient très ardente ; pour la satisfaire, une assez grande quantité de boisson (eau et vin) est absorbée dans la journée.

Etat au moment de notre visite, le 24 octobre, à six heures du soir. — Les yeux sont caves et fortement cernés, le nez est effilé, les traits abattus, la face d'une pâleur terreuse. La langue, chargée d'un enduit épais, jaunâtre, est effilée, rouge sur les bords, avec des papilles saillantes. La peau est un peu froide et sèche; le pouls petit, assez rare. Les pupilles dilatées se contractent encore à la lumière; l'abattement est extrême; les membres sont brisés. Les vomissements et la diarrhée persistent, moins fréquents cependant; le ventre, ballonné, est toujours très douloureux. (Huile de ricin, café par cuillerées, frictions, boules d'eau chaude aux extrémités, cataplasmes laudanisés sur le ventre.)

Le 25 octobre, même état général grave. Les vomissements, un moment arrêtés, reprennent ensuite. La sensibilité s'affaiblit graduellement, ce qui n'empêche pas la malade d'accuser des douleurs très vives en ceinture autour de la base de la poitrine et dans les lombes. (Potion à l'acétate d'ammoniaque, thé au rhum, lavement laudanisé, frictions, boules d'eau chaude.)

Le soir, l'algidité et la cyanose occupent déjà les extrémités; le pouls devient filiforme, insensible. La malade redoute le moindre mouvement par crainte de syncope (*lipothymies*); la dyspnée est extrême, la respiration très lente. L'intelligence reste intacte jusqu'au dernier moment; la vue se perd vers quatre heures; la mort arrive à six heures, presque subitement.

La ressemblance entre les principaux traits de cet empoisonnement et ceux d'une attaque cholérique est assez frappante; il nous suffira, en effet, de signaler les vomissements et les selles cholériformes, les troubles de la circulation et de la calorification, la cyanose et l'algidité progressives, les lypothymies, enfin la mort par syncope.

Obs. II. *Vomissements et diarrhée cholériformes; soif ardente; fréquence du pouls; somnolence; fièvre et symptômes méningitiques. Mort le troisième jour.* — Aug. C..., petite fille de cinq ans et demi, d'assez bonne constitution, est prise le 24 octobre, vers sept heures du matin, de vomissements répétés, liquides, ne contenant pas de parcelles de champignons; en même temps surviennent des selles diarrhéiques, abondantes, avec des douleurs à l'épigastre et quelques coliques. La petite malade, vite abattue, se met au lit, où elle reste somnolente toute la journée. La soif reste ardente malgré une grande quantité de liquide absorbé.

Etat au moment de notre visite, le 24 octobre, à six heures du soir. — L'état général paraît tout d'abord grave : le facies est cholériforme, comme chez la mère. Le pouls, petit, est très fréquent, la peau sèche et froide; les mouvements respiratoires sont fréquents sans qu'il paraisse pour cela exister de la dyspnée. Les pupilles sont dilatées. La langue, chargée d'un enduit jaunâtre épais, est effilée, rouge sur les bords, un peu fuligineuse. Les vomissements n'ont pas reparu ; les selles diarrhéiques sont rares ; le ventre est ballonné, très douloureux à la pression. (Huile de ricin, café chaud par cuillerées, recommandation de ne rien donner en dehors de nos prescriptions.)

Le 25 octobre, la nuit a été mauvaise. La peau est chaude et sèche, le pouls plus fréquent que la veille. L'huile de ricin a été vomie; le café est toléré. La diarrhée persiste, les selles sont sanguinolentes; deux ascarides lombricoïdes ont été rendus; le ventre est maintenant excavé. La somnolence est continuelle; il s'y est joint de la céphalalgie. (Huile d'olive, eau albumineuse, lavement amidonné avec 4 gouttes de laudanum.)

Le soir, la fièvre est encore plus vive. Nous constatons des soubresauts de tendons, parfois des convulsions des yeux, du grincement des dents, des convulsions intermittentes généralisées, des cris plaintifs, du délire; la petite malade se lève parfois sur son lit : elle est dans une agitation presque continuelle.

A cette excitation succèdent de la raideur des membres, des *contractures* qui ne tardent pas à occuper tout le corps; les talons et la nuque reposent seuls sur le lit, la tête étant renversée en arrière (*opisthotonos*). Cet état fait place graduellement à une résolution générale qui s'accompagne de sueurs profuses. Sur la peau du tronc, presque insensible (*anesthésie*), se montrent des taches ecchymotiques d'un rouge brunâtre. La fièvre est tombée; les pupilles, maintenant dilatées, sont insensibles à la lumière. Les extrémités se cyanosent. La mort arrive le 26 octobre, à six heures du matin.

Nous retrouvons dans cette observation les *accidents cholériformes*, mais ils ne sont que légers et de peu de durée, et font rapidement place, chez ce jeune sujet, de constitution peu résistante, aux *phénomènes nerveux* que nous venons d'énumérer, lesquels constituent manifestement les symptômes d'une *méningite aiguë*, avec ses deux périodes distinctes d'excitation et de paralysie consécutive.

Obs. III. *Vomissements et diarrhée cholériformes; soif ardente; fréquence du pouls et de la respiration; abaissement de la température; somnolence; fièvre; agitation; marmottements plaintifs; délire; sueurs profuses. Mort au quatrième jour.* — P. C..., âgé de soixante-cinq ans, de constitution encore assez robuste, fut pris dans la matinée du 24 octobre de vomissements séreux, sans fragments de champignons, bien vite apaisés, et aussi de selles séreuses très fréquentes, au nombre de quarante à cinquante dans la journée. Les coliques étaient peu vives, mais le malade chercha vainement à satisfaire sa soif ardente; malgré un peu d'abattement, il ne se mit pas au lit.

A notre première visite (soir du 24 octobre), nous lui trouvâmes le facies et la langue présentant les caractères spéciaux observés chez les autres; cependant la diarrhée s'était arrêtée, et le malade disait ne plus éprouver le moindre mal.

Nous le considérions donc comme hors de danger, d'autant plus qu'il n'avait que très peu mangé de champignons; cependant nous lui recommandâmes de ne pas prendre de nourriture et d'essayer de calmer sa soif, toujours ardente, par quelques cuillerées de café froid.

La nuit du 24 au 25 fut bonne, le malade dormit même. Le matin nous lui permîmes quelques cuillerées de tapioca.

Le 25 octobre, dans la journée, la diarrhée revient, s'accompagnant de quelques coliques; les selles sont peu abondantes, muqueuses, noirâtres. P. C... garde maintenant le lit et devient de plus en plus somnolent; le pouls est petit et fréquent, la peau

---

Sans doute, quelques ombres déparent encore ce tableau ; mais elles peuvent disparaître ou s'atténuer avec une bonne police hygiénique, un certain progrès des mœurs publiques. Ce sont : le développement rapide des agglomérations urbaines, soumises à des conditions spéciales de mortalité; l'extension croissante du régime manufacturier, c'est-à-dire du travail en commun dans des locaux insuffisamment ventilés; le renchérissement de la vie, provoqué surtout par l'accroissement incessant des taxe générales et locales, par la multiplicité des intermédiaires entre le producteur et le consommateur, par l'élévation progressive des frais généraux pour ces intermédiaires, etc., etc.

Il faut encore citer, comme un obstacle à la diminution de la mortalité générale, le chiffre énorme et grandissant chaque jour des armées permanentes, entassées, au sein des villes, dans des casernes insalubres, et qui, par d'autres raisons, telles que la nostalgie, l'infection vénérienne, les fatigues excessives, une alimentation insuffisante, ont une mortalité supérieure à celle de la population civile aux mêmes âges. On aurait pu croire que, grâce aux progrès de la civilisation, du développement des idées de confraternité générale, la guerre serait devenue de plus en plus rare. Hélas ! non seulement toutes les prévisions à ce sujet ont été déçues ; mais encore le perfectionnement des engins de destruction a élevé, dans des proportions énormes, le nombre des hécatombes humaines à l'ambition, à la rapacité des chefs d'Etat. Nous ne devons pas omettre l'aggravation marquée de l'alcoolisme dans les classes ouvrières; l'abus des jouissances matérielles dans les classes élevées; l'inobservation, dans le mariage, de plus en plus subordonné à des convenances de fortune, de l'état de santé des futurs époux, et la transmission corrélative, de plus en plus fréquente, des maladies héréditaires; enfin la propagation incessante de la prostitution occulte.

Voilà, certainement, des éléments de mortalité rapide avec lesquels il faut compter, mais qui, nous le répétons, devront s'atténuer progressivement et ne sauraient, dans tous les cas,

froide. Vers le soir il éprouve un malaise général dont il se plaint; dans la nuit il se lève assez souvent de son lit et n'a plus exactement conscience de ce qui se passe autour de lui.

Le 26, l'état général s'aggrave. La fièvre s'allume; alors arrivent des soubresauts de tendons, quelques convulsions, du délire tranquille, une agitation constante, des marmottements plaintifs, du délire dans les actes. Vers le soir la fièvre tombe un peu; le pouls devient filiforme, toujours fréquent; les pupilles dilatées sont insensibles; les selles involontaires contiennent du sang : la résolution est générale. L'algidité occupe déjà les extrémités; la peau se couvre de sueurs profuses. La mort arrive ainsi d'une manière insensible, le 27 octobre, à deux heures du matin.

Dans ce cas, les *symptômes cholériformes*, assez prononcés au début, sont de courte durée; les phénomènes *méningitiques* surviennent graduellement vers le troisième jour, et entraînent la mort après avoir présenté les deux périodes que nous avons signalées dans l'observation précédente; remarquons seulement qu'ils furent moins bruyants et moins caractéristiques chez ce vieillard de soixante-cinq ans.

OBS. IV. *Vomissements et diarrhée cholériformes; soif ardente; fréquence du pouls et de la respiration; fièvre; agitation excessive; convulsions; délire; cris hydrocéphaliques; paralysie de plusieurs membres; sueurs profuses; algidité progressive. Mort au quatrième jour. Autopsie.* — A. C..., âgée de huit ans, de moyenne constitution, se plaint de quelque malaise, avec de la pesanteur à l'estomac, dans la matinée du 24. C'est vers onze heures seulement que survinrent quatre ou cinq vomissements liquides, avec des selles séreuses plus fréquentes. Il n'y a qu'un léger degré d'abattement dans la journée, mais la soif est ardente.

A notre visite du soir, cette enfant ne nous semble que légèrement atteinte; bien que le facies et la langue nous présentent les mêmes caractères que chez les autres, l'abattement est cependant moindre. La peau est sèche, froide ; le pouls petit et fréquent; la diarrhée s'est calmée, le ventre est un peu ballonné et douloureux; la soif est toujours vive. (Huile de ricin, café par cuillerées.)

Quelques selles séreuses se produisent pendant la nuit, qui est assez tranquille.

Le 25 octobre, la malade est levée le matin et paraît hors de danger; mais dans l'après-midi, et surtout vers le soir, la scène change. La température remonte, la peau est très chaude; il y a des soubresauts de tendons et un assez fort degré de somnolence. La langue, de plus en plus effilée, devient sèche et fuligineuse; avec des coliques assez vives se produisent des selles muqueuses, épaisses, noirâtres, parfois sanguinolentes, et aussi quelques vomissements. (Eau albumineuse, lavement amidonné avec 6 gouttes de laudanum.)

Le 26, la fièvre, un peu tombée le matin, se rallume vive dans la journée et le soir. L'agitation est excessive, presque constante ; la malade se plaint de crampes douloureuses dans les mollets. En dehors des crises la somnolence est continue; mais il y a des convulsions des yeux et des membres, du grincement des dents; la pauvre petite se lève parfois sur son séant, le torse raide, les yeux fixes, avec les pupilles un peu contractées, et pousse par intervalle des cris aigus, *hydrocéphaliques;* à plusieurs reprises la langue est fortement propulsée hors de la bouche.

Dans la nuit du 26 au 27, vers une heure du matin, la fièvre s'est un peu apaisée, mais tout le corps est couvert de sueurs abondantes; la résolution est complète : les pupilles dilatées sont insensibles. La paralysie de la sensibilité et du mouvement a envahi tous les membres, sauf le bras droit, qui de temps à autre est encore agité par des convulsions passagères. La mort survient à deux heures et demie du matin, après une courte période d'algidité progressive et de coma.

Chez ce jeune sujet, les accidents cholériformes, légers et vite disparus, peuvent faire croire à la guérison, lorsque surviennent assez brusquement et la gastro-entérite consécutive et les troubles nerveux bruyants si caractéristiques de la méningite, dont nous retrouverons les lésions à l'autopsie.

OBS. V. — *Vomissements et diarrhée cholériformes; soif ardente; petitesse et fréquence du pouls; hébétude; urticaire localisée; ictère; fièvre; agitation; convulsions des yeux et des muscles de la face; délire; marmottements plaintifs; paralysie partielle; sueurs profuses. Mort le sixième jour. Autopsie.* — B. C..., âgé de trente-trois ans, de constitution moyenne, ressent vers trois heures du matin les premières atteintes du mal : un certain malaise général, de la pesanteur à l'épigastre, quelques nausées. Vers cinq heures surviennent quelques vomissements qui contiennent la plus grande partie des champignons ingérés; une diarrhée abondante provoque de quarante à cinquante selles séreuses, noirâtres, dans la journée. Il se rend cependant à son travail, mais l'abattement, les coliques, une soif ardente, ne tardent pas à le ramener chez lui.

Quand nous le voyons, à notre première visite du 24 octobre, il est levé et, comme son père, nous dit qu'il va mieux, qu'il est guéri. Cependant le facies est abattu, cholérique; la peau froide, le pouls petit et fréquent, la soif toujours vive, la langue chargée; il n'y a plus de vomissements, mais la diarrhée persiste encore. (Café par cuillerées, diète.)

La nuit du 24 au 25 est relativement bonne; la diarrhée diminue.

Le 25, le malade, ressentant une grande fatigue dans les membres, garde le lit; il ne présente pas d'autres symptômes qu'un certain degré d'hébétude et de lenteur dans la formation des idées et dans la parole, phénomène que l'on peut, du reste, rapporter à la situation triste dans laquelle il se trouve. Dans le courant de la journée apparaît sur la face antérieure des avant-bras une *éruption ortiée* assez abondante, qui provoque de fortes démangeaisons et dure jusqu'au soir environ cinq heures.

Ce même état persiste sans grande aggravation pendant les journées du 26 et du 27; cependant se développe alors une *teinte ictérique*, surtout prononcée sur les conjonctives, sans douleur du côté du foie; les urines sont rares, couleur acajou, et présentent un dépôt pulvérulent assez abondant. La langue est rouge sur les bords, de plus en plus fuligineuse; le fond de la gorge et le voile du palais sont envahis par une injection généralisée et des granulations miliaires. (Quelques cuillerées de tapioca, du thé au rhum, eau albumineuse, lavements amidonnés avec 10 gouttes de laudanum.)

Le 27 au soir, la fièvre s'allume, l'agitation est presque constante. Il n'y a pas de céphalalgie, mais la pression sur les apophyses épineuses cervicales et sur la région occipitale est assez

---

neutraliser l'effet des grandes mesures d'hygiène dont nous avons parlé. Aussi les statisticiens de l'avenir auront-ils à constater une vie moyenne de plus en plus longue et probablement aussi un plus grand nombre de grands vieillards, comme l'ont déjà fait, par rapport aux siècles passés, les statisticiens contemporains.

II

Nous avons dit que, en dehors de Flourens, des physiologistes et naturalistes éminents se sont partagés sur la question de savoir si l'homme peut atteindre et surtout dépasser cent ans. En Angleterre, Cornewal Lewis le nie absolument. En Allemagne, Hufeland et Haller sont d'un avis contraire. Le premier estime que, dans des circonstances favorables, l'homme peut vivre au moins cent ans. Le second, dépassant, suivant nous, toute mesure, croit qu'il peut aller à deux cents ans. Dans le même pays, le docteur von Oven, auquel ses compatriotes attribuent une certaine compétence dans les questions de cette nature, assure avoir constaté personnellement 17 cas de plus de cent ans, dont un de cent cinquante.

En France, Buffon a risqué cette hypothèse que la terre n'aurait pas eu, aux temps bibliques, la même densité que de nos jours; que, par suite, la loi de la pesanteur n'agissant pas avec la même intensité, le développement de l'homme aurait été moins rapide, et, conséquemment, sa maturité plus lente et la durée de sa vie plus longue.

Dans son *Manuel de l'assurance sur la vie* (*Handbuch der Lebens versicherung*), le professeur W. Karupp admet comme démontrés des décès de l'âge de cent vingt à deux cent sept ans!... Il en cite 80, dont 27 survenus dans le Royaume-Uni (18 en Angleterre, 6 en Irlande, 3 en Ecosse), 2 dans les pays scandinaves, 14 en Russie, 2 en Pologne, 5 en Hongrie, 1 en Westphalie, 1 dans la haute Silésie, 1 dans la province de Prusse, 1 en Moravie, 15 en France,

douloureuse; les pupilles sont contractées. L'on observe parfois des convulsions des yeux et des muscles de la face; le malade est assez souvent tourmenté par des crises de *hoquet* très pénibles; quelques vomissements se produisent, qui renferment des filaments brunâtres et du sang.

Le 28, la situation devient plus grave. La diarrhée est revenue, le ventre est excavé et douloureux; les selles sont épaisses, presque toutes sanguinolentes; l'une d'elles, avec des matières solides, noirâtres, moulées, renferme un ascaride lombricoïde. L'agitation est presque continue; au subdelirium, aux marmottements plaintifs, s'ajoute du délire d'action; le malade cherche à sortir de son lit, rejette sans cesse ses couvertures.

Vers trois heures, les pupilles dilatées ne perçoivent plus la lumière. B. C... a cependant conscience de son état grave; la sensibilité s'affaiblit graduellement; la fièvre est toujours très forte, la peau moite. A neuf heures l'agitation a disparu, le pouls est très petit et très fréquent (140 pulsations); la peau se couvre de sueurs profuses et de taches rougeâtres ecchymotiques. La jambe gauche et le bras droit sont complètement paralysés, les autres membres étant par intermittences secoués par des convulsions. Vers onze heures la langue se retire fortement au fond de la gorge. La résolution est générale; la période comateuse s'accentue; la chaleur fébrile persiste jusqu'à la fin; les cris plaintifs deviennent de plus en plus rares. La mort arrive le 29 octobre, vers cinq heures du matin.

Cette observation présente le même ordre de phénomènes morbides que les précédentes; les accidents cholériformes sont légers, sauf la diarrhée qui, dans la première journée est abondante; puis vient une période d'apparence calme pendant laquelle s'accentuent insensiblement les troubles nerveux du début, auxquels succèdent enfin les symptômes d'une *méningite aiguë* qui devait être mortelle. Comme symptômes curieux et non encore observés, nous signalerons l'*urticaire localisée* de la fin de la première période et l'*ictère* au début de la deuxième.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Simplification des appareils audiphones américains destinés aux sourds-muets. Note de M. *D. Colladon*. — Sont faits en carton.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'anesthésie produite par les lésions des circonvolutions cérébrales. Note de M. *R. Tripier*. — Les expériences de l'auteur lui permettent de conclure : 1° que les troubles persistants du mouvement doivent être attribués à une parésie persistante; 2° que les troubles de la sensibilité, aussi incontestables que ceux de la motilité, ne jouent aucun rôle dans les désordres du mouvement; 3° que les troubles fonctionnels occasionnés par la diminution de la sensibilité sont identiques chez les animaux et chez l'homme; qu'ils consistent seulement dans la perte de la sensation de contact et de la notion de position des parties affectées, à un degré plus ou moins marqué, et qu'enfin ils ne produisent jamais d'ataxie des mouvements.

La connaissance des faits mis en lumière par M. Tripier permettra d'éviter les erreurs de diagnostic qui, suivant les données actuelles, consisteraient à localiser au niveau de la partie postérieure de la capsule interne *toutes* les lésions donnant lieu à un certain degré d'anesthésie. On distinguera les différents cas par les caractères de l'anesthésie et par les symptômes concomitants.

Sur les confluents linéaires et lacunaires du tissu conjonctif de la cornée. Note de M. *J. Renaut*. — L'auteur établit que certaines lames zonales de la cornée sont mises en communication avec les lames adjacentes par un système de *fentes linéaires* dont *les confluents sont également linéaires*. Mais, ordinairement, entre deux lames fenêtrées de cette façon sur un point limité est comprise une portion de lame zonale parcourue à la fois par des fentes linéaires et montrant en outre, à intervalles réguliers, une disposition particulière. Les fentes, au lieu de se croiser sur ces points à la façon d'un système de lignes droites, présentent à leur lieu de concours une large perte de substance qui intéresse toute l'épaisseur de la lamelle (*confluents lacunaires*). A leur niveau la substance propre de la lamelle a cessé d'exister. Les confluents lacunaires ont un bord festonné; chaque feston saillant en dehors se poursuit sous forme de fente linéaire, qui va soit rejoindre un feston d'un confluent voisin, soit former avec d'autres fentes une série de confluents linéaires. On remarque en outre qu'*au-dessus et au-dessous de chaque confluent* les portions de lames cornéennes qui en forment la voûte et le plancher sont simplement parcourues par des fentes et des confluents linéaires. Chaque confluent lacunaire est exactement rempli par le corps protoplasmique d'une cellule fixe de la cornée. Ce protoplasma forme une lame aplatie dont l'épaisseur est limitée par celle de la lame à confluents lacunaires à laquelle il appartient. Le protoplasma se poursuit, sous forme d'expansions, dans les fentes linéaires qui partent latéralement du confluent lacunaire et dans celles qui forment sa voûte et son plancher. Ces expansions vont rejoindre leurs similaires émanées des cellules fixes d'une même lame ou de celles contenues au sein des lames qui sont au-dessus ou au-dessous. En vertu de cette disposition, le réseau des cellules fixes est rendu continu, et ces éléments

---

2 en Italie, 2 en Espagne, 6 dans l'Amérique du Nord, 1 dans l'Amérique du Sud.

De ces *supracentenaires*, 1 aurait vécu au seizième siècle, 5 au dix-septième, 34 au dix-huitième, 14 de nos jours. La date des autres n'est pas indiquée.

Le docteur Eugène Thompson (*Curiosities of longevity*), sans partager l'excessive crédulité du docteur Karupp, admet cependant comme possibles des longévités supérieures à cent ans. Il a même réuni un assez grand nombre de faits dans ce sens, dont nous reproduirons les plus intéressants.

Les anciens dictionnaires de médecine contiennent tous des citations de longévités exceptionnelles, mais en y joignant rarement les détails biographiques propres à les justifier.

Entrons maintenant dans l'étude des faits, que nous distinguerons en faits recueillis par des observateurs isolés, et faits recueillis par les gouvernements, à l'occasion des relevés des actes de l'état civil et des recensements de la population.

Rappelons, mais pour mémoire seulement, les âges phénoménaux attribués par la Bible aux patriarches de la postérité d'Adam; celui-ci aurait vécu 930 ans. Mathusalem, plus heureux, en aurait vécu 969, et serait le doyen de ces vieillards légendaires. Après lui viennent, par ordre décroissant de longévité, Seth (912 ans), Kenan (910), Enos (905), Mahalateil (895), Lemee (777), et Henoc, décédé à la fleur de l'âge, c'est-à-dire à 365 ans! Quant à Noé, on peut estimer la durée de sa vie par ce fait qu'il aurait engendré Sem, Cham et Japhet à l'âge de 500 ans!

Toute la question, au sujet de ces vieillards prodigieux, serait de savoir comment l'auteur de la Genèse calculait ses années. Or il a été démontré que les siècles d'existence attribués aux patriarches se réduisaient à un nombre d'années très respectable sans doute, mais enfin peu différent de celui qu'ont atteint et que continuent à obtenir, de nos jours, certains privilégiés des deux sexes, et surtout du sexe féminin.

Nous avons peu de renseignements sur la longévité de l'an-

sont maintenus étalés, par leurs prolongements pincés dans les fentes, parallèlement à la surface de la cornée.

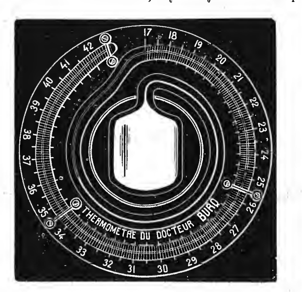
REMARQUES SUR L'EMPLOI DE LA PILE DE SMITHSON POUR LA RECHERCHE DU MERCURE, PARTICULIÈREMENT DANS LES EAUX MINÉRALES. Note de M. *J. Lefort.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit plusieurs lettres de candidature : de M. Édouard Fournié, pour la section d'anatomie et de physiologie; — de MM. Ernest Besnier, Pénard et Colin (du Val-de-Grâce), pour la section d'hygiène et de médecine légale; — de M. Ed. Hœckel, professeur de l'École de médecine de Marseille, et de M. Ehrmann, de Mulhouse (qui a opté pour la nationalité française), comme membres correspondants.

THERMOMÉTRIE ET NÉVROPATHIE; NOUVEAU THERMOMÈTRE HÉLICOÏDE, par le docteur *V. Burq.* — Il résulte des observations et recherches de l'auteur, que, dans les névroses de la sensibilité et de la motilité, il y a toujours athermie pé-



riphérique plus ou moins grande, tandis que l'anesthésie ou son diminutif, l'analgésie et l'amyosthénie, qui sont aussi de règle, peuvent encore faire défaut;

Que cette athermie est constamment le phénomène initial objectif et le premier aussi à disparaître par tout traitement approprié;

Que la thermométrie est, comme l'æsthésiométrie et la dynamométrie, non seulement un moyen des plus précieux pour le diagnostic, mais aussi qu'il n'en existe point de meilleur ni de plus sûr en métallothérapie pour reconnaître les diverses sensibilités ou idiosyncrasies métalliques et en démontrer l'existence aux yeux des plus difficiles.

M. Burq présente à cette occasion un thermomètre. L'instrument est formé d'un long tube en spirale, faisant suite à une large cuvette plate située sur le même plan, fixé sur une plaque de métal blanc de 7 centimètres de diamètre, où se lisent facilement les dixièmes de degré. Les dimensions et la forme de ce thermomètre le rendent aussi portatif que commode pour pouvoir s'appliquer directement, par sa cuvette même, sur toute surface.

NÉCROLOGIE. — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Baudrimont, de Bordeaux, membre correspondant.

PHYSIOLOGIE DU MUSCLE UTÉRIN. — M. *Polaillon*, candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, donne lecture d'un mémoire très complet et très étudié sur la *Physiologie du muscle utérin.*

L'auteur a étudié l'action de ce muscle, et il est arrivé à conclure qu'il produit un *mouvement* dont on peut déterminer la forme et la nature, un *travail* dont on peut évaluer la puissance. M. Polaillon a pu également démontrer, en s'appuyant sur les expériences de M. Peter, que l'utérus subit une augmentation de température. Le muscle utérin subit donc toutes les lois qui régissent la physiologie des muscles; à ce titre, il doit produire de l'électricité. Dans un travail ultérieur, M. Polaillon se propose d'étudier ce dernier phénomène.

ELECTIONS. — L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie).

M. *Loir* est élu par 51 voix sur 55 votants.

DÉTERMINATION DE LA TEMPÉRATURE DU CORPS, par M. *Colin.* — Il ressort de cet exposé que, pour obtenir la température vraie de la surface cutanée, dans une condition quelconque, il faut laisser la peau dans l'état où elle est : couverte si elle l'est et comme elle l'est, nue si elle est nue, au moment où l'observation doit être faite. Par conséquent, on s'abuse en se servant des procédés nouveaux, qui consistent à couvrir les thermomètres de couches d'ouate, de coussins, de ceintures propres à mettre obstacle au rayonnement. Ces moyens ont pour résultat d'élever insensiblement la chaleur des régions explorées, et de la porter presque au degré des parties intérieures. Ils donnent, non la température actuelle et réelle de la peau, mais celle que la peau peut acquérir par échauffement.

---

cienne Grèce et de l'empire romain. Une table mortuaire reproduite par le jurisconsulte Ulpien, dans son chapitre du rachat des rentes perpétuelles, permet de croire que, de son temps, les décès se classaient par âge, à peu près dans les mêmes conditions que de nos jours, c'est-à-dire que les survivants aux âges avancés étaient relativement rares. Cependant Pline l'aîné mentionne une évaluation faite 76 ans après Jésus-Christ, d'après laquelle, dans la partie de l'Italie située entre les Apennins et le Pô, on aurait recensé un certain nombre de personnes qui, d'après la constatation de leur âge dans des dénombrements précédents, devaient avoir : cinquante-quatre, 100 ans révolus; cinquante-sept, 110 ans; deux, 120 ans; trois, 130; trois, 140; et trois, 150 ans!...

A une époque où les années se comptaient à peu près comme de nos jours, sous la république romaine, on raconte que la femme (divorcée) de Cicéron, Terentia, mourut à 116 ans, après s'être remariée trois fois. C'est ainsi que, après la mort du grand orateur, elle avait épousé l'historien Salluste; en troisièmes noces, Corvinus; et enfin, au décès de ce dernier, Vibius Rufus.

Un recensement opéré, sous Vespasien, dans la huitième division administrative de l'empire, comprenant la Gaule cispadane, aurait révélé l'existence de 124 centenaires.

Pour les temps modernes, les faits sont beaucoup plus nombreux. Nous les exposerons par pays, en suivant l'ordre alphabétique de leurs noms.

Allemagne. — Nous manquons de renseignements sur les centenaires des derniers siècles. De nos jours, nous citerons le poète Ernst-Maurice Arndt, décédé au moment d'atteindre sa centième année. En 1877, est mort à Berlin le feld-maréchal de Wrangel, qu'un accident a empêché de célébrer sa centième année, qu'il devait atteindre en 1884. La même année, on a enterré, à Munich, le lieutenant général de Kunst, mort à l'âge bien constaté de 99 ans. C'était le plus vieux soldat de l'Allemagne. Né le 9 août 1778, en Autriche, il avait fait comme volontaire les campagnes de 1792 et 1793.

Ce qu'il y a de mieux à faire pour donner aux observations la rigueur désirable, c'est de se servir de thermomètres prenant très vite la température de la peau, et de couvrir leur réservoir d'un petit cornet de drap ou d'un simple disque de même nature, qui annule l'action de l'air sans échauffer sensiblement les points observés.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Deux cas de varioloïde chez des enfants de quatre mois vaccinés dans la semaine de la naissance: M. Gérin-Roze. — Kyste hydatique de la rate; présentation de pièces: M. Gérin-Roze. — Présentation d'instrument: M. Debove. — Rapport sur les maladies régnantes (en particulier sur la pleurésie et la variole) pendant le dernier trimestre de l'année 1879: M. Besnier.

M. *Gérin-Roze* fait une communication relative à deux cas de varioloïde survenue chez des enfants de quatre mois, en dépit de la vaccination qui, pratiquée dans la semaine de la naissance, avait donné lieu à des pustules parfaitement normales. Le premier de ces enfants se trouvait avec sa mère dans le service de M. Legroux, où celle-ci était en traitement. C'est là qu'il fut atteint et soigné de sa varioloïde, dont le diagnostic a été fait par M. Legroux.

La mère, ayant quitté le service de M. Legroux pour passer dans celui de M. Gérin-Roze, y ramena son enfant qui présentait encore des macules bien nettes de varioloïde.

Le second enfant a été pris de la varioloïde dans le service de Gérin-Roze, qui a pu suivre dès le début l'évolution de la maladie.

Cet enfant est né à l'hôpital des cliniques; il a été vacciné de bras à bras et sa vaccine a évolué si régulièrement qu'il a pu servir de vaccinifère à l'Académie de médecine. La maladie a débuté chez lui par un rash généralisé qui a duré deux jours; puis les pustules se sont développées avec tous les caractères des pustules de varioloïde. Aujourd'hui il est guéri, et M. Gérin-Roze le présente à la Société uniquement pour faire constater les cicatrices de vaccine qu'il porte aux deux bras.

De ces deux observations il résulte, dit M. Gérin-Roze, que la varioloïde peut s'observer très peu de temps après la vaccine; celle-ci, chez les deux enfants dont il s'agit, n'a fait que modifier la variole, qui, sans elle, eût été mortelle. Du reste M. Gérin-Roze admet d'une façon générale — et les deux cas dont il communique l'observation ne font que le confirmer dans cette opinion — que la vaccine a pour effet de modifier la variole plutôt que d'en prévenir le développement.

M. *Besnier* fait remarquer le grand intérêt que présente la communication de M. Gérin-Roze; les deux faits rapportés par lui ne tendraient à rien moins, en effet, qu'à infirmer l'opinion générale d'après laquelle, après une vaccine légitime, on doit être considéré comme à l'abri au moins pour un certain temps de la variole même modifiée. Il considère ces faits comme anormaux, comme absolument exceptionnels, et n'admet pas qu'on puisse en tirer aucune conclusion contre l'immunité due à la vaccine.

— M. *Gérin-Roze* présente une pièce de kyste hydatique de la rate provenant d'une femme de quarante-neuf ans morte dans son service. Cette femme s'est présentée dans un état de cachexie très prononcée, ayant tous les caractères de la cachexie cancéreuse. Elle raconte qu'à la suite d'une chute elle a commencé à souffrir au niveau de l'hypochondre gauche, et a vu s'y développer une tumeur assez volumineuse et sensible à la pression; les douleurs ont augmenté graduellement et, depuis une quinzaine de jours, elle a été prise de vomissements couleur de suie et a rendu des selles noires. La première idée qui devait se présenter à l'esprit, en présence de cet ensemble de symptômes, était celle d'un cancer de l'estomac, mais, en examinant de plus près la malade, on remarque que la tumeur n'a pas la consistance du cancer, qu'elle est arrondie et lisse, et que, de plus, elle est très éloignée du siège ordinaire du cancer de l'estomac. On est amené par ces considérations, en dépit des symptômes de gastrorrhagie, à songer à une tumeur de la rate. Une ponction exploratrice permit de préciser la nature de cette tumeur, en donnant issue à 400 grammes environ de liquide *eau de roche*. A la suite de cette ponction, les accidents hémorrhagiques du côté de l'estomac cessèrent complètement et il survint une amélioration assez marquée dans l'état général; mais cette amélioration fut de courte durée, les douleurs reparurent, la tumeur se reforma en présentant des signes d'inflammation; une nouvelle ponction donna issue à du pus. M. Gérin-Roze ne vit d'autre ressource que dans l'ouverture de la poche, qu'il pratiqua avec le thermo-cautère après avoir déterminé des adhérences à l'aide de la potasse caustique. Après avoir été momentanément soulagée par cette opération, la malade succomba.

A l'autopsie, on trouve une vaste poche formée, dans le quart de son étendue, par le tissu propre de la rate doublé de plaques d'apparence cartilagineuse; la poche adventice offre par places une épaisseur de 1 centimètre 1/2 et présente également dans ces points épaissis un aspect cartilagineux; mais ces plaques n'ont que l'apparence du cartilage; elles n'en contiennent pas de cellules et sont constituées simplement par du tissu conjonctif très serré.

— M. *Debove* présente un appareil fabriqué par MM. Mathieu

Toujours la même année, vivait encore, à Hambourg, un homme de 118 ans, qui avait servi dans l'artillerie sous le grand Frédéric.

Les journaux allemands des premiers jours de juillet 1879 racontent le décès, vers la fin de juin, dans le village de Kirchbracht, près de Geldhausen (Hesse électorale), à l'âge de 148 ans (?), du paysan Florian Weissmuth, dont la vie entière n'avait été qu'une longue lutte contre des fatigues et des privations de toute nature. Il avait servi sous l'archiduc Ferdinand et assisté notamment à la bataille de Whilemsstadt. De ce centenaire vivaient encore, au moment de son décès, deux fils, vieillards fort âgés, six petits-fils et quarante-trois arrière-petits-fils adultes. D'après les mêmes journaux, le village de Kolmar, près de Gluckstadt (Holstein), serait la localité la plus salubre de l'Allemagne entière.

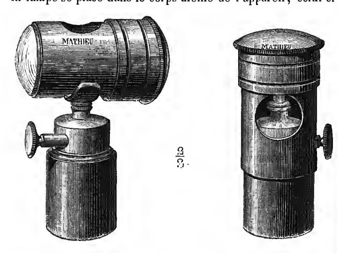
On y a célébré, le 10 septembre 1878, des noces, non pas d'argent, non pas d'or, mais de diamant, c'est-à-dire le soixante-quinzième anniversaire du mariage de deux époux. On ajoute que deux autres anniversaires de même nature seront célébrés très prochainement, et qu'on en a compté dix dans les quatorze dernières années. Le fait paraît extraordinaire; mais il est certain que la longévité des 1400 habitants de Kolmar est proverbiale en Allemagne.

Voici maintenant les documents officiels :

Dans le relevé des décès de l'année 1873, en Prusse, nous en trouvons 35 de plus de 100 ans, savoir : 18 d'hommes et 13 de femmes seulement. Cette anomalie — au moins par rapport à tous les autres documents connus — dans le rapport sexuel des grands vieillards paraît être purement accidentelle; car, parmi les décédés en 1874 qui étaient nés de 1770 à 1779, c'est-à-dire qui avaient de 94 à 103 ans, on trouve 265 hommes seulement et 394 femmes. En 1876, la statistique mortuaire signale le décès de 125 centenaires et supracentenaires; soit, sur un total de 659 537 décès, 1 centenaire pour 5276 décès.

En Bavière, dans la période sexennale 1871-76, on a constaté 37 centenaires pour 939 606 décès, soit 1 sur 25 394.

et désigné sous le nom d'*éclaireur médical*. C'est une petite lampe à essence minérale, qui donne une vive lumière et peut servir dans bien des cas, en particulier pour éclairer convenablement la gorge. Quand on ne s'en sert pas, le réflecteur qui y est adapté vient couvrir et protéger la lentille; la lampe se place dans le corps même de l'appareil; celui-ci



a ainsi l'avantage d'être peu volumineux et très-portatif. (Voy. la figure).

— M. *Besnier* donne lecture de son rapport sur les maladies régnantes pendant le dernier trimestre de l'année 1879. Il signale la mortalité considérable observée pendant ce trimestre, mortalité supérieure à la moyenne, pour le même trimestre, des sept années précédentes, et l'explique par le froid exceptionnellement rigoureux et prolongé du commencement de l'hiver. Rappelant, en particulier, le nombre considérable de pleurésies observées dans les hôpitaux, M. Besnier fait cette remarque générale que, depuis un certain nombre d'années, la pleurésie a singulièrement augmenté de fréquence, et que la mortalité à laquelle elle donne lieu est devenue beaucoup plus considérable qu'autrefois.

MM. *Moutard-Martin et Hervieux* confirment la remarque de M. Besnier comme complètement d'accord avec leurs observations et leurs souvenirs personnels. Les statistiques manquent malheureusement, dit M. Hervieux, pour établir par des chiffres le fait signalé par MM. Besnier et Moutard-Martin; mais, à défaut de statistiques, on a les leçons des maîtres, celles de Chomel en particulier, qui peuvent faire foi en pareil cas. Or, du temps de Chomel, la bénignité de la pleurésie était si généralement admise que celui-ci, dans ses leçons, croyait devoir en signaler les cas graves comme des exceptions dont il fallait savoir se défier, et racontait comme chose curieuse que, pour sa part, il avait observé deux cas de mort subite dans la pleurésie. Ce chiffre est on ne peut plus démonstratif. Qu'est-ce, en effet, que deux cas de mort subite dans une pratique comme celle de Chomel? Du reste, à l'opinion de Chomel, on peut joindre celles de Rostan, de Bouillaud et de beaucoup de maîtres appartenant à la même génération, tous d'accord sur la bénignité de la pleurésie.

M. *Bucquoy*, considérant l'intervention de la thoracocentèse dans le traitement de la pleurésie comme incriminée par M. Besnier, à propos de l'augmentation de la mortalité dans cette maladie, défend énergiquement la thoracocentèse et rappelle les résultats considérables que donne cette opération, en évacuant la cavité pleurale avant que les fausses membranes aient eu le temps de brider le poumon et en prévenant ainsi les suites de la maladie dues au retrait de cet organe. A propos des remarques faites par MM. Besnier, Moutard-Martin et Hervieux, M. Bucquoy s'étonne que la fréquence de la pleurésie ait pu réellement augmenter, et croit que si l'on en observe plus souvent aujourd'hui, c'est qu'on sait mieux la reconnaître.

M. *Besnier* déclare n'avoir établi dans les remarques par lui faites, soit aujourd'hui, soit précédemment, aucun rapport de cause à effet entre la thoracocentèse et l'augmentation de la mortalité dans la pleurésie; il s'est borné à faire remarquer l'accroissement qu'a subi la mortalité des pleurétiques.

M. *Moutard-Martin*, répondant à la dernière observation de M. Bucquoy, reconnaît qu'autrefois, en effet, la pleurésie purulente était méconnue; mais il déclare qu'en ce qui concerne la pleurésie séreuse, le diagnostic s'en faisait, il y a trente ans, tout aussi bien qu'aujourd'hui. Par conséquent, si l'on trouvait moins de pleurésies autrefois, c'est qu'il y en avait réellement moins.

A l'occasion des nombreux cas de variole signalés dans le rapport de M. Besnier, M. *Moutard-Martin* revient en quelques mots sur la question si souvent discutée de l'isolement des varioleux dans les hôpitaux, et rappelle les efforts du Conseil des hôpitaux et de l'administration de l'Assistance publique pour obtenir, à cet effet, la création d'hôpitaux spéciaux.

M. *Vidal* insiste sur la nécessité de l'isolement dans les hôpitaux, non seulement des varioleux, mais de tous les malades atteints d'affections contagieuses, de quelque nature qu'elles soient, et dépose sur le bureau de la Société le texte d'un discours prononcé par lui dans une séance de la Société de médecine publique, demandant que cet isolement soit rendu obligatoire par une loi.

Dr BELLON.

Il importe de savoir, au sujet de ce petit nombre relatif de décédés centenaires, que le directeur du bureau de statistique, le docteur Mayr, fait vérifier, sur les lieux, avec le plus grand soin, l'âge réel des individus que le relevé de l'état civil signale comme centenaires. Il est à regretter que, pour les années suivantes, la statistique officielle de ce pays ne fasse qu'une seule catégorie des décédés de 90 à 100 ans. Il en est de même en Saxe. En Wurtemberg, nous avons, pour la période 1871-76, 15 centenaires et supracentenaires pour un total de 353 763 décès, ou 1 pour 23 582.

D'après le dernier recensement de l'empire allemand (31 décembre 1875), 159 202 personnes étaient âgées de 80 ans et au-dessus (pas de distinction pour les centenaires), dont 72 135 hommes et 87 067 femmes. C'est, pour 1000 habitants de chaque sexe, 1,7 hommes et 2 femmes; pour les deux sexes confondus, 3,7.

Le compte rendu du recensement de 1871, plus détaillé quant aux âges, avait donné, pour les centenaires ou quasi centenaires, les nombres suivants: hommes, 10; femmes, 13; soit, pour une population de 40 millions d'habitants en nombre rond, 1 centenaire pour 1 739 130 personnes.

A. L.

(*A suivre.*)

LE PÈLERINAGE DE LA MECQUE. — La réunion des pèlerins a eu lieu au mont Arafat le 24 novembre. Du 24 au 29, on n'a eu à signaler aucun décès par suite de maladie épidémique. 42 000 pèlerins ont passé le 14 décembre à Djeddah, et 20 000 à Suez le 12 du même mois; tous étaient en bonne santé. Le 4 janvier courant, plusieurs milliers de pèlerins débarquaient sains et saufs à Zambo. Ces résultats satisfaisants sont dus surtout à cette circonstance que les fêtes du pèlerinage coïncident, pour le moment, avec la saison la moins chaude. On sait que ce pèlerinage avance d'un mois chaque année.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

De la castration dans l'ectopie inguinale du testicule. — Rapports. Lecture.

M. *Monteils*, député et membre correspondant de la Société de chirurgie, assiste à la séance.

— M. *Terrillon* lit un rapport sur un mémoire de M. *Ch. Monod : De la castration dans l'ectopie inguinale du testicule*. Ce mémoire est basé sur l'analyse de 50 observations.

Un jeune homme, bien constitué, entra dans le service de M. Guyon; le testicule droit était à l'anneau inguinal; jamais il n'était descendu dans le scrotum. Un des frères du malade a la même infirmité. Ce malade dit qu'à l'âge de quatre ans il reçut un coup sur cet organe.

Il y a deux ans, survint une blennorrhagie; un an après, une autre; le testicule droit augmenta de volume, l'écoulement continuant, et il devint le siège de douleurs lancinantes. Traitement à l'iodure de potassium.

Le malade entra à Necker le 22 mars 1879. On trouvait dans l'aine droite une tumeur ovoïde, dure, régulière, mobile; dans le ventre, pas de ganglions. Le scrotum était vide à droite; le testicule gauche était sain. On applique sans succès plusieurs vésicatoires; on diagnostique un sarcocèle.

Castration le 11 mai. Le cordon se continue avec l'angle supérieur et externe de la tumeur; ligature en masse. Sept artérioles sont liées au catgut; suture; pansement de Lister. Une grande partie de la plaie se réunit par première intention. Le 8 juin, le malade quitte l'hôpital. En septembre, il n'y a pas de récidive.

L'examen histologique, fait au Collège de France par M. Chambard, a montré qu'il s'agissait d'une tumeur carcinomateuse.

Curling, M. Le Dentu, se préoccupent des dangers de la castration faite dans la région inguinale, à cause de la possibilité du développement d'une péritonite. Le professeur Zimanowski, atteint de sarcocèle inguinal, se fit opérer par Pirogoff; il conclut que la castration n'est pas plus dangereuse que dans les bourses.

Récemment, Aubert (de Lyon) publie 2 observations, et arrive à une conclusion semblable. M. Monod a recueilli 42 observations analysées dans un tableau annexé à son travail. Une seule fois la mort survint par péritonite (Langenbeck); trois fois le péritoine fut lésé et les malades guérirent cependant.

Huit fois l'opération fut faite sur le testicule sain, soit par erreur de diagnostic, soit pour obvier à des douleurs intolérables; 2 cas de péritonite; pas de mort.

Godard et Follin ont trouvé quelquefois une communication entre la tunique vaginale et le péritoine; mais le plus souvent le sac vaginal forme une cavité close. D'ailleurs ouvrir un sac vaginal en communication avec le péritoine, cela revient à faire la kélotomie avant le début des accidents inflammatoires. Le chirurgien doit se préoccuper moins des dangers de l'opération que de l'utilité que le malade peut en retirer.

M. *Guyon* a revu dernièrement l'opéré, il n'y a aucune trace de récidive. Il est indispensable de suivre les malades longtemps après les opérations, afin de s'assurer de la durée de la guérison.

M. *Sée*. Dans cette observation, la ligature en masse était indiquée. Même quand la tunique vaginale ne communique pas avec le péritoine, si on veut lier directement les vaisseaux, on dissocie le cordon et on risque d'enflammer le péritoine.

M. *Desprès* n'est pas partisan de la ligature en masse. Il a opéré à Montereau un homme qui avait une tumeur volumineuse du testicule arrêté dans l'aine; il a lié les vaisseaux au fur et à mesure qu'il les divisait, le malade a guéri sans accidents.

M. *Le Dentu* a, en effet, formulé quelques réserves dans sa thèse d'agrégation; c'était un peu théorique. Cependant, il faut tenir compte de la possibilité de la communication du péritoine avec la tunique vaginale. Aujourd'hui, cette communication n'arrêterait pas M. Le Dentu. D'ailleurs, le cancer peut établir des adhérences et oblitérer le canal, s'il existait. M. Le Dentu est partisan de la ligature directe des vaisseaux dans la castration ordinaire, mais dans la région inguinale il préfère la ligature en masse.

Il y a quatre ans, M. Le Dentu a vu dans le service de M. Cusco un malade atteint d'ectopie inguinale avec dégénérescence cancéreuse du testicule; il fallut remonter dans le canal pour enlever la glande et faire la ligature en masse. Le malade mourut de pleurésie; il n'y eut ni péritonite ni accidents du côté de la plaie.

M. *Terrier*. Quand le testicule est retenu à l'anneau, il peut y avoir communication entre le péritoine et la tunique vaginale; et si on fait la castration, qu'on fasse ou non la ligature en masse, on est toujours obligé d'ouvrir le canal péritonéal.

Quand les vétérinaires font la castration chez le cheval, ils font la castration à testicule couvert; ils n'ouvrent pas la gaine vaginale; arrivés à la tunique fibreuse, ils font l'écrasement ou la ligature en masse du cordon.

M. *Guyon* n'a jamais fait que la ligature en masse : sur 20 opérations, il n'a jamais vu d'autre inconvénient que la chute tardive du fil; un seul malade est mort par infection purulente.

M. *Lucas-Championnière* a fait la ligature en masse du cordon et la réunion immédiate de la plaie, avec le pansement de Lister et les ligatures au catgut.

M. *Panas* a toujours lié directement les vaisseaux, comme le faisait Nélaton; ce n'est point par crainte du tétanos; mais la ligature en masse a parfois été l'occasion d'hémorrhagies foudroyantes auxquelles il est difficile de remédier.

M. *Houel* a examiné beaucoup d'ectopies testiculaires. Les pièces disséquées par Gosselin et Follin prouvent que l'épididyme descend presque toujours à sa place dans ces cas, et qu'il est enveloppé par le péritoine. M. Goubaux l'a établi aussi pour les animaux.

M. *Marjolin* dit que son père conseillait de lier séparément les vaisseaux du cordon, parce qu'il avait vu des hémorrhagies après la ligature en masse.

M. *Terrillon*. Le mémoire de M. Monod a pour but de montrer que la crainte de la péritonite ne peut entrer en ligne de compte quand la castration est jugée nécessaire; en effet, il n'y a qu'un seul cas de mort par péritonite. D'après les observations, souvent, le testicule, quand il reste dans l'aine, est accompagné de l'épididyme, contrairement à l'opinion de M. Houel.

— M. *Panas* fait un rapport oral sur plusieurs observations adressées à la Société de chirurgie par M. Albert Demons (de Bordeaux).

1° Grenouillette congénitale chez un enfant de huit jours, par oblitération du canal de Wharton; excision; guérison.

2° Kyste huileux de la racine du sourcil (côté externe). Ponction; injection de blanc de baleine, dissection de la poche; pansement de Lister; guérison.

3° Kyste sébacé congénital de la paroi interne de l'orbite.

— M. *Philippe* lit une observation de fracture de l'olécrâne, traitée par la gouttière suspendue; guérison.

— M. *Védrenne* lit une observation de goître suffocant trilobé, et présente le malade.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Grande volute du flamant rose; bâtonnets rétiniens du Nephrops Norvegicus : M. Joannes Chatin. — Aphasie et cécité des mots : M. Magnan. — Bruits musculaires, nouveau stéthoscope : M. Boudet de Paris.

M. *Joannes Chatin*. 1° La grande volute ou cornet moyen des fosses nasales présente chez le flamant rose une disposition particulière. Divisée par un sillon en deux segments, dont le postérieur est le plus volumineux, elle apparaît comme une masse cartilagineuse d'un rose vif, portant de nombreuses papilles blanchâtres qui ne sont, en réalité, que des glandules hypertrophiées.

2° Les bâtonnets rétiniens du *Nephrops Norvegicus*, astacien de la classe des arthropodes, offrent une striation transversale et régulière, et se trouvent engaînés par un calice pigmentaire dont les cellules renferment une matière granuleuse d'un jaune foncé. Cette gaîne gagne le sommet du cône terminal et s'arrête seulement au contact de la cornée.

— M. *Magnan* communique deux cas d'aphasie compliqués de ce phénomène spécial, que Kussmaul a décrit sous le nom de *cécité des mots*, et dont Broadbent a seul donné jusqu'à présent une observation complète. Le premier est relatif à un homme de cinquante-six ans, hémiplégique droit, aphasique dans les premiers temps de sa paralysie, mais ayant recouvré d'une façon incomplète l'usage de la parole. Ce malade avait conservé le langage intérieur, connaissait très bien la valeur des mots qu'il entendait, écrivait soit de lui-même, soit sous la dictée, assez correctement, mais était incapable de lire quoi que ce fût, caractères imprimés, manuscrit, même ce qu'il écrivait de sa propre main. Le second cas est tout à fait analogue au précédent. Le malade qui en est le sujet est présenté à la Société. M. Magnan fait constater chez lui les symptômes précédents : possibilité d'écrire les mots pensés ou entendus, impossibilité de comprendre ou de copier les mots écrits. Ce dernier malade a perdu en outre la notion de la valeur des signes mimiques. Comme le sujet de la première observation, il n'a d'ailleurs aucun trouble de la vue, il reconnaît les personnes et l'image des objets matériels.

Ces faits ne peuvent, d'après M. Magnan, s'expliquer que de la façon suivante. Les images rétiniennes impressionnent un premier centre situé au niveau des tubercules quadrijumeaux : c'est le centre réflexe pur d'où partent les excitations qui déterminent les mouvements de l'iris, des paupières. De ce centre, l'image va en impressionner un second, situé vers le pli courbe, ou peut-être vers les circonvolutions occipitales : dans ce second centre, elle est perçue comme sensation, recueillie par l'attention et la mémoire du sujet : c'est le centre psychique visuel. Les idées ou les souvenirs auxquels son élaboration dans ce centre a donné naissance ne peuvent être utilisés pour le langage que si les communications entre ce centre et la circonvolution de Broca sont intactes. Si elles sont interrompues, si même les régions comprises entre les deux premiers centres indiqués sont compromises, il arrivera ce fait : le malade y verra encore; il pourra parler, puisque les régions frontales du cerveau seront intactes; il entendra, puisque l'appareil auditif est entièrement conservé; mais il ne pourra acquérir par la vue aucune notion nouvelle, puisque les voies de transmission entre les centres visuels et les centres psychiques seront interrompues : c'est le cas des deux malades dont l'observation a été relatée.

M. *Duval* dessine un schéma destiné à représenter les points dont les lésions détermineront les symptômes des malades de M. Magnan. Il croit que l'on devrait faire palper au malade des lettres en relief, pour voir si celui-ci en comprendrait la valeur. M. Luys, tout en étant d'accord au fond avec M. Magnan, proteste contre le terme *cécité des mots*, appliqué à un phénomène plutôt psychique qu'optique. M. Hallopeau rappelle que, dans quelques cas, on constate, non pas une cécité verbale, mais une surdité verbale, certains malades comprenant ce qu'ils lisent et non ce qu'ils entendent.

— M. *Boudet de Pâris* présente un microphone applicable à l'étude du bruit musculaire. Un muscle de grenouille suspendu à un fil mal tendu et plongeant dans un godet de mercure donne, dans ces conditions, un bruit très appréciable au moment où il se contracte. M. Boudet distingue deux bruits : l'un purement moléculaire, et produit par le fait même du passage des courants induits à travers le muscle; on peut le reproduire en faisant passer des courants à travers des corps inertes; l'autre très différent, beaucoup moins haut comme tonalité, est dû à la contraction. M. Boudet présente un stéthoscope destiné à entendre ce dernier bruit : c'est un tube métallique, fermé à ses extrémités par des membranes vibrantes et dont la cavité communique avec un tube élastique dont l'extrémité libre peut s'introduire dans l'oreille.

A ce sujet, M. *Mathias Duval* annonce qu'il fait actuellement des recherches sur le bruit produit par les épithéliums vibratiles. Un lambeau de muqueuse pharyngienne de la grenouille, mis par sa surface épithéliale en contact avec la plaque d'un microphone, y chemine à la manière d'une limace et y produit un bruit sourd dont les caractères pourront être étudiés.

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de la pilocarpine dans l'urémie,
par M. BŒGEHOLD.

Nous donnerons le résumé des quatre observations recueillies par M. Bœgehold; il s'agit d'urémie parfaitement confirmée; la pilocarpine a été employée sous la forme d'injections sous-cutanées.

OBS. I. — Enfant de cinq ans. Urémie grave pendant la convalescence d'une scarlatine. On fait une injection de 8 milligrammes de pilocarpine; les convulsions cessent; au bout d'une heure elle reprend connaissance. Au bout de quelques jours, nouvelle attaque guérie de même par deux injections semblables. Les injections sont faites régulièrement pendant vingt jours, les attaques ne se renouvellent pas. Dix jours plus tard, l'albumine a disparu et la guérison est complète

OBS. II. — Garçon de douze ans, pris de convulsions urémiques dans la convalescence d'une scarlatine. Des injections de 1 centigramme de pilocarpine font cesser les convulsions au bout de six minutes, à deux reprises différentes. Guérison.

OBS. III. — Les injections font cesser les convulsions, mais mort dans le coma.

OBS. IV. — Sept ans; néphrite chronique. Les convulsions cessent sous l'influence des injections de pilocarpine, mais l'enfant succombe aux progrès de la maladie.

Les résultats obtenus par l'auteur nous paraissent indiquer que la pilocarpine peut être un agent utile pour combattre un des symptômes les plus effrayants et les plus dangereux; mais son utilité contre la maladie elle-même nous semble douteuse. Cependant, comme elle fait cesser les convulsions, elle serait peut-être d'un emploi favorable dans l'éclampsie puerpérale; c'est un point qui mérite l'attention. (*Deutsch. med. Woschens.*, n° 26, p. 331, 1879.)

Des tumeurs dermoïdes de l'ovaire, par le docteur Byford, de Chicago.

L'auteur rapporte quatre observations très détaillées dans lesquelles l'ablation des tumeurs dermoïdes a été pratiquée avec succès par l'avariotomie.

D'après le docteur Byford, une tumeur dermoïde n'est autre chose qu'un kyste entouré d'une membrane tégumentaire et pouvant se rencontrer dans tous les points de l'organisme. En ce qui concerne l'origine de ces tumeurs, l'auteur rappelle les diverses théories qui ont été émises depuis les époques les plus reculées. La plupart de ces théories n'avaient d'autres bases que l'imagination et la superstition, et ce n'est qu'à une époque récente que des explications véritablement scientifiques ont été données sur la formation des tumeurs dermoïdes. La théorie la plus satisfaisante et la plus scientifique est la suivante : A la suite d'un accident de formation, une indentation a lieu sur un point quelconque du blastoderme. Cette dépression est recouverte par le blastoderme et devient une cavité isolée; le développement de l'embryon continue malgré cet accident. La dépression ainsi formée comprend probablement les deux couches de la membrane blastodermique, mais la couche externe seule tapisse la cavité ainsi formée et se trouve isolée du reste de l'embryon avec tous ses éléments. Le processus d'organisation se continue dans cette cavité, et c'est ainsi qu'on peut expliquer la formation des kystes dermoïdes, dont le contenu paraît si bizarre et qui se rencontrent dans les deux sexes, aussi bien chez le fœtus que chez l'enfant ou l'adulte. On trouve, en effet, des tumeurs dermoïdes sur tous les points de l'organisme humain, et elles paraissent être aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme. (*New York medical Record*, 12 octobre 1879.)

Du prolapsus des ovaires, par le docteur Paul Munde, de New-York.

Dans un mémoire très complet, l'auteur a étudié les déplacements de l'ovaire normal ou légèrement hypertrophié. Il est arrivé aux conclusions suivantes, basées sur l'étude de 1500 cas pris au hasard dans la pratique gynécologique.

1° La question des déplacements de l'ovaire n'a pas encore été décrite dans les ouvrages classiques en tant qu'affection distincte.

2° Le prolapsus des ovaires est une affection commune qui accompagne fréquemment les déplacements de l'utérus en arrière. Cette fréquence des déplacements est évidemment due à la grande mobilité des ovaires. Le plus souvent les organes déplacés se trouvent en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas.

3° L'ovaire normal ou légèrement hypertrophié devient fréquemment à l'état de prolapsus, soit à la suite d'un déplacement utérin, soit à la suite de congestion ou de troubles menstruels, mais ce déplacement reconnaît souvent pour cause une augmentation du volume et du poids de l'ovaire.

4° Lorsque le prolapsus se prolonge, il détermine, même dans l'ovaire normal, un certain degré d'hyperhémie, d'hyperphasie et d'hyperesthésie, qui résulte, soit de l'obstruction vasculaire, soit des tiraillements consécutifs au coït et à la défécation. Ces troubles sont encore plus manifestes lorsque l'ovaire était déjà hypertrophié avant son déplacement.

5° Dans des cas très rares, les ovaires déplacés retournent spontanément à leur position normale; ce changement ne peut avoir lieu que lorsque l'engorgement menstruel a cessé et lorsque la malade s'est trouvée accidentellement dans une position extrêmement favorable; mais en règle générale l'ovaire ne peut être replacé que par des moyens artificiels.

6° Les symptômes qui résultent du déplacement ovarien sont plus ou moins vagues, mais ils sont généralement assez intenses pour appeler l'attention des malades et des médecins.

7° Le diagnostic de cette affection est en général assez facile à l'aide du toucher rectal et de la palpation bimanuelle.

8° Le traitement consiste à replacer l'organe dans sa position normale. Il faut également redresser l'utérus dans les cas où il est déplacé, ce qui est possible lorsque les ovaires n'ont pas contracté d'adhérences. On maintiendra le redressement de cet organe par des moyens appropriés.

9° Il faut souvent beaucoup d'adresse et de patience pour maintenir en place les ovaires sensibles et hyperhémiés. Lorsque les organes ont repris leur position normale, il est souvent utile d'appliquer le traitement ordinaire de l'ovarite chronique.

10° S'il existe des adhérences des ovaires, le traitement sera simplement palliatif et consistera dans l'emploi des narcotiques et des antiphlogistiques. Dans les cas où les troubles généraux présentent une gravité excessive, on pourra pratiquer l'ovariotomie. (*Société américaine de gynécologie*, *New York medical Record*, 18 octobre 1879.)

Sur les localisations cérébrales, par le docteur Guglielme Romiti.

Toutes les observations propres à élucider cette question, encore controversée par les maîtres les plus éminents, présentent un vif intérêt, et méritent d'être connues. C'est à ce titre que nous donnons le résumé du fait observé avec soin par le professeur Romiti, de Sienne.

Un syphilitique est atteint depuis plusieurs années de convulsions épileptiformes; elles débutent par une sorte de tremblement des muscles de la main gauche; puis une sensation particulière remonte le long du bras, le malade éprouve de la gêne dans les mouvements de la mâchoire, et à ce moment les convulsions générales éclatent. Elles se produisent environ tous les mois. A leur suite est survenu un affaiblissement du membre supérieur gauche, avec fourmillements dans les doigts.

Le malade entre à l'hôpital pour une tumeur blanche du pied qui nécessite l'amputation, et il meurt dix jours après, par infection purulente.

A l'autopsie, outre les abcès métastatiques nombreux disséminés dans divers organes, le cerveau excepté, on trouve dans l'hémisphère droit une gomme syphilitique du volume d'un œuf de pigeon, adhérente à la face profonde de la piemère, et logée dans la dépression de la substance cérébrale qu'elle refoule. Voici le siége exact de la tumeur : elle occupait exactement la circonvolution frontale ascendante qui limite en avant le sillon de Rolando, et particulièrement le point où cette circonvolution frontale rencontre la circonvolution frontale moyenne et se confond avec elle. La limite supérieure de la tumeur était à 2 centimètres de la grande scissure médiane, ou mieux de l'origine de la scissure de Rolando. La tumeur s'étendait en bas dans la direction de la scissure de Sylvius, et dans ce sens mesurait exactement 38 millimètres ; son diamètre antéro-postérieur était un peu moins grand ; son extrémité antérieure occupait une grande partie de la circonvolution frontale moyenne; son extrémité postérieure se confondait avec le bord de la circonvolution frontale ascendante, qui limite le sillon de Rolando. En profondeur, la tumeur pénétrait jusqu'au corps strié qu'elle n'entamait cependant pas. La nature gommeuse de la tumeur a été constatée par le professeur Mastei, qui s'est chargé de l'examen histologique de la pièce.

Cette observation est des plus favorables à l'opinion qui

place dans les circonvolutions qui limitent la partie supérieure du sillon de Rolando le centre moteur des bras. (*Revista clinica de Bologna*, janvier 1879, et *Année médicale*, mars 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de la peau, par le docteur I. NEUMANN, professeur de dermatologie et de syphiliographie à l'Université de Vienne; traduit par MM. les docteurs G. et E. DARIN. 1 vol. in-8 de 604 pages, avec 76 figures. — Paris, 1880. V. A. Delahaye et Cie.

M. le docteur I. Neumann est non seulement un élève d'Hébra, mais en reproduisant presque toutes les théories de son maître, il en adopte les habitudes scientifiques : pour lui, en effet, les travaux français, et particulièrement les travaux de Bazin et de ses élèves, ne comptent que pour peu de chose, c'est à peine s'il les cite; à plus forte raison ne les discute-t-il pas. Ce n'est pas sans étonnement que nous relevons encore cette tendance de l'école de Vienne à considérer comme non avenus les travaux qui n'émanent pas d'elle ou qui ne sont pas d'origine allemande; déjà M. Blachez, à propos du *Traité des maladies de la peau* de Ferdinand Hébra et Morin Kaposi (*Gaz. hebd.*, 1878, p. 579), signalait avec raison le peu de bienveillance, le peu d'impartialité avec lesquelles ces auteurs jugeaient et citaient Bazin, le grand maître de notre école française; c'est toujours la même tendance, la même intention dans le traité de M. Neumann, dont MM. G. et E. Darin nous donnent une traduction.

Ce n'est pas à dire cependant que cet ouvrage soit sans valeur : résumant ou reproduisant en partie les travaux de son maître Hébra, ajoutant à cet exposé des travaux personnels ou des analyses de monographies allemandes, M. le docteur Neumann a fait un ouvrage utile au praticien. L'anatomie, les symptômes des diverses affections cutanées, sont décrites avec un soin aussi minutieux qu'il est permis de le désirer dans un traité élémentaire; mais quant à des idées générales sur les causes occasionnelles ou déterminantes des affections de la peau, on n'en trouvera que quelques indices assez vagues et tout à fait insuffisants, étant données les connaissances actuelles sur ces diverses questions. On ne peut s'en étonner, puisque, de l'aveu même de l'auteur, ce sont les théories d'Hébra qui sont exposées dans ce travail; et, selon ce savant professeur, « les agents qui s'attachent à la surface externe du corps et qui affectent la peau directement ont une bien plus grande influence comme cause productrice des maladies cutanées que les phénomènes dont le siège est dans l'organisme lui-même ». M. le docteur Neumann reconnaît, à la vérité, que la peau, comme tous les organes du corps, est sujette à des maladies *symptomatiques*, consécutives à des processus pathologiques siégeant dans d'autres organes, et à des maladies *idiopathiques* existant par elles-mêmes, c'est-à-dire locales. « Les affections *symptomatiques* (p. 57) dépendent soit de maladies générales ou altérations du sang, soit de maladies d'organes particuliers. La relation qui existe entre ces états pathologiques est encore enveloppée d'une obscurité profonde; nous devons nous contenter du fait résultant de l'expérience clinique, sans pouvoir en donner actuellement l'explication physiologique. » Telle est l'opinion de M. Neumann. Il ne nie pas le rôle des diathèses dans les affections cutanées; mais il en fait un accessoire, et ne prend pas la peine de rappeler et d'apprécier tout ce qui a été écrit, notamment en France, sur ce sujet. Signaler une lacune aussi importante dans un traité de ce genre, c'est, sans aucun doute, faire la critique la plus réelle et la plus grave qu'il soit permis de formuler; c'est dire, en un mot, qu'on ne trouvera dans ce nouveau traité qu'une description plus ou moins consciencieuse des symptômes des diverses affections cutanées, et non un exposé général qu'on était en droit de demander à l'auteur d'un ouvrage récent. Considérer ainsi les affections cutanées à un point de vue presque purement local, en ne tenant compte ni des questions de l'hérédité, ni des diathèses, comme la goutte, la gravelle, la scrofule, l'arthritisme, c'est n'envisager qu'un des côtés de la question, c'est négliger celui-là même qui offre le plus d'importance et d'intérêt pour ce qui concerne le traitement; traitement presque absolument local, selon la pratique si exclusive de l'école de Vienne.

Il nous suffira, du reste, d'un seul exemple pour montrer à quel degré cette école est opposée à tout ce qui concerne les diathèses : déjà à propos de l'eczéma, Hébra écrivait dans son *Traité des maladies de la peau* (t. I, 1872) : « L'eczéma est le même quant à sa forme et son évolution, qu'il survienne chez une personne en bonne ou mauvaise santé, qu'il résulte d'une irritation artificielle ou qu'il se développe spontanément. Il est impossible d'admettre que la scrofule modifie l'eczéma. Le même raisonnement s'applique à la syphilis et à la goutte. L'existence d'une dyscrasie herpétique, la mère de toute espèce d'éruption cutanée, doit être regardée comme morte, jusqu'à ce que ses défenseurs réussissent à l'exprimer par une *formule chimique*. » Reprenant la même opinion avec la même idée absolue, M. le docteur Neumann ajoute : « Le résultat de mes statistiques indique que, sur 308 enfants affectés d'eczéma, 30 seulement étaient rachitiques et 70 scrofuleux; il y en avait donc 9,7 pour 100 de rachitiques et 22,7 pour 100 de scrofuleux. D'un autre côté, plus de 3000 malades strumeux et rachitiques se sont présentés à mon observation, sans que j'aie rencontré parmi eux un seul cas d'eczéma : nous ne saurions donc conclure à l'existence d'une bien grande affinité entre ces deux diathèses et l'affection qui nous occupe; il y a plus, le traitement exclusivement local de l'eczéma réussit malgré la présence de ces conditions constitutionnelles. Les cas d'eczéma ne se montrent qu'en mince proportion chez les sujets scrofuleux et rachitiques, la grande majorité est indépendante de toute souillure constitutionnelle. Les autres causes de l'eczéma indiquées par différents auteurs, comme les tempéraments et les dyscrasies, n'ont pas été démontrées : et il vaut mieux confesser tout de suite qu'il se présente bien des variétés de cette affection dont l'origine est complètement obscure. » (P. 208.) Ainsi donc, sur 3000 malades strumeux ou rachitiques, M. Neumann n'a pas rencontré un seul cas d'eczéma; ne pourrait-il pas conclure que la scrofule est un palliatif des affections cutanées? En lisant de pareilles affirmations dont nous trouvons chaque jour, soit dans la clientèle, soit dans les différents services des hôpitaux, une négation absolue, on est en droit de regretter un parti pris évident, contre lequel rien ne peut réagir, pas même les faits les mieux observés et les plus convaincants.

L'ouvrage tout entier de M. le docteur Neumann se ressent de cette absence d'idées générales que nous venons de signaler : du moment que les affections cutanées lui semblent locales, il était naturel que la classification adoptée par lui reposât uniquement sur l'anatomie pathologique; c'est, en effet, le mode de classification adopté par M. Neumann. Si naturelle, si simple et si absolue que paraisse à première vue cette classification, M. Neumann n'en a pas moins été, cependant, obligé de s'en écarter à plusieurs reprises. Il range, en effet, le prurigo et le psoriasis parmi les affections inflammatoires, à côté de la variole, de la rougeole, du pemphigus, etc.; histologiquement, il aurait dû les placer dans la classe des hypertrophies ou des néoplasies; c'est ce qu'il n'a pas fait. Nous pourrions multiplier les exemples d'incohérence semblable; nous nous contenterons simplement de reproduire sa classification, pour montrer si, comme le dit l'auteur, elle est avant tout anatomo-pathologique.

M. Neumann divise les affections cutanées en dix classes

1° les hyperhémies cutanées; 2° les anémies cutanées (ischémies); 3° les anomalies de sécrétion des glandes sébacées et des glandes sudorifiques; 4° les affections inflammatoires, les unes produites par contagion (variole, scarlatine, diphthérie), les autres déterminées sans contagion (érythème, furoncle, herpès, eczéma, pemphigus, acné, psoriasis, prurigo, etc.; 5° les affections hémorrhagiques (purpura, ecchymose); 6° les affections hypertrophiques, les unes portant surtout sur les éléments épidermiques (lichen, ichthyose, etc.); les autres sur les éléments du tissu conjonctif (fambœsia, éléphantiasis, sclérodermie, etc.); 7° les affections atrophiques (atrophie du derme, atrophie du pigment); 8° les néoplasies (lèpre, tumeurs, etc.); 9° les névralgies, c'est-à-dire les troubles de la sensibilité (anesthésie et hyperesthésie) et les troubles de la motilité; 10° les parasites animaux et végétaux.

Les critiques que nous venons de faire portent donc sur deux points : sur l'étiologie d'une part et d'autre part sur le traitement qui est presque toujours local ainsi qu'il résulte des théories adoptées par M. le docteur Neumann. Il est deux autres points au contraire, sur lesquels nous ne pouvons que féliciter l'auteur; non seulement l'anatomie pathologique présente un ensemble et une précision que nous ne trouvions dans aucun autre traité de ce genre, pas même dans celui d'Hébra, mais les symptômes des diverses affections cutanées sont exposées avec ordre et avec netteté. Aussi malgré les réserves exprimées plus haut, devons-nous remercier MM. les docteurs G. et E. Darin d'avoir entrepris la traduction d'un ouvrage où les étudiants et les praticiens puiseront des renseignements utiles.

Dr Joseph Michel.

VARIÉTÉS

Rapports entre le cancer et le tubercule : MM. Burdel et Petitfils.

Nous avons reçu de M. le docteur Petitfils une lettre relative à la discussion engagée entre lui et M. Burdel dans la *Gazette hebdomadaire*. Nous ne pouvons point revenir avec détails sur une question qui intéresse surtout nos deux honorables confrères de Vierzon; mais nous croyons devoir, pour mettre fin à un débat dont nous regrettons l'objet et le caractère, nous borner à mettre les pièces du procès sous les yeux du lecteur. Voici les faits :

Le 22 avril dernier, M. le docteur Burdel communiquait à l'Académie de médecine, dont il est correspondant, un travail qui s'appuyait sur une observation tendant à prouver les relations qui existent entre le cancer et la tuberculose. Cette observation, très intéressante d'ailleurs, rapportait l'histoire d'un malade que M. le docteur Petitfils crut réconnaître pour l'avoir amputé à l'hôpital de Vierzon. Il écrivit à ce sujet à son confrère. Le 3 juin 1879, M. le docteur Burdel lui répondait : « Je suis heureux d'apprendre que ma communication à l'Académie vous a intéressé, *et en effet c'est le nommé Feuillet qui fait le sujet de cette observation.* » Le 11 juin, répondant à une seconde lettre de M. le docteur Petitfils, qui se croyait assuré d'être seul en possession de la pièce anatomique, M. le docteur Burdel écrivait : « Lorsque après l'amputation vous avez bien voulu donner deux coups de bistouri dans la tumeur, j'ai pu, alors que vous étiez occupé à nettoyer vos instruments, tailler une lamelle de la tumeur, l'emporter et la faire examiner. » C'est à la suite de ces communications que M. le docteur Petitfils nous adressa le travail que nous avons inséré le 10 octobre dernier, et auquel M. Burdel a répondu dans le numéro du 12 décembre, en affirmant, cette fois, *que sa communication à l'Académie n'était pas relative à Feuillet,* mais à un malade observé une vingtaine d'années auparavant. Confraternellement interrogé par nous à ce sujet, M. Burdel nous répond le 12 décembre que, en effet, « il ne s'agissait *pas du tout de l'observation de Feuillet* ». M. Burdel ajoute que s'il a écrit à M. le docteur Petitfils, dans les termes que nous citons plus haut, c'est uniquement avec l'intention de l'entretenir dans l'erreur qu'il avait commise en supposant qu'il pût exister quelque analogie entre le malade qu'il avait amputé et celui dont M. le docteur Burdel avait communiqué l'observation à l'Académie. M. Burdel n'a imaginé la fable d'un morceau de tumeur enlevé subrepticement et expédié à un histologiste parisien que dans le but de railler son jeune confrère et de l'empêcher, pour des motifs que nous n'avons point à apprécier, de continuer son enquête.

On voudra bien remarquer que nous nous sommes contentés d'exposer les faits tels qu'ils résultent des lettres qui ont été mises sous nos yeux. Le lecteur appréciera. Nous désirons vivement que le malentendu qui s'est élevé entre nos deux confrères et auquel nous prétendons rester étranger, prenne fin du jour où les faits auront été, comme ils viennent de l'être, impartialement exposés. Nous faisons donc appel aux sentiments de dignité professionnelle et de bonne confraternité de MM. Burdel et Petitfils pour les engager à considérer cet incident comme terminé.

Chambre des députés : Proposition de loi sur le service de santé de l'armée.

MM. Marmottan, Cornil, Hugot, Versigny et Labuze, députés, viennent de déposer sur le bureau de la Chambre (séance du 17 janvier 1880), un projet de loi que nous pouvons apprécier en quelques lignes. Bien souvent, en effet, nous avons défendu dans les colonnes de ce journal les intérêts toujours indissolubles de l'armée et du corps de santé militaire. A plusieurs reprises nous nous sommes appliqués à démontrer qu'une bonne organisation sanitaire était inconciliable avec les principes qui ont prévalu jusqu'à ce jour, et qui consistent à subordonner toujours et partout les médecins aux intendants, et à créer une rivalité des plus préjudiciables aux intérêts sanitaires entre les médecins, les pharmaciens et les officiers d'administration. Nous ne pouvons donc qu'applaudir à l'initiative que, sollicités, encouragés et éclairés par quelques-uns de nos jeunes confrères de l'armée, viennent de prendre plusieurs de nos députés.

L'exposé des motifs de ce projet de loi montre les conséquences qu'ont amenées, durant les guerres de l'Empire et surtout pendant la guerre de 1870, l'impéritie de l'intendance. Il discute les objections que l'on a cru pouvoir faire à ce principe admis par toutes les nations étrangères, qui consiste à considérer le médecin comme le chef de l'hôpital et de l'ambulance. Il rappelle que le dernier congrès des médecins d'armée a émis à l'unanimité le vœu que dans toutes les armées d'Europe la direction du service sanitaire soit confiée aux médecins militaires, et il se termine par une proposition de loi qui sera sans doute prochainement discutée, sur laquelle nous aurons certainement à revenir, et dont nous nous contentons pour aujourd'hui de reproduire les principaux articles :

Aart. 1er. — Le service de santé constitue dans l'armée un service distinct placé sous l'autorité du commandement et le contrôle financier de l'intendance.

Art. 2. — La direction du service de santé est confiée aux médecins militaires, tant au ministère de la guerre, que dans les armées, corps d'armée, places de guerre, et dans les établissements fixes ou mobiles du service.

Art. 3. — L'administration des établissements du service de santé est dirigée par un conseil d'administration fonctionnant d'après les règles établies pour les corps de troupe.

Art. 4. — L'exécution du service de santé est confiée au corps de santé, qui comprend :

1° Le personnel des médecins militaires;

2° Le personnel des pharmaciens militaires;

3° Le personnel des officiers d'administration ou comptables des hôpitaux;

4° Les compagnies d'infirmiers et de brancardiers.

Art. 5. — Le cadre du personnel des médecins, pharmaciens et comptables du service des hôpitaux est déterminé par le tableau I, annexé à la présente loi.

Les grades du corps de santé sont assimilés à ceux de la hiérarchie militaire, ainsi qu'il est déterminé au même tableau I.

Les officiers d'administration du service des hôpitaux jouissent des mêmes droits que les officiers d'administration des autres services.

Art. 6. — Les compagnies d'infirmiers sont au nombre de vingt-cinq. Leur composition sur le pied de paix est donnée par le tableau II.

Sous l'autorité des généraux commandant le territoire, elles sont commandées par un officier comptable de 1re ou de 2e classe, assisté de deux adjudants.

Elles sont administrées comme les compagnies formant corps.

Art. 7. — En cas de mobilisation, le corps de santé est porté à l'effectif de guerre par l'incorporation des médecins, pharmaciens, comptables et infirmiers de la réserve et de la disponibilité.

Le service de santé de l'armée territoriale et des établissements de la ligne d'étapes et du territoire est assuré par le corps de santé territorial et par la Société française de secours aux blessés, sous l'autorité du commandement et des médecins en chef de l'armée.

EXERCICE DE LA MÉDECINE. — CONVENTION INTERNATIONALE. — Une convention qui vient d'être passée entre le Président de la République française et le Roi des Pays-Bas assure les dispositions suivantes :

1° (Art. 1er). — Les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires français établis dans les communes françaises limitrophes du grand-duché de Luxembourg énumérées à à l'article 5, et qui dans ces communes sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes luxembourgeoises énumérées à l'article 6. Réciproquement, les médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires luxembourgeois établis dans les communes luxembourgeoises limitrophes indiquées à l'article 6, et qui dans ces communes sont autorisés à exercer leur art, seront admis à l'exercer de la même manière et dans la même mesure dans les communes limitrophes françaises indiquées à l'article 5.

2° (Art. 5.) — Les communes françaises auxquelles s'applique la présente convention sont : les communes appartenant à l'arrondissement de Briey (Meurthe-et-Moselle) et comprises dans une zone limitée au nord par la frontière du grand-duché de Luxembourg; à l'est, par la frontière allemande; au sud, par la voie ferrée d'Audun à Longuyon ; à l'ouest, par la voie ferrée de Longuyon à Longwy, savoir : *Canton de Longwy :* Bréhain-la-Ville, Haucourt, Herserange, Hussigny, Longwy, Mont-Saint-Martin, Saulnes, Thil, Thiercelet, Villers-la-Montagne, Villerupt. — *Canton de Longuyon :* Cons-la-Granville, Longuyon, Joppécourt, Pierrepont. — *Canton d'Audun :* Audun, Crusnes, Fillières.

3° (Art. 6.) — Les communes luxembourgeoises auxquelles s'applique la présente convention sont les suivantes : Differdange avec les localités de Wesquenhof, Airsain, Gras, Rœbachermuhl, Lasauraze, Niedercorn et Obercorn ; Petange avec les localités de Lamadelaine, Arthusmülh, Grundmülh, Rodange, Airsain, Blanberge, la Moragole ; Sanem avec les localités de Belvaux, Ernshof, Ehlérange, Arsdorferhof, Neulocher, Soleuvre, Scheuerhof, et Gaderscheuerhof.

FACULTÉ DE LILLE. — La chaire de pathologie générale et thérapeutique prend le titre de chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale, et la chaire d'anatomie pathologique et histologie normale élémentaire prend le titre de chaire d'histologie. M. Kelsch, professeur d'anatomie pathologique et histologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale. M. Castiaux, docteur en médecine, est nommé professeur de médecine légale, en remplacement de M. Baggio, décédé. M. Puel, agrégé, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Folet, appelé à d'autres fonctions ; et M. Tourneux, docteur en médecine, est chargé du cours d'histologie à la Faculté de médecine et pharmacie de Lille.

SOCIÉTÉ CENTRALE. — La séance annuelle de la *Société centrale* aura lieu le dimanche 1er février prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

LA GYMNASTIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* publie la loi qui prescrit l'enseignement de la gymnastique obligatoire dans tous les établissements d'instruction publique de garçons dépendant de l'Etat, des départements et des communes. La présente loi entrera en vigueur dans le délai de deux ans à dater de sa promulgation.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — La Société met au concours, pour 1880, la question suivante : « De l'industrie nourricière. — De son influence sur les nourrissons et sur les populations qui se livrent à cette industrie. » Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1880, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, 85. Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur envoi un pli *cacheté*, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un confrère distingué, M. Louis Lemaire, ancien chef de clinique à l'hôpital de la Charité, médecin des prisons de Paris, qui a attaché son nom d'une manière honorable à l'emploi de l'acide phénique.

— M. le président de l'Académie a annoncé, dans la dernière séance, la mort de M. Baudrimont (de Bordeaux), membre correspondant depuis 1874 dans la section de chimie et de pharmacie. M. Baudrimont était professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, et avait publié un nombre considérable de travaux sur la chimie.

Le cahier du 25 janvier des ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIOGRAPHIE (premier cahier de la nouvelle série) contient les travaux suivants :

Mémoires : *Des éruptions et des lésions arsenicales professionnelles de la peau et des muqueuses nasale et oculaire*, par M. Rollet. — *De l'épilepsie syphilitique secondaire*, par M. Alfred Fournier. — *Études nouvelles de dermatologie : les tumeurs de la peau*, par M. Ernest Besnier. — *La syphilis automnale de 1879*, par M. P. Diday. — *Note sur le chancre simple et l'adénite chancreuse*, par M. P. Horteloup. — *Contribution à l'étude du xanthôma*, par le docteur Cavry.

Recueil des faits : *Observations pour servir à l'histoire des dermatoscléroses*, par M. Ernest Besnier. — *Un cas de favus généralisé*, par M. Galliard.

Revue française. — Revue étrangère. — Bibliographie. — Renseignements bibliographiques.

AVIS

Nous rappelons à MM. les Abonnés à la **Gazette hebdomadaire** qui n'ont pas encore renouvelé leur abonnement, qu'une quittance leur sera présentée dans les départements vers le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

LA CONTRACTILITÉ DES VAISSEAUX CAPILLAIRES VRAIS; SON RÔLE DANS LA CIRCULATION DU SANG.

(Fin. — Voyez le numéro 5.)

III. *Période actuelle* (de Stricker, 1865, à Ch. Rouget, 1879). — Quand parut, en 1865, le premier travail de Stricker, (*Sitz. d. k. Wiener Akad. d. Wissensch.*, Bd. LI), on savait que les capillaires vrais étaient constitués uniquement par une couche endothéliale faisant suite à celle des artères et des veines, et que tout élément musculaire avait disparu des parois vasculaires à la terminaison des artérioles. M. Ch. Robin avait aussi démontré dans des publications successives (thèse d'agrégation de Segond, 1853. — *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 1855. — *Journal de la physiologie*, 1859) que les capillaires des centres nerveux encéphalo-rachidiens flottent dans une gaîne lymphatique. Ce fait important fut de nouveau indiqué par His, qui ne connaissait point, sans doute, les travaux de Robin, puisqu'il n'en fait pas mention. Stricker, dans le travail précédemment cité, confirme les données relatives à la constitution endothéliale des parois des capillaires vrais, et à la présence autour des capillaires d'une gaîne lymphatique. Mais il énonce ce fait nouveau que les vaisseaux capillaires peuvent présenter sur leur trajet de véritables étranglements, au niveau desquels la circulation des globules est suspendue. Ces étranglements s'observent dans l'intérieur de la gaîne lymphatique, dont les parois continuent à former deux bandes parallèles, ce qui exclut toute cause de compression des capillaires de la part des parties voisines. Stricker ne localise pas nettement en tel ou tel point de la paroi des capillaires la formation de ces étranglements; il les a constatés au niveau des noyaux des cellules; il a vu ces noyaux proéminer plus ou moins dans la cavité du vaisseau; mais il a observé aussi le resserrement des parois dans des parties où les noyaux faisaient défaut. L'auteur se contente de conclure de ce premier travail : 1° que les vaisseaux capillaires sont flottants dans des espaces lymphatiques; 2° que leur paroi est contractile.

Les recherches anatomiques de Auerbach, Eberth, Aeby, provoquent l'année suivante (1866, *Sitz. d. K. Akad.*, etc., LII, fasc. II) la publication d'un nouveau travail de Stricker. Il reprend sur les appendices latéraux de la queue des têtards, dépourvus de fibres musculaires, ses recherches précédentes qui avaient été exécutées sur la membrane clignotante de la grenouille. Les conclusions du premier travail sont maintenues, et Stricker insiste sur la signification des dentelures qu'il retrouve, comme Kölliker, sur les vaisseaux lymphatiques, et de plus, sur les capillaires sanguins : il considère ces « crispations » comme des expansions actives du protoplasma.

Peu de temps après parut, dans le tome V des *Archives* de M. Schultze, un travail de Golubew sur le même sujet : l'auteur répète les expériences de Stricker sur les effets locaux des irritations électriques, et constate comme lui l'apparition d'étranglements sur le trajet des vaisseaux capillaires. Il note que, quand on suspend l'irritation, ces dentelures disparaissent pour se reproduire quand on fait de nouveau passer les courants électriques dans la préparation. Il opérait sur des parties détachées du corps de la grenouille. Golubew précise, plus que ne l'avait fait Stricker, les points de la paroi capillaire qui sont le siège des étranglements. Ce sont les noyaux des cellules endothéliales, qu'on désigne sous le nom d'*éléments fusiformes* de la paroi.

La question se trouve ainsi plus nettement posée, et la contraction des capillaires vrais devient un fait théoriquement acceptable, puisqu'elle se trouve localisée dans des masses de matière protoplasmique auxquelles personne ne refuse la propriété de changer de forme, de s'étaler ou de se ramasser sur elle-même. Ce qui est étonnant, c'est que Golubew considère ces modifications comme un signe de mort des éléments anatomiques. Ce seul fait enlève au travail de Golubew une grande partie de l'intérêt qu'il pourrait présenter.

Quelques années après, en 1873, M. Ch. Rouget annonçait, en terminant son travail sur les capillaires sanguins et lymphatiques (*Arch. de physiol.*, p. 603-663), la publication de recherches nouvelles sur la contractilité des capillaires sanguins : « Les très fines ramifications cellulaires du réseau de la gaîne des capillaires sont identiques; pour la forme et la constitution élémentaire, à celles des tuniques artérielles et veineuses, *et il ne serait pas impossible qu'elles fussent douées du mode particulier de contractilité qui appartient au protoplasma.* Dans l'allantoïde des embryons des moutons, chez des mammifères adultes..., j'ai rencontré sur de très petits capillaires de 0,005 μ à 0,01 millimètre de diamètre, des noyaux écartés les uns des autres par un intervalle de 0,10 millimètres à 0,15 millimètres, enchassés dans un petit cumulus de protoplasma à bords très minces. Ces cellules restent-elles isolées et indépendantes les unes des autres, ou contribuent-elles à la formation d'une enveloppe continue, analogue par sa structure et ses propriétés à la tunique adventice des capillaires de l'hyaloïde de la grenouille ? C'est un point qui reste à élucider et que je traiterai dans un prochain travail sur les propriétés physiologiques des capillaires, et en particulier sur la contractilité que les observations de Stricker tendent à leur attribuer. » (Rouget, *loc. cit.*, p. 659-660.)

En effet, l'année suivante (*Comptes rendus de l'Acad. des*

sciences, 31 août 1874), M. Ch. Rouget, dans une note sur le *développement de la tunique contractile des vaisseaux*, met en évidence la contractilité des cellules à prolongements protoplasmatiques ramifiées qu'il avait décrites sur les vaisseaux de la membrane hyaloïde de la grenouille. Même dans les capillaires vrais de la membrane natatoire des larves d'amphibiens, ce réseau de cellules se contracte sous l'influence d'excitations variées (action initiale des anesthésiques, excitations directes, etc.). En raison de leur disposition en couche non continue, ces éléments rétractés produisent sur le petit vaisseau une série d'étranglements annulaires et lui donnent ainsi un aspect crénelé.

Cependant, les recherches se poursuivaient en Allemagne. Recklinghausen, dont les travaux sur l'endothélium des vaisseaux lymphatiques avaient été le point de départ des études sur l'endothélium des vaisseaux capillaires sanguins, en Allemagne du moins, fit exécuter un travail de contrôle à J. Tarchanoff. Ce physiologiste reprit les expériences de Stricker et de Golubew, en les variant et en les étendant aux animaux à l'état embryonnaire et adulte; il les compléta par l'examen de parties artificiellement enflammées. Tarchanoff arriva aux mêmes conclusions que Golubew, et attribua, commme cet auteur, au gonflement des éléments fusiformes de la paroi le rétrécissement par dentelures des vaisseaux capillaires. Mais, contrairement à Golubew, et très logiquement du reste, il considéra ces changements de forme comme des manifestations de vitalité et non comme l'indice de la mort des éléments protoplasmiques. (J. Tarchanoff, *Pflüger's Archiv*, IX, p. 407, 1874.)

En Italie, la question fut reprise un an plus tard, surtout au point de vue des phénomènes inflammatoires provoqués dans la langue de la grenouille, par Ach. de Giovanni (*Rivista clin. di Bologna*, avril 1875). Il observa sur les parois des capillaires des mouvements sarcodiques produisant des déformations des vaisseaux et leur donnant un aspect moniliforme très irrégulier. L'auteur conclut : 1° que les capillaires sont contractiles; 2° que leur contractilité est celle de la substance sarcodique; 3° que cette forme de contractilité échappe à toutes les lois physiologiques qui dominent la contractilité des vaisseaux pourvus de fibres musculaires.

Le fait du resserrement des capillaires par points isolés se confirme donc à mesure que les travaux se multiplient. Stricker y revient dans un nouveau travail (*Sitz. d. Kaiser. Akad. Wienn.*, LXXIV, p. 313, 1876); il ajoute aux résultats de ses précédentes recherches plusieurs points importants, notamment le suivant. Sur des larves de grenouilles immobiliées par le curare, les capillaires, après s'être rétrécis sous l'influence de courants d'induction, présentent un diamètre supérieur à leur diamètre primitif. Chez les mêmes animaux paralysés des mouvements volontaires par l'immersion dans l'alcool au tiers, les vaisseaux capillaires présentent spontanément des alternatives de resserrement et de dilatation.

La dilatation plus grande que présente le capillaire après s'être énergiquement resserré est comparable à la dilatation exagérée que présentent les vaisseaux munis d'une tunique contractile, quand on a provoqué leur rétrécissement par l'excitation des vaso-moteurs : il peut y avoir là un argument nouveau en faveur du rapprochement à établir entre les vaisseaux capillaires à parois munies de noyaux protoplasmiques et les artérioles pourvues d'une véritable tunique musculaire; la dilatation consécutive peut se présenter de part et d'autre comme un phénomène de fatigue.

Cependant quelques auteurs et particulièrement un physiologiste italien, M. Severini, de Pérouze, ont considéré la dilatation des capillaires comme un acte primitif, capable de se produire d'emblée, sous l'influence d'excitations d'une certaine nature. M. Severini a publié en 1878 un travail fort étendu sur l'innervation des vaisseaux (*Ricerche sulla innerv. dei vasi sanguigni*, Perugia). Après avoir examiné les points faibles de la théorie des nerfs vaso-dilatateurs, il se déclare partisan de l'hypothèse ancienne de Prohaska, remise en honneur par M. Brown-Séquard, adoptée d'abord (1866), puis repoussée par M. Vulpian, l'hypothèse de l'*attraction du sang par le tissu en fonction*. Il se fonde sur un certain nombre d'expériences comparatives sur la membrane nictitante de la grenouille et sur le mésentère de quelques mammifères. Supposant que les modifications subies par les noyaux pariétaux des capillaires peuvent être dues surtout à l'influence de l'un des deux gaz du sang, il a soumis des membranes détachées de l'animal et conservées vivantes sous l'influence du froid, à l'action de l'oxygène et de l'acide carbonique, avec la chambre à gaz de Stricker. Il donne comme constants les résultats suivants. « L'action de l'oxygène se révèle immédiatement par un gonflement peu à peu croissant des noyaux pariétaux qui au bout d'une à deux minutes ont acquis leur maximum d'épaisseur. Ce gonflement s'associe à un raccourcissement et leur donne une forme renflée qui rétrécit considérablement le calibre du vaisseau. Ce rétrécissement va rarement jusqu'à l'oblitération complète, quand on se borne à examiner la membrane clignotante de la grenouille. Souvent, mais non d'une façon constante, on observe un resserrement uniforme des parois des capillaires, même dans les points où il n'existe pas de noyaux fusiformes. » (P. 93.) « L'action de l'acide carbonique, au contraire, rend le plus souvent amincis, effilés et plus longs les noyaux de Golubew; alors même qu'un certain degré de gonflement se produit au reste persistant, cette saillie se prononce vers l'extérieur; toujours et immanquablement le calibre du capillaire augmente aussi bien au niveau des noyaux pariétaux que dans les points où ces noyaux font défaut et qui en sont très éloignés. » (P. 96.)

M. Severini conclut « contre la théorie vaso-dilatatrice, en faveur d'une dilatation trophique des capillaires » (p. 103).

Sans nous arrêter sur la valeur de l'hypothèse que nous n'avons point à examiner ici, retenons seulement de ces recherches que les capillaires seraient capables d'une véritable dilatation active sous l'influence de certaines excitations. Notons aussi que les recherches de M. Severini confirment celles de Stricker sur le resserrement actif des vaisseaux capillaires.

Un travail tout récent semble enfin avoir fourni à cette notion de la contractilité des capillaires la somme de certitude nécessaire pour lui donner désormais droit de cité dans la science : c'est un nouveau travail de M. Rouget. Dans une note communiquée à l'Académie des sciences le 5 mai 1879, et dans une communication orale faite au congrès de l'Association française (session de Montpellier, septembre 1879), M. Rouget a de nouveau affirmé la contractilité des capillaires sanguins. Cette propriété appartient non à l'endothélium proprement dit, mais aux cellules protoplasmatiques ramifiées qu'entourent de leur réseau le tube endothélial. On observe le resserrement actif des capillaires dans la membrane natatoire des têtards de batraciens et sur la membrane capsulo-pupillaire de mammifères nouveau-nés ou d'embryons de divers âges.

Quelques recherches entreprises par nous-même dans un but purement critique nous ont amené à observer à notre tour le resserrement moniliforme des capillaires dans la membrane des appendices latéraux de têtards de grenouilles et dans la portion caudale d'embryons de poissons.

Si donc la contractilité des vaisseaux capillaires sanguins, dont la démonstration serait due surtout aux recherches de Stricker en Allemagne et de Ch. Rouget en France, doit être admise comme un fait acquis, quelle idée peut-on se faire du rôle que cette propriété remplit dans les phénomènes mécaniques de la circulation?

IV. *Rôle de la contractilité des vaisseaux capillaires.* — Il faut laisser absolument de côté l'hypothèse ancienne sur laquelle nous avons insisté au début de cette étude, l'influence du système capillaire considéré comme un « cœur périphérique ». Magendie a fort bien dit, et on a justement admis depuis, que le resserrement des capillaires ne peut produire d'autre effet que de faire obstacle au cours du sang, et qu'il n'y a aucune raison pour comprendre que leur resserrement soit capable de faire progresser le sang plutôt du côté des veines que du côté des artères. Mais on peut se représenter la contraction de ces vaisseaux comme pouvant diminuer ou suspendre complètement l'afflux sanguin dans un département limité. Les capillaires auraient ainsi le pouvoir de régler l'étendue des contacts entre le sang et les éléments anatomiques, et présideraient, en dernière analyse, à la circulation intime des tissus. Cette manière d'envisager le rôle de la contractilité des capillaires paraît trouver un appui dans la connaissance aujourd'hui bien établie d'anastomoses directes, de canaux de dérivation, entre les artères et les veines.

Ces communications observées depuis bien longtemps chez les vertébrés inférieurs, notamment chez les poissons, existent aussi chez les animaux à sang chaud, où elles ont été surtout étudiées au point de vue physiologique.

On les trouve indiquées dans les auteurs du commencement du siècle, par exemple par Richerand (*Eléments de physiologie*, t. I, p. 371, 1820). Plus tard Bérard, dans son *Cours de physiologie*, publié en 1851, dit que dans certains cas les anastomoses entre les artères et les veines peuvent s'établir par des capillaires d'un fort volume; d'autres fois même on aurait constaté qu'une artériole visible à l'œil nu se recourbe en anse et se continue avec une veinule (t. III, p. 759). Mais c'est surtout aux recherches de Cl. Bernard, de Virchow, de Lucquet, de Sappey, et aux travaux plus récents de Hayer (de Varsovie) (*Arch. f. mikr. anat.*, Bd XIII, 1876), que sont dues les notions précises sur ce point important.

« Il y a en quelque sorte un double système capillaire, une double voie circulatoire offerte au sang qui doit passer des artères dans les veines, » a dit Cl. Bernard (*Tissus vivants*, p. 415).

On conçoit en effet que si les capillaires d'un organe, d'un tissu, viennent à se resserrer, les éléments anatomiques de cet organe, de ce tissu, recevront moins de sang : leur fonctionnement comme éléments glandulaires, musculaires, nerveux, en sera modifié, mais ces changements dans la circulation périphérique pourront être très importants sans qu'il en résulte de modifications dans l'économie générale de la circulation. Les artères unies aux veines par les canaux de dérivation continueront, malgré l'obstacle capillaire proprement dit, à fournir le même débit dans les veines.

Il se produira ici quelque chose d'analogue à ce qu'on détermine dans certains appareils de physique avec les robinets à trois voies : suivant que la clef est tournée dans tel ou tel sens, le courant d'un fluide peut être lancé dans une direction ou dans une autre sans que la pression du fluide en amont des robinets soit en rien modifiée. Aussi peut-il se produire, à l'insu du physiologiste qui explore avec un manomètre la pression latérale dans une artère, des modifications importantes dans la circulation intime des tissus auxquels cette artère distribue le sang : il faudra tenir compte de ces remarques dans un grand nombre d'expériences, et ne pas croire qu'on a le moyen de déterminer tous les détails de la circulation périphérique en examinant l'état de la pression sanguine dans les artères. Ces notions prennent aussi une importance extrême dans l'étude des circulations locales. Nous sommes habitués à ne considérer que l'effet des nerfs vasculaires sur la circulation des organes; nous savons, depuis les belles recherches de Cl. Bernard, que le système vaso-moteur, en exagérant ou en restreignant, par les changements de calibre qu'il produit dans les vaisseaux, l'afflux sanguin dans les tissus, peut modifier indépendamment le cours du sang dans des organes ou dans des portions d'organes en apparence solidaires au point de vue hydro-dynamique. Mais s'il est bien établi que les capillaires, qui ne reçoivent pas de nerfs, peuvent modifier leur diamètre et proportionner, par cette action toute périphérique et isolée, l'irrigation sanguine aux besoins actuels et constamment variables des éléments anatomiques, l'histoire des circulations locales se complique singulièrement.

A bien d'autres points de vue encore l'étude de la contractilité capillaire présente une importance considérable. Nous aurons peut-être l'occasion d'y revenir : ce qui précède suffit pour légitimer l'étendue que nous avons cru devoir donner aux détails historiques qui précèdent.

François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Étude clinique et anatomo-pathologique de l'empoisonnement par les champignons. Discussion sur le traitement. — Empoisonnement mortel de cinq personnes par des amanites phalloïdes (amanites bulbeuses vertes), par MM. les docteurs Chouet, médecin militaire, et Pélissié, médecin à Luzech (Lot).

(Fin. — Voyez le numéro 5.)

Nous citerons maintenant, en les résumant rapidement, les observations et les notes de MM. Ovide Lallemant et Chevrel (*loc. cit.*). Dans les cas rapportés par ces médecins, les premiers accidents, vomissements et diarrhée, se montrèrent environ dix heures après l'ingestion des champignons vénéneux, qui étaient aussi, semble-t-il, des *amanites phalloïdes*.

Obs. VI. — Premier malade, pas de notes cliniques suffisantes; mort trente-quatre heures après le repas.

Obs. VII. — Deuxième malade; mort trente-cinq heures après le repas.

Obs. VIII. — Troisième malade; vomissements et diarrhée cholériformes, coliques, soif ardente, peau froide, pouls faible et fréquent, mouvements convulsifs, crampes, hoquets, cris perçants, constriction épigastrique, affaiblissement graduel de la sensibilité. Mort le quatrième jour. Autopsie : gastro-entérite légère, congestion des vaisseaux mésentériques.

Obs. IX. — Quatrième malade, vomissements et diarrhée, coliques, soif ardente, peau froide, pouls petit et fréquent, somnolence, hoquets, agitation, dyspnée, douleurs en ceinture à la base de la poitrine. Mort le huitième jour. Autopsie : mêmes lésions anatomiques.

Obs. X. — Cinquième malade, vomissements et diarrhée cholériformes, coliques, soif vive, symptômes nerveux intenses, urines rares, selles sanguinolentes, agitation, cris perçants, douleurs à la base de la poitrine et dans les lombes, etc. Mort le huitième jour. Autopsie : mêmes lésions. « Le sang ruisselle à la surface du côlon descendant. »

Obs. XI. — Sixième malade, mêmes symptômes cholériformes au début, somnolence, hoquets, selles glaireuses ; amélioration progressive, guérison, lenteur de la convalescence.

Les observations rapportées par M. le docteur J. Michel sont plus détaillées que les précédentes; voici le résumé et la marche des principaux symptômes :

Obs. XII. — Premier malade, les accidents surviennent huit heures après le repas. Céphalalgie, soif intense, coliques, vomissements et diarrhée, douleurs articulaires, hoquet, peau froide, pouls petit et fréquent, contraction inégale des pupilles, retard de la sensibilité, agitation, cris, somnolence, convulsions, délire, peau chaude et humide ; convalescence, le sixième jour, ictère passager, guérison.

Obs. XIII. — Deuxième malade, les accidents surviennent huit heures après le repas. Courbature, soif intense, coliques, vomissements et diarrhée, peau froide, pouls petit et fréquent, hoquets, anurie, pupilles contractées, insomnie, sueurs, courbature générale, céphalée ; convalescence assez rapide.

Obs. XIV. — Troisième malade, accidents survenus onze heures après le repas. Vomissements et diarrhée cholériformes, coliques, cyanose et algidité progressives, coma, contraction des pupilles, ralentissement du pouls et de la respiration, absence complète de sensibilité. Mort trente et une heures après le repas fatal. L'autopsie n'a pas été faite.

Obs. XV. — Quatrième malade, vomissements, diarrhée, céphalée, torpeur, peau froide, pouls petit et fréquent, coliques, courbature. Guérison.

Quant aux faits rapportés par M. le docteur de Soyre, ils ne sont pas toujours accompagnés des détails cliniques nécessaires. Dans un premier empoisonnement par des *amanites phalloïdes*, sur six convives du repas fatal deux moururent, deux jeunes enfants; il n'est pas donné le moindre renseignement médical. Dans un deuxième empoisonnement par la même espèce de champignons, cinq personnes furent atteintes : le père (trente-cinq ans), la mère (quarante et un ans), deux petites fillettes de trois et neuf ans et un garçon de sept ans; les deux plus jeunes enfants moururent; les premiers accidents se manifestèrent de neuf heures et demie à dix, neuf heures après le repas.

On retrouvera chez ces malheureux les différents symptômes signalés dans nos autres observations, à savoir : des *vomissements* et des *selles cholériformes*, des *coliques*, des *crampes* aux jambes, une *face hippocratique*, de l'*anxie*, une *rachialgie intense*, de l'*abaissement de la température;* plus tard, des *selles sanglantes;* chez les enfants, de l'*assoupissement*, des *convulsions;* la mort est survenue chez la petite fille de trois ans, cinquante-huit heures, chez son frère soixante-huit heures après l'injestion des champignons. Chez les autres la convalescence fut lente ; chez la mère le médecin traitant avait été frappé de l'analogie des symptômes avec ceux du choléra asiatique.

M. le docteur J. de Soyre rapporte encore l'histoire d'un autre empoisonnement par l'*amanite bulbeuse blanche ;* sur trois personnes dont l'une mourut, on voit se dérouler la même série de symptômes : *vomissements et diarrhée cholériformes, facies cholérique, abaissement de la température, petitesse du pouls,* affaissement ; dans le cas mortel, des *convulsions,* des *crampes* horribles, une *figure froide et crispée,* des lèvres tremblantes, de la *rigidité des membres* avec *sueur glaciale,* puis la période comateuse, et la mort soixante-dix heures après le repas.

Voici maintenant le cas observé par M. le docteur Carayou : Cinq soldats mangent, entre huit et neuf heures du soir, une grande quantité d'amanites bulbeuses récoltées dans la journée; les premiers accidents surviennent le lendemain matin seulement entre sept et huit heures, soit environ onze heures après le repas. Disons en passant qu'une femme employée à la cantine et qui avait mangé des pommes de terre préparées avec ces champignons fut également très malade, mais guérit. Quant aux cinq malheureux, ils présentèrent la série de symptômes suivants : des *nausées*, des *vomissements* et *selles cholériformes* liquides, incessants, une anxiété extrême, de la *cyanose*, de l'*algidité*, de la *petitesse du pouls*, des *sueurs froides*, des crampes, de la douleur épigastrique ; vers la fin du premier jour, des *selles sanguinolentes;* chez deux la mort survint le deuxième jour, le troisième chez deux autres, soit trente et une, quarante, soixante-sept et soixante-huit heures après le repas. Le dernier, après une rémission apparente d'une durée de deux jours, présentait de nouveau les symptômes les plus graves, des *hémoptysies* répétées, une *agitation* continuelle, de la fièvre, et mourait le sixième jour, cent trente-neuf heures après l'ingestion du poison. Quatre autopsies furent faites et l'on trouva : « une vive inflammation de l'estomac et de l'intestin grêle, dont la muqueuse ramollie s'enlevait par le simple frottement du doigt ; dans un cas celle-ci était boursouflée au point d'obstruer presque complètement l'ouverture du pylore ; au cæcum spécialement existait une *psorentérie* des plus manifestes. La congestion pulmonaire hypostatique que l'on avait notée chez tous était plus accusée chez celui qui avait eu des hémoptysies et dont la base du poumon gauche était fortement engouée. Légère congestion du foie et des reins. Cœur et vaisseaux remplis d'un sang noir liquide. Chez le dernier mort, *les méninges étaient manifestement congestionnées.* »

Enfin M. le docteur Fouriaux, professeur suppléant à l'Ecole de Clermont, a bien voulu nous communiquer les faits suivants dont il a été le témoin. Cinq personnes, dont deux enfants, mangent à midi des *amanites phalloïdes* qui sont trouvées délicieuses. De deux à trois heures après le repas, se montrent d'une manière uniforme des phénomènes nerveux d'*excitation cérébrale*, une *véritable ivresse*, des *vertiges*, des *bourdonnements*, de l'*incertitude* et de l'*incoordination dans les mouvements*, des *soubresauts de tendons*, du *refroidissement*, une *semi-paralysie* des membres inférieurs, des *hallucinations*, du *délire* dans les idées et dans les actes, un affaissement et une fatigue extrêmes. L'émétique, des lavements purgatifs au sulfate de soude et au sené, furent immédiatement administrés; on donna ensuite du café. Les champignons furent presque tous rendus par les vomissements; aussi les troubles gastro-intestinaux n'eurent pas le temps de se manifester... Cinq à six heures après le début tout avait disparu et il ne restait plus de traces de cette excitation cérébrale ; seules la fatigue et la courbature persistèrent jusqu'au lendemain : du reste pas le moindre trouble stomacal.

Ces diverses observations montrent, à n'en pas douter, que l'empoisonnement par des champignons de même espèce, ou du moins d'espèces voisines, présente, avec une série de symptômes caractéristiques, deux périodes bien distinctes: Dans la première, qui est celle des accidents cholériformes, nous relevons un ensemble de phénomènes qui apparaissent de huit à douze heures après le repas fatal et se succèdent d'après un ordre régulier. Les malades commencent par ressentir un certain malaise, quelquefois de la céphalalgie ; dans certains cas, de l'excitation cérébrale et une véritable ivresse ; cette période prodromique dure de deux à douze heures. Surviennent ensuite des vomissements et une diarrhée cholé-

riformes parfois incoërcibles, des coliques, une soif ardente, de l'abaissement de la température générale, de la fréquence de la respiration et du pouls qui est en même temps petit, de l'hébétude et une somnolence plus ou moins marquée, selon le degré de résistance des sujets et la quantité de poison absorbé, un facies cholérique, des urines rares, foncées, assez souvent même de l'anurie, des crises de hoquet et, si la mort doit survenir à cette période, de la cyanose et de l'algidité rapidement progressives, puis le coma final. Les vomissements sont composés de matières liquides, séreuses, puis bilieuses; ils entraînent quelquefois au début des fragments de champignons en plus ou moins grande quantité. Les selles d'abord purement séreuses deviennent à la longue muqueuses, noirâtres et sanguinolentes. Par le repos se déposent dans le liquide des selles, et parfois dans celui des vomissements de petits filaments brunâtres, constitués sans doute par des débris du tissu ou par des basides des champignons ingérés.

Signalons aussi comme symptôme rare, observé vers la fin de la première période, des *hémoptysies* répétées coïncidant avec de l'engouement pulmonaire de la base, et cet autre phénomène morbide si curieux, l'*urticaire* qui, pendant environ cinq heures, occupa la face antérieure des avant-bras en s'accompagnant d'un érythème et d'un prurit intenses, troubles liés, ainsi que nous le verrons, à des lésions cérébrales localisées.

Lorsque les malades doivent guérir, les accidents cholériformes sont moins graves; il en est de même des troubles nerveux, les lésions encéphaliques paraissant alors se borner à une simple congestion. La gastro-entérite consécutive aux phénomènes cholériformes (purgation drastique) restera légère; la convalescence sera cependant longue. Il ne faut pas non plus se laisser prendre aux apparences trompeuses d'une espèce de rémission qui dans nos observations III, IV et V est survenue pendant ou après la phase cholériforme, et dont la durée a varié de cinq à quarante-huit heures.

D'ordinaire l'empoisonnement, quoique plus lent dans son action, n'en aboutit pas moins à une terminaison fatale : l'on passe alors à la deuxième période caractérisée par des troubles nerveux plus ou moins intenses. Mais d'abord la gastro-entérite présente tous les symptômes d'une véritable dyssenterie avec des selles muqueuses noirâtres, sanguinolentes, avec du ténesme, des coliques; c'est à ce moment que s'observe quelquefois de l'ictère, lié à une lésion du foie, sans gonflement notable, ni douleur du côté de cet organe. En même temps, avec des symptômes assez brusques et bruyants se développe et évolue une *méningite inflammatoire* aiguë, le plus souvent mortelle. Les phénomènes nerveux s'étaient bornés jusqu'ici à de la somnolence, à de l'affaiblissement de la sensibilité, à de la torpeur, de la lenteur dans l'idéation et la parole; la scène change et devient plus bruyante. La température remonte graduellement et atteint un degré assez élevé (39 à 40 degrés) qu'elle conservera jusqu'à la mort; le pouls, tout en restant petit, est plus fréquent, l'on peut compter alors jusqu'à 140 pulsations; la respiration est aussi plus fréquente, mais rarement dyspnéique; quelques vomissements reparaissent avec des crises pénibles de hoquet. Les pupilles sont contractées parfois d'une manière inégale. La somnolence, d'abord entrecoupée par de fréquentes périodes d'excitation, disparaît ensuite pour faire place à une agitation presque continue.

On observe alors des convulsions localisées des yeux, des muscles de la face, ou d'autres plus ou moins généralisées, du grincement des dents et des soubresauts de tendons, du délire tranquille, plus tard du délire d'action. Les malades poussent fréquemment des cris plaintifs, hydrocéphaliques, s'agitent constamment, s'asseyant parfois sur leur lit, le torse raide, les yeux grands ouverts et fixes. Plus tard le corps entier contracturé, la tête étant renversée en arrière (*opisthotonos*), ne forme plus qu'une pièce rigide reposant sur le lit seulement par les talons et l'occiput; le trimus vient dans certains cas compléter la ressemblance avec le tétanos. Ces contractures ne sont pas ainsi toujours généralisées; elles siègent parfois seulement dans les mollets et les avant-bras et sont passagères ou continues, le plus souvent très douloureuses.

Un phénomène assez constant à cette période est une douleur atroce qui contourne en ceinture la base de la poitrine et qui des lombes s'irradie dans les parois abdominales. Mais à mesure que l'on se rapproche de la terminaison fatale, cette excitation disparaît pour faire place à une résolution générale, quelquefois à de la paralysie complète de certains membres, les autres étant encore agités par des contractions passagères. Les pupilles, de plus en plus dilatées, deviennent insensibles à la lumière; la température baisse, mais reste encore assez élevée, fébrile jusqu'à la mort. Des taches ecchymotiques d'un rouge brunâtre parsèment la peau, qui se couvre en outre de sueurs profuses. Les selles et la miction sont involontaires. La sensibilité générale s'éteint graduellement; puis vient le coma, suivi au bout de quatre à cinq heures d'une mort tranquille. Assez longtemps après le cadavre avait encore conservé un certain degré de chaleur centrale.

L'*anatomie pathologique* de cet empoisonnement, inconnue jusqu'à ce jour, du moins pour les altérations du système nerveux central, donne l'explication parfaite des divers troubles gastro-intestinaux et nerveux dont nous venons de retracer rapidement le tableau général. Voici, en effet, les lésions anatomiques que nous avons trouvées dans les deux autopsies qu'il nous a été permis de faire.

Obs. IV. — (*Autopsie de Aug. C., faite vingt-huit heures après la mort.*) Notons d'abord la pâleur terreuse de la face, la coloration brunâtre des extrémités et la rigidité cadavérique peu prononcée.

1° *Organes abdominaux*. A l'ouverture de la cavité abdominale les muscles sont très pâles; mais en revanche les vaisseaux mésentériques sont fortement gorgés de sang noir semi-liquide.

L'*estomac* présente, vers le pylore, une vascularisation par plaques et des ecchymoses punctiformes. Sa surface interne est recouverte d'une couche de mucus visqueux, grisâtre; la muqueuse est ramollie et l'épithelium s'enlève facilement par le raclage en formant comme une bouillie. L'estomac renfermait trois ascarides lombricoïdes encore vivants; disons de suite que nous avons trouvé une vingtaine de ces vers aussi vivants, assez gros et réunis par paquets de quatre à cinq, dans la partie supérieure de l'intestin. Notons ce fait curieux au point de vue de l'action du poison.

La portion supérieure de l'*intestin grêle* contenait encore une bouillie gris noirâtre, couleur chocolat, formée probablement par le résidu des champignons ingérés; le reste du tube intestinal était absolument vide. Les vaisseaux, gorgés de sang noir, forment sur toute l'étendue de l'intestin une riche arborisation; les valvules conniventes, en général, et quelques plaques de Peyer font une saillie assez prononcée. Comme dans l'estomac la muqueuse est ramollie et s'enlève en bouillie par le raclage.

Dans le *gros intestin* existent les mêmes altérations, mais à un degré beaucoup plus accentué. Nous n'avons trouvé nulle part sur toute la longueur du tube intestinal la moindre ulcération ou déchirure de vaisseaux pouvant avoir produit les selles sanguinolentes; le sang aurait donc transsudé des vaisseaux.

La *rate* paraît normale, elle est un peu dure cependant.

Les *reins*, très pâles à la section, sont très anémiés, mais sans autre lésion apparente.

Le *foie* est le siège de lésions autrement importantes : il est dur, volumineux, d'un rouge pâle, parsemé sur ses faces antérieure et supérieure de nombreuses *taches brunâtres ecchymotiques*. A la section il ne s'écoule que peu de sang, mais nous trouvons des *ecchymoses rougeâtres nombreuses* disséminées par îlots dans toute l'épaisseur de l'organe; les lobules hépatiques présentent une coloration jaune foncé, terreuse. La vésicule est à moitié remplie d'un liquide bilieux, verdâtre, épais.

2° *Organes thoraciques*. Les *poumons*, très pâles, presque exsangues, crépitent dans toute leur étendue; il y a un peu de

congestion hypostatique dans la portion inférieure du lobe inférieur droit.

Le *cœur* est en systole et, sauf de la pâleur du myocarde, paraît normal; les ventricules, surtout le droit, renferment quelques caillots peu consistants (*post mortem*), sirupeux, de couleur noirâtre. Les gros vaisseaux contiennent un sang noir, liquide, poisseux. Rien d'anormal dans le péricarde.

3° *Organes encéphaliques*. Les principales lésions se rencontrent sur les organes encéphaliques. Les *méninges* présentent une hyperhémie intense généralisée, le liquide céphalo-rachidien fait absolument défaut, la surface arachnoïdienne est à peine butréfiée. Les artères et veines de la *pie-mère* sont gorgées d'un sang noir, mais nous ne voyons ni ecchymoses, ni hémorrhagies superficielles; cette membrane un peu *louche*, mais sans taches laiteuses, ne se détache que très difficilement de la surface du cerveau et non sans la déchirer. La substance cérébrale est dure cependant; les lobes frontaux sont congestionnés. Les *plexus choroïdes*, les artères et veines des *ventricules latéraux*, sont aussi gorgés de sang; dans les *corps opto-striés* existe cette même congestion, bien nette à la coupe.

Sur la *protubérance* et le *bulbe*, la méningite est encore plus accusée. Des coupes horizontales nous montrent le premier de ces organes fortement hyperhémié, surtout dans sa substance grise, où se dessinent à l'œil nu un certain nombre de petits vaisseaux plexueux encore remplis de sang caillé. Les mêmes lésions se retrouvent, quoique moins accusées, dans la substance grise du *bulbe* et de la portion supérieure de la *moelle*. La méningite s'est aussi étendue sur le cervelet, dont la substance blanche est parsemée d'un piqueté rougeâtre des plus apparents.

Parmi les diverses lésions que nous venons de signaler, il s'en trouve au moins deux des plus caractéristiques : nous voulons parler de l'*état spécial du foie* et de la *méningo-encéphalite*, faits sur lesquels nous reviendrons avec plus de détails.

Obs. V. — (*Autopsie de B. C., faite vingt-six heures après la mort.*) La face est d'une pâleur cireuse, la peau du tronc est parsemée de nombreuses plaques ecchymotiques d'un brun rougeâtre, la rigidité cadavérique n'est que peu prononcée.

1° *Organes abdominaux*. — Comme dans le cas précédent, les *vaisseaux mésentériques* sont gorgés d'un sang noir.

L'*estomac*, qui contient environ 250 grammes d'un liquide brunâtre sanguinolent, présente, dans le grand cul-de-sac, et surtout au voisinage du pylore, de larges plaques de congestion avec une ecchymose sous-muqueuse bleuâtre de la largeur d'une pièce de 5 francs en argent. La muqueuse, ramollie, s'enlève facilement par le raclage.

L'*intestin grêle* et surtout le *gros intestin* sont le siège des lésions de l'entérite que nous avons constatées dans le cas précédent. Les vaisseaux du côlon descendant et du rectum sont turgescents; nous cherchons vainement des ulcérations le long de l'intestin.

Le *foie*, volumineux, dur, offre à la surface une coloration rouge brunâtre. A la section, on constate la dureté de toute la substance de l'organe. Les lobules hépatiques ont une coloration jaune foncée, sale, terreuse; à leur centre se voient ou des vaisseaux gorgés d'un sang noir, ou des caillots assez durs provenant d'hémorrhagies récentes : c'est un peu l'aspect grossier du *foie muscade*.

2° *Organes encéphaliques*. — Les lésions encéphaliques sont les mêmes que celles de l'observation précédente, mais la *méningo-encéphalite* est arrivée ici à un degré plus avancé d'évolution. Le liquide céphalo-rachidien manque complètement; la surface arachnoïdienne est un peu dépolie. La *dure-mère*, fortement congestionnée et épaissie, présente, des deux côtés, vers la région fronto-pariétale supérieure, des fausses membranes filamenteuses qui l'unissent à la face interne des os du crâne. Ces lésions sont plus accentuées à droite. En ces mêmes points la dure-mère, *épaissie en plaques laiteuses*, adhère aux autres méninges. La pie-mère, fortement injectée, est aussi louche et épaissie. Au niveau des circonvolutions frontale ascendante et pariétale droites, c'est-à-dire au point où les adhérences méningées sont le plus prononcées, existent de larges plaques ecchymotiques; à gauche, sur les mêmes circonvolutions, mais un peu plus bas, vers le tiers moyen, nous trouvons des lésions semblables.

Notons ce fait en passant, au point de vue des localisations cérébrales : ces lésions organiques correspondaient, en effet, à une paralysie de la jambe gauche et du bras droit; le même sujet avait présenté de l'urticaire localisée aux deux avant-bras.

Le cerveau, quoique dur, se déchire à la surface quand on enlève la pie-mère. Les vaisseaux qui suivent la scissure de Sylvius, le sillon de Rolando et les divers sillons cérébraux, les plexus choroïdes sont turgescents. Cependant, l'injection vasculaire de la substance cérébrale n'est bien apparente qu'au voisinage des *corps optostriés*. Les nerfs crâniens, surtout les nerfs optiques, sont ramollis.

La méningite est encore plus marquée sur la *protubérance*; celle-ci, ramollie, est fortement congestionnée dans la substance grise, surtout vers les régions antéro-inférieures. Le *bulbe* présente les mêmes lésions à un plus faible degré : il existe aussi de la *méningite cérébelleuse* et du ramollissement, avec congestion du cervelet.

En résumé, comme dans le cas précédent, nous trouvons d'importantes altérations organiques, savoir : la gastro-entérite avec *état spécial du foie*, et une *méningo-encéphalite*, surtout localisée à la *protubérance* et au *bulbe*, et ayant déjà produit des adhérences cérébro-méningées dans le voisinage des centres excito-moteurs.

L'*anatomie* et la *physiologie pathologiques* de l'empoisonnement par les champignons ne sont donc pas moins curieuses que la symptomatologie. Nous n'insisterons pas sur l'*anémie* de certains organes, tels que les muscles, les reins, les poumons, facilement explicable par des pertes séreuses si abondantes, ni sur l'*engouement* que l'on trouve parfois à la base des poumons, ni sur la *gastro-entérite* que nous avons vue siéger dans la partie supérieure du tube gastro-intestinal et dans le gros intestin; mais nous appellerons l'attention sur l'état spécial du sang qui est noir et poisseux. Les altérations anatomiques du foie et de l'encéphale nous paraissent autrement importantes. A un premier degré, le foie était volumineux, dur, comme farci d'ecchymoses superficielles et profondes; plus tard, au deuxième degré, le lobule hépatique prenait une couleur sombre, jaune, terreuse, louche; les veines sus-hépatiques étaient alors turgescentes ou rompues en certains points, et la substance de l'organe, parsemée ainsi d'*hémorrhagies intralobulaires*, avait l'apparence d'une mosaïque grossière, d'un *foie muscade*. Faut-il voir dans cette dégénérescence du lobule une action spéciale du poison agissant sur l'organe même d'une façon analogue à certaines autres substances toxiques, le phosphore, l'arsenic, l'alcool, etc.; ou bien ces altérations et ces hémorrhagies seraient-elles simplement le résultat de l'augmentation de la tension sanguine? Nous avions, en effet, constaté dans nos cas que, dès le début, le pouls était fréquent, *petit, mais non dépressible*. Quoi qu'il en soit, c'est à cette altération hépatique qu'il faut rapporter l'*ictère* et peut-être aussi les troubles urinaires.

Les lésions du système nerveux cérébral se bornent, en un premier degré, à de la *congestion méningo-encéphalique*, assez prononcée dans certains cas pour produire les phénomènes d'une véritable ivresse; la seconde période se signale par un *processus* inflammatoire. Le liquide céphalo-rachidien se résorbe; les méninges, fortement hyperhémiées, perdent graduellement de leur transparence et deviennent louches, épaisses par plaques; des tractus néomembraneux ne tardent pas à les unir entre elles et avec la surface des os du crâne. La substance cérébrale elle-même, soumise à une congestion active, ainsi que les nerfs crâniens, la protubérance, le bulbe, la portion supérieure de la moelle, sont à leur tour le siège d'un certain degré d'inflammation et de ramollissement : ainsi évolue la *méningo-encéphalite*, les lésions étant surtout prononcées sur la *protubérance* et le *bulbe*. L'examen de la portion supérieure de la moelle et l'ensemble des symptômes observés durant la maladie nous portent à admettre que des altérations semblables devaient exister le long du système médullaire. Parmi les nombreux symptômes nerveux de cette *méningite cérébro-spinale*, nous rappellerons ici les phénomènes paralytiques ultimes : M. Rabuteau, en effet, dans des expériences sur les animaux avec des champignons vénéneux,

avait observé une sorte de paralysie des membres inférieurs qui l'avait amené à classer ce poison « parmi les agents qui exercent principalement leur action sur les muscles ». Nos observations semblent démontrer que le système cérébro-spinal est primitivement atteint, et que les lésions des muscles, si elles existent, ne sont que secondaires.

Il n'est pas non plus sans intérêt de faire remarquer l'analogie qui peut exister dans certains cas entre la période initiale de cet empoisonnement et l'ivresse alcoolique; l'une et l'autre se manifestent aussi rapidement et par des symptômes semblables, liés à une congestion encéphalique intense et, de plus, à une action spéciale sur les centres nerveux du poison absorbé et apporté par la circulation au contact de leurs éléments intimes. Comme l'alcool aussi, mais avec une bien plus grande rapidité, nous avons vu le poison des champignons produire des adhérences cérébro-méningées et des lésions d'encéphalite. Ces adhérences une fois formées ne disparaissent plus; en admettant donc que nos malades aient pu résister à l'activité du poison qui les a fait succomber, ils seraient restés aliénés, et leur folie aurait revêtu probablement les caractères de la folie paralytique. Par une association d'idées facile à saisir, nous rapprocherons ces observations de celles de folie survenue immédiatement à la suite du choléra (Esquirol, Rayer, Delasiauve).

Nous ne saurions trop insister sur la presque identité de la symptomatologie, voire même des lésions anatomiques, dans le choléra grave et l'empoisonnement par les champignons vénéneux. Il suffit, en effet, de rappeler ici les principaux traits de la description magistrale du choléra faite par M. le médecin-inspecteur Laveran dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Comme dans les faits cliniques que nous avons rapportés, l'on retrouve une première période avec des nausées, des vomissements et des selles répétées, une soif vive, de l'anurie, etc.; une deuxième période *algide* avec des troubles nerveux et circulatoires de plus en plus prononcés et graves; une troisième période, dite de *réaction*, rarement terminée par la guérison, mais s'accompagnant presque toujours d'une *méningo-encéphalite* qui succède à la congestion cérébrale de la phase précédente. L'analyse des symptômes nous montre parmi les complications, de l'urticaire, de l'engouement des poumons, assez souvent même de l'ictère, etc. Quant aux lésions anatomiques, il est fait mention de la saillie des papilles linguales, de gastro-entérite, d'œdème des parois intestinales, de *psorentérie*, de *congestion du foie avec piqueté ecchymotique*, de congestion pulmonaire de la base, parfois avec de petits foyers hémorrhagiques, d'un sang noirâtre, épais, poisseux, de congestion cérébrale, enfin de *méningite inflammatoire*, cette dernière lésion signalée dans un très grand nombre de cas par M. le médecin-inspecteur J. Périer et aboutissant à la formation de plaques opalescentes des méninges.

La ressemblance est donc des plus frappantes et peut être poursuivie jusque dans la physiologie pathologique de chacun de ces poisons.

Discussion sur le traitement. — Avant de terminer cette étude, nous dirons quelques mots sur le traitement.

On ne connaît pas l'antidote du principe toxique des champignons vénéneux; ce poison est, du reste, très peu connu lui-même. M. le docteur Letellier a extrait des *amanites* une substance qu'il a nommée *amanitine* et qu'il prétend être un alcaloïde organique; M. Baudier aurait retiré des mêmes champignons un sel d'alcaloïde non défini et qui serait, selon lui, le principe vénéneux (voy. Bertillon, articles Amanites et Champignons, du *Dictionnaire encycl. des sc. méd.*). De même, Schmiedeberg a isolé de la *fausse oronge*, *Amanita muscaria*, le principe toxique appelé *muscarine*, qui, expérimenté depuis par MM. Prévost, Alison, Vulpian, etc., aurait produit les effets que l'on constate d'ordinaire dans l'empoisonnement par les champignons (voy. H. Chouppe, article Muscarine, du même *Dictionnaire*). Ces différentes substances sont-elles analogues entre elles, ou n'est-ce qu'un seul et même principe? Quelle valeur faut-il accorder aux expériences qui tendent à prouver l'antagonisme entre l'atropine et la muscarine? antagonisme qui existerait seulement lorsque la muscarine, absorbée à haute dose, a produit ou va produire l'arrêt de la circulation? Quoi qu'il en soit, voici les indications du traitement pratique consignées dans l'article cité de M. Bertillon et dans une instruction relative aux champignons comestibles et vénéneux, par le *Conseil de santé des armées* (voy. *Recueil des mémoires de méd. milit.*, 3e série, t. II, année 1859).

Il est recommandé de favoriser au début l'évacuation des champignons, soit par l'émétique, soit par l'ipéca, ou mieux par des moyens mécaniques. Plus tard, dans le même but, il faut avoir recours à des purgatifs huileux, tels que l'huile de ricin, l'huile d'amandes douces, l'huile d'olive, dont l'action serait en même temps favorisée par des lavements purgatifs. Ces purgatifs huileux nous semblent, de plus, avoir l'avantage d'isoler les champignons de la surface intestinale et d'empêcher ainsi l'absorption du toxique. Malgré leur soif ardente, les malades devront s'abstenir de toute espèce de boissons; celles-ci favorisent, en effet, l'absorption du poison, qu'elles dissolvent.

C'est dans le même but que M. Bertillon proscrit absolument les purgatifs pour lesquels un véhicule aqueux est nécessaire. Ces moyens doivent être répétés et continués pendant un certain temps, car, malgré les selles diarrhéiques fréquentes, les résidus des champignons séjournent plusieurs jours dans l'intestin. Contre la cyanose, l'algidité et le coma qui, dans certains cas, accompagnent immédiatement les accidents cholériformes, on fera usage de frictions, de boules d'eau chaude et autres moyens mécaniques, de l'alcool, de l'acétate d'ammoniaque, du café ou autres excitants à l'intérieur.

La gastro-entérite consécutive sera traitée plus tard selon les procédés habituels. Quant au traitement des symptômes nerveux, que l'on supposait être purement fonctionnels et d'ordre réflexe, il n'en est que peu question (potions éthérées).

Appelé trop tard auprès de nos malades, alors que les vomissements, qui duraient depuis dix heures environ, n'amenaient plus ou n'avaient jamais amené de parcelles de champignons, supposant ceux-ci déjà passés dans l'intestin, nous avons tout d'abord fait prendre de l'huile de ricin. Nous avons en même temps prescrit du café par cuillerées à bouche toutes les demi-heures, dans l'idée d'un antagonisme possible entre cette substance et le toxique à combattre. Des cataplasmes laudanisés étaient maintenus sur le ventre. A la période algide (obs. I), c'est en vain que nous eûmes recours aux frictions, aux boules d'eau chaude, à l'acétate d'ammoniaque, vin chaud, thé au rhum. Plus tard, contre les selles dyssentériformes, on fit usage d'eau albumineuse, de lavements amidonnés avec quelques gouttes de laudanum; ce dernier médicament ne fut employé qu'avec une certaine réserve à cause des accidents cérébraux. Après la première autopsie et les lésions anatomiques constatées, nous cherchâmes à combattre, trop tard peut-être, la méningite cérébrale par des compresses d'eau froide sur la tête, du bromure de potassium à haute dose, du café, des sinapismes, puis des vésicatoires sur les membres et à la nuque.

Notre traitement ne s'est donc pas écarté des principes généraux résumés dans le savant article de M. Bertillon (*loc. cit.*), mais, comme dans la plupart des cas de ce genre, il n'en est pas moins resté sans résultat efficace.

Conclusions. — Le principe toxique des champignons vénéneux, du moins des *Amanites phalloïdes* ou autres espèces voisines, porte tout d'abord son action sur le système nerveux cérébral; les troubles de l'appareil gastro-intestinal, ceux de

la circulation, de la respiration, de la température, seraient consécutifs.

Ce poison, absorbé à une dose forte, massive, provoque de violents accidents cholériformes, de l'abaissement de la température, du ralentissement des battements du cœur et de la respiration; alors il tue généralement dans cette première période (obs. I et XIV), après une agonie plus ou moins comateuse.

A dose plus faible, il agit plus lentement et produit des accidents cholériformes moins graves, de l'abaissement de la température, mais de la fréquence de la respiration et du pouls qui est en même temps petit et non dépressible, de l'hébétude et de la somnolence, dans certains cas une véritable ivresse ; c'est là une première période de l'empoisonnement. Dans une deuxième période, quelquefois précédée par une courte phase de rémission apparente, se déroulent les divers symptômes d'une *méningo-encéphalite aiguë* aboutissant à la mort, du troisième au huitième jour. Lorsque la guérison doit survenir, les accidents ne dépassent pas la première période ; les troubles nerveux résultent d'une simple congestion méningo-cérébrale qui ne disparaît que lentement.

La ressemblance entre le choléra grave et l'empoisonnement par les champignons est presque parfaite dans la symptomatologie, l'anatomie et la physiologie pathologiques.

Le médecin, appelé le plus souvent lorsque se manifestent les vomissements et les selles cholériformes, c'est-à-dire lorsque l'intoxication s'est déjà faite, devra donc, dès le début, chercher à provoquer l'expulsion des champignons par les moyens ci-dessus recommandés; mais, en même temps, il combattra énergiquement la congestion cérébrale encore latente, par des sinapismes aux extrémités, des compresses d'eau froide sur la tête, du bromure de potassium et des moyens plus vigoureux si c'est nécessaire. Le pronostic sera toujours grave, même malgré la bénignité apparente des symptômes.

Nous soumettons ces réflexions aux praticiens compétents, car nous serions heureux de profiter de leurs conseils et d'observations analogues aux nôtres, pour compléter notre travail et tâcher de faire disparaître l'incertitude thérapeutique qui règne encore pour cet empoisonnement d'un pronostic généralement si grave.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

SUR LES LÉSIONS DU REIN ET DE LA VESSIE DANS L'EMPOISONNEMENT RAPIDE PAR LA CANTHARIDINE. Note de M. *V. Cornil.* — La cantharidine, dont l'action se manifeste en même temps sur d'autres organes, détermine d'abord dans le rein, presque aussitôt après son introduction sous la peau, une sortie des globules blancs et des globules rouges des vaisseaux glomérulaires, une imprégnation et un gonflement des cellules de la capsule des glomérules et des tubes contournés par un liquide contenant des granulations hématiques; peu de temps après, se manifeste une inflammation des tubes droits et collecteurs, caractérisée par une modification de la forme de leurs cellules et par la migration de leucocytes. La modification de forme des cellules qui offrent à l'état normal une configuration fixe, et qui, sous l'influence de l'inflammation, deviennent indifférentes ou irrégulièrement polyédriques, est un fait à peu près constant dans tous les organes.

La vessie, après la première émission d'une quantité notable d'urine, qui a lieu quinze ou vingt minutes après l'empoisonnement, revient sur elle-même et reste contractée. Sa surface est rouge; elle renferme quelques gouttes d'une urine trouble, où l'on trouve des leucocytes et de très grandes cellules sphériques ou allongées et plates. Une heure après l'intoxication, ces grosses cellules, qui contiennent de deux à huit ou dix noyaux ronds, sont les unes libres dans l'urine, les autres encore adhérentes à la surface de la muqueuse et en train de se détacher. Les cellules allongées sont irrégulières à leurs bords; elles offrent des prolongements à angles mousses. Leur protoplasma, granuleux, solide, homogène, se colore en jaune par le picrocarmin, tandis que les noyaux deviennent rouges. On voit assez souvent un noyau en voie de division ou des noyaux plus petits que les autres situés à côté d'un noyau plus gros.

SUR LA STRUCTURE, LE DÉVELOPPEMENT ET LA SIGNIFICATION PATHOLOGIQUE DU TUBERCULE. Note de MM. *Kiener* et *Poulet.* — Des recherches sur la structure et le développement du tubercule chez l'homme et chez les animaux inoculés ont amené les auteurs aux résultats suivants (1) :

A. *Structure du tubercule dans les tissus de substance conjonctive* (séreuses, néomembranes pleurales et péritonéales, pie-mère, synoviales articulaires, périoste, moelle des os, ganglions lymphatiques). — Le tubercule, dans ces tissus, est tantôt simple, tantôt congloméré, tantôt infiltré; il répond à deux types de structure : cellulaire ou fibreux.

I. *Tubercule cellulaire.* — 1° Forme simple. Sous sa forme la plus simple, le tubercule, invisible ou à peine visible à l'œil nu, est formé par un renflement sphérique ou fusiforme d'un vaisseau sanguin, plus rarement d'un vaisseau lymphatique, et par l'agglomération autour de ce renflement d'un certain nombre de cellules. S'il s'agit d'un vaisseau capillaire à une seule tunique, le renflement vasculaire est constitué par l'hypertrophie et l'hyperplasie des cellules endothéliales d'une portion limitée du vaisseau... S'il s'agit d'un vaisseau capillaire à deux ou à trois tuniques, le renflement vasculaire est produit : 1° par une prolifération active des cellules endothéliales, qui se disposent à la manière d'un épithélium stratifié; et 2° par la formation d'un tissu conjonctif embryonnaire aux dépens de la tunique externe du vaisseau... — 2° Forme conglomérée. Le tubercule congloméré, dont le volume atteint et dépasse celui d'un grain de mil, est formé par l'intrication plexiforme de vaisseaux capillaires ayant subi les altérations décrites plus haut... — 3° Forme infiltrée. Le tubercule infiltré est constitué par un tissu de granulation pourvu d'un riche réseau de capillaires sanguins, dont la plupart ont un endothélium à couches multiples, et dont quelques-uns sont transformés en cylindres vitreux ou en cordons folliculaires.

II. *Tubercule fibreux.* — Une série de formes intermédiaires établissent la transition entre le tubercule cellulaire et le tubercule fibreux... A mesure que la marche du tubercule devient plus chronique, la néoplasie fibreuse se substitue à la néoplasie embryonnaire...

B. *Structure du tubercule dans les organes glandulaires.* — Dans les glandes, le tissu interstitiel peut être seul en cause et donner naissance à des tubercules dont la structure est analogue à celle des tubercules du tissu conjonctif. Mais, dans d'autres cas, l'élément glandulaire participe à la formation du tubercule. C'est ainsi que le tube séminifère dans le testicule, la bronchiole dans le poumon, remplis et distendus par des produits de prolifération épithéliale ou par du pus, constituent une sorte de noyau autour duquel le tissu interstitiel, transformé en tissu embryonnaire, présente les images caractéristiques de l'altération vasculaire : capillaires vitreux et follicules.

C. *Développement et marche du tubercule.* — Considérée dans son développement, la néoplasie tuberculeuse traverse deux phases successives : 1° Formation nodulaire. Les nodules, développés le plus souvent sur le trajet des conduits tubulés : vaisseaux sanguins et lymphatiques, tubes et conduits excréteurs des glandes, sont constitués d'une part par la prolifération des cellules endothéliales ou épithéliales du conduit, d'autre part par la néoformation d'un tissu conjonctif embryonnaire ou fibreux aux dépens de la tunique externe de ce conduit. — 2° Phase hypertrophique et dégénérative. Les divers éléments anatomiques du tissu embryonnaire nouvellement formé ou les éléments préexistants du tissu normal présentent une tendance à s'hypertrophier, à se fusionner pour former

(1) Ces résultats ont déjà été consignés partiellement dans une Note sur la périostite tuberculeuse, publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (28 novembre 1879, n° 48, p. 758).

des cellules géantes. Cette tendance hypertrophique se manifeste de préférence et débute habituellement dans les éléments épithéliaux des glandes et dans les éléments endothéliaux des vaisseaux. Elle a pour dernier terme une dégénérescence spéciale, vitreuse, des éléments anatomiques, et pour conséquence l'oblitération des vaisseaux. Celle-ci entraîne à son tour la dégénération graisseuse et l'irrémédiable destruction des tissus.

D. *Signification pathologique du tubercule.* — L'altération nodulaire des conduits tubulés des organes et des tissus, ainsi que la marche envahissante de la dégénération, différencie le processus tuberculeux des autres inflammations de cause banale ou de cause spécifique, dans les produits desquelles ont été également rencontrés les cellules géantes et les vaisseaux atteints d'endartérite et de périartérite.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

La correspondance non officielle comprend: 1° Deux lettres de candidature, de M. Brouardel pour la section d'hygiène et de médecine légale; de M. Chantreuil pour la section d'accouchements. — 2° Un mémoire de M. le docteur *Fabre*, de Revel (Haute-Garonne), intitulé : *De l'ataxie vaso-motrice et de son diagnostic.*

M. *Amédée Latour* offre à l'Académie, de la part de M. le docteur *Coriveaud* (de Blaye), un ouvrage intitulé : *Observations et lectures d'un médecin de campagne*

M. *Alfred Fournier* présente plusieurs fascicules du *Journal des maladies de la peau et des maladies syphilitiques*, nouvellement réorganisé sous la direction de M. *Doyon.*

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Poulet* (de Lyon), un travail intitulé : *De la tocographie ou application de la méthode graphique aux accouchements.*

M. *Noël Gueneau de Mussy* place sous les yeux de ses collègues un thermomètre destiné à prendre la température des surfaces. Cet instrument consiste en une double lame d'acier recourbée, dont la courbure augmente sous l'influence de l'élévation de la température; un petit levier mobile sur un cadran divisé marque les degrés de cette augmentation.

Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine, par M. *E. Vidal.* — D'après l'auteur, le prolapsus du rectum peut être guéri facilement et en un laps de temps relativement court, au moyen d'injections hypodermiques faites avec une solution de l'extrait d'ergot de seigle usité sous le nom d'ergotine. Par ce nouveau procédé, M. Vidal a réussi à guérir trois adultes dont il donne l'observation détaillée. Il s'est servi d'une solution de 1 gramme d'extrait d'ergot ou ergotine Bonjean, dans 5 grammes d'hydrolat de laurier-cerise. Chacune des injections était de 15 à 20 gouttes (exceptionnellement de 25), ce qui est l'équivalent de 20 à 25 centigrammes d'ergotine. Aucune de ces injections n'a été suivie d'inflammation ni d'abcès. L'ergotine de Bonjean provoque une douleur cuisante assez vive; la solution d'Yvon est bien mieux tolérée; M. Vidal, à l'avenir, donnera la préférence à cette dernière.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée.

Élections. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. En première ligne, M. Yungfleisch; en deuxième ligne, M. Méhu; en troisième ligne, M. Baudrimont; en quatrième ligne, M. Prunier; en cinquième ligne, M. Marty. Le nombre des votants étant de 72, majorité 37, M. Yungfleisch obtient 56 suffrages, M. Méhu 14, M. Baudrimont 2.

En conséquence, M. Yungfleisch ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de l'Académie de médecine.

Des variations de température de la peau, du refroidissement et de l'échauffement du corps dans divers milieux, par M. *Colin.* — Les variations de la température de la peau peuvent, d'après l'auteur, être rapportées à trois groupes : 1° aux influences extérieures; 2° aux divers états propres de la peau, injection ou anémie, transpiration insensible, sueur, etc.; 3° aux causes inhérentes à l'ensemble de l'organisme, action ou inertie du système musculaire, dérivations fonctionnelles ou morbides.

M. Colin ne s'occupera, aujourd'hui, que du premier groupe de ces variations, c'est-à-dire de celui qui se rapporte aux influences extérieures.

Les divers animaux exposés également à l'action d'un air froid se comportent très-différemment, dit-il, selon les espèces, et si l'on vient à étudier de près ces différences, on constate que si le froid ne réussit pas à abaisser la température de la peau, il est bien supporté et reste inoffensif, tandis qu'il produit des troubles graves et même la mort, s'il fait descendre le tégument au-dessous d'un certain degré.

Après avoir établi cette loi, M. Colin la confirme par l'exposé d'un grand nombre d'expériences faites principalement sur des chiens et des lapins qu'il a soumis, pendant un certain nombce d'heures ou même de jours, à des froids rigoureux, tels que ceux du mois de décembre dernier, et chez lesquels il a constaté, malgré cette exposition, une température à peu près normale, même lorsqu'elle était observée à la surface cutanée.

Les animaux très jeunes, au contraire, placés dans des conditions semblables, se refroidissent rapidement et succombent; bien qu'ayant la peau déjà couverte de poils épais, ce qui prouve que le revêtement de la peau, bien que très important pour cette lutte contre le froid, n'est qu'un des éléments de la question.

Si, au lieu de laisser l'animal à l'air libre, on le place dans une hutte de glace, on constate encore qu'il résiste avec énergie, et que, après une période de refroidissement, il réagit de telle façon que sa température, au bout de quelques heures, se rapproche de la température initiale.

Dans la neige, le refroidissement, qui s'est accentué vivement durant les premières heures, a été promptement suivi d'une réaction durable; de telle sorte qu'après douze heures, chez un chien adulte, la température différait à peine de la température initiale, et que, chez un lapin, elle ne se trouvait guère abaissée que de 1 degré. Au contraire, les animaux très jeunes, placés dans la neige, y meurent très vite.

On constate donc, dans ces circonstances comme dans l'air froid, que la résistance de l'animal tient à diverses causes, parmi lesquelles la présence d'une fourrure conduisant mal le calorique joue un rôle considérable, mais non exclusif.

M. *Bouillaud* répond à M. Colin. Il reconnaît que ses expériences ont dû demander beaucoup de temps et de travail, mais il ne les croit pas susceptibles d'applications cliniques. Il lui semble difficile de pouvoir tirer des innombrables détails dans lesquels est entré M. Colin quelque chose d'utile à la médecine humaine.

M. Bouillaud rappelle ensuite qu'il a commencé il y a près de cinquante ans des études sur la température humaine, et qu'il avait fait construire à cet effet un thermomètre à cuvette aplatie qu'il appliquait sur le ventre des malades. Ces recherches lui ont donné d'excellents résultats, mais il a toujours insisté et il insiste encore sur la nécessité de ne pas négliger l'exploration directe de la peau et d'exercer surtout les débutants à se servir de leurs mains au lieu de faire toujours usage du thermomètre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

De la ligature en masse du cordon. — Rapports. — Causes de la déformation du moignon dans les amputations du pied. — Tumeurs mélaniques du rectum.

M. *Marjolin* prend la parole à l'occasion du procès-verbal. Boyer repoussait la ligature en masse à cause de la douleur excessive que cause cette ligature; il avait même observé un cas de tétanos à la suite de la ligature en masse du cordon.

M. Marjolin prie M. Terrier de donner quelques détails sur sa manière de lier le cordon après l'amputation du testicule.

M. *Terrier* a d'abord traité le cordon comme les ovariotomistes traitent le pédicule des kystes de l'ovaire. Si on coupe le cordon, il se rétracte; aussi, M. Terrier passe une broche au travers et fait une ligature avec une anse métallique serrée avec le serre-nœud de Cintrat; au bout de dix à douze jours, la ligature tombe, et la douleur n'est pas considérable.

M. Terrier emploie maintenant un autre procédé basé sur les recherches de Lister et sur les siennes propres. Il ne lie pas le cordon en masse à son extrémité, parce que cette extrémité est remplie de liquide, et qu'au bout de peu de temps, la ligature ne tient plus. M. Terrier fait une ligature double, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la broche. Les veines sont souvent dilatées; on peut les piquer ou les traverser. Pour éviter cet accident, un chirurgien anglais a conseillé non seulement d'établir les deux anses, mais de passer les fils d'une anse dans les fils de l'autre; on évite ainsi toute perte de sang, et la ligature est solide; M. Terrier a employé ce procédé dans une opération faite avec le concours de M. Marchand.

M. *Després*. M. Labbé a fait la ligature par portions, en deux ou trois parties. Ce sont des imitations de ce que l'on fait pour le pédicule de l'ovaire. La ligature du canal déférent peut provoquer des accidents nerveux et même le tétanos; cela n'arrivera pas si on lie directement les vaisseaux. Dans la ligature en masse, les veines, coupées les premières, baignent dans la suppuration et exposent à l'infection purulente.

M. *Nicaise* a fait cinq fois la castration avec la ligature en masse du cordon; deux fois il a employé la broche et le serre-nœud de Cintrat. Un de ses opérés a eu le tétanos au huitième jour, et il n'avait pas souffert après l'opération : il n'y avait pas de névrite; il ne faut donc pas attribuer le tétanos à la constriction des nerfs.

— M. *Farabeuf* fait un rapport sur plusieurs observations adressées à la Société de chirurgie par M. Posada Arango (de Colombie).

1° Anévrysme artérioso-veineux de l'artère sous-clavière, suite d'un coup de couteau; guérison spontanée.

2° Achromatopsie traumatique.

3° Corps étranger du larynx; trachéotomie; guérison.

4° Corps étranger des bronches; mort soixante-quinze jours après l'accident; autopsie; un noyau de fruit se trouvait dans la bronche gauche.

— M. *Farabeuf* lit un rapport sur deux mémoires présentés par M. *Larget* (de Maisons-Laffitte). *Des causes de la déformation du moignon dans les amputations du pied.—Recherches anatomiques sur les gaînes synoviales du pied.* Selon l'auteur, le tendon d'Achille n'est point un agent actif de la déformation dn moignon; la section de ce tendon est donc inutile. La seule cause de la déformation réside dans l'atrophie précoce des muscles de la région antérieure de la jambe; cela ne revient-il pas à dire qu'il y a prédominance des muscles postérieurs sur les antérieurs?

M. Larget cite une observation de redressement du pied. par l'électrisation de la jambe pendant deux mois, c'est-à-dire jusqu'à la guérison de l'atrophie musculaire.

M. Farabeuf a vu un malade qui avait subi l'amputation de Chopart, et qui avait guéri sans la moindre inflammation des tendons ou des gaînes synoviales; malgré l'électrisation, le reversement du moignon persista.

Comme traitement préventif et curatif, M. Larget conseille les bains, les massages, l'électricité; il repousse tous les appareils qui gênent le jeu des articulations. Pour M. Farabeuf, les causes de renversement du moignon sont multiples comme les moyens de traitement. En France, dans la moitié des cas, l'opération de Chopart donne des résultats déplorables. Il faudrait laisser les tendons dans le lambeau antérieur et chercher à les fixer convenablement. Autant que possible, ne pas ouvrir les gaînes tendineuses, et fixer pendant longtemps le moignon dans la flexion.

M. *Verneuil*. Il y a bien longtemps que l'on discute les causes de l'ascension du talon après les amputations du pied. La théorie de M. Larget peut s'appliquer à quelques cas; mais on peut lui faire plusieurs objections : 1° Ce n'est point le triceps sural ni le tendon d'Achille qui jouent un rôle dans l'élévation du talon. 2° Si l'atrophie des muscles antérieurs de la jambe existe, il y a une chose également démontrée, c'est l'atrophie des muscles postérieurs qui deviennent graisseux. La rétraction des muscles postérieurs profonds de la jambe est démontrée; ce sont eux qui remontent le talon. Si on fait l'amputation de Chopart chez de bons sujets, et s'il ne survient pas d'inflammation, on obtient d'excellents résultats, principalement dans les amputations traumatiques. La théorie de M. Larget est donc trop exclusive.

M. *Després*. M. Larget a démontré à l'hôpital Cochin l'influence de l'atrophie musculaire sur le renversement du moignon, chez deux malades qui avaient subi l'opération sous-astragalienne.

M. *Farabeuf*. A propos des amputations de Chopart pour causes traumatiques, il est bon de rappeler les quinze invalides du premier Empire qui avaient subi l'amputation de Chopart; plus tard, ils réclamèrent l'amputation de la jambe.

— M. *Nepveu* lit un travail sur les *tumeurs mélaniques du rectum*.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Des inhalations d'oxygène dans l'empoisonnement par le laudanum : M. Constantin Paul. — De l'action de l'acide pyrogallique ou pyrogallol sur les ulcérations, et son usage dans les affections de la peau : M. Vidal.

M. *Constantin Paul*, à propos de la communication de M. Créquy sur un cas d'empoisonnement par le laudanum, traité avec succès par les inhalations d'oxygène, rappelle que, il y a douze ans, il a publié dans les bulletins de la Société le fait d'une femme qui, ayant ingurgité une cuillerée à bouche de laudanum de Sydenham, fut prise de vomissements et d'anxiété; la face était vultueuse, la respiration était tombée à 7 par minute; la mort était imminente. M. Constantin Paul proposa à M. le professeur Tardieu des inhalations d'oxygène; la malade en ayant respiré 20 litres, revint à elle, parla à ses enfants. La guérison a été complète.

M. *Grellety* cite un autre fait dû à M. le docteur Nicolas; dans un cas d'empoisonnement semblable, la guérison a pu être obtenue à l'aide de la respiration artificielle.

M. *Blondeau* demande si, dans un cas d'empoisonnement par la belladone, le même traitement ne pourrait pas donner des résultats aussi favorables?

M. *Créquy* répond que, dans l'empoisonnement par la belladone, les accidents toxiques ne sont pas les mêmes. Dans ce dernier empoisonnement, en effet, ce sont les phénomènes musculaires qui prédominent; il y a une sidération générale.

M. *Belhomme* a fait des expériences avec la belladone; il constate, comme M. Créquy, que les accidents portent principalement sur le système musculaire.

— M. *Vidal* a commencé une série de recherches sur l'acide pyrogallique ou pyrogallol. L'acide pyrogallique, $C^6H^6O^3$, obtenu par distillation sèche de l'acide gallique chauffé de

200 à 215 degrés, se présente sous forme d'aiguilles ou fines lamelles blanches. Il fond à 115 degrés et bout à 210 degrés. A 250 degrés, il se dédouble en acide métagallique et en eau. Il est soluble dans 2 parties 1/2 d'eau; il est, en outre, très soluble dans l'alcool, l'éther et la glycérine. La solution aqueuse noircit à l'air; elle est neutre.

M. Vidal a fait ses premières expériences au mois de juin 1878, en l'expérimentant dans le traitement du psoriasis; à Vienne, on l'emploie comme succédané de l'acide chrysophanique; les résultats ont été favorables; mais, comme le fait remarquer M. Vidal, on doit l'employer prudemment à cause de son action sur les reins.

Sur un homme porteur d'un chancre mou, M. Vidal ayant pratiqué deux inoculations, la première sous la peau de l'abdomen, à gauche, la seconde à droite, vit apparaître le phagédénisme à la suite de ces inoculations. L'ulcération de la verge était large comme une pièce de 1 franc; celle de l'abdomen, du côté gauche, comme une pièce de 5 francs; celle du côté droit, comme une pièce de 2 francs. M. Vidal fit des cautérisations avec le sulfate de cuivre; à deux ou trois reprises, la tendance envahissante des ulcérations parut s'amender, puis survenait une nouvelle rechute. Au bout d'un mois d'alternatives semblables, il eut l'idée d'employer l'acide pyrogallique, dont l'action s'exerce sur la néoplasie jusque dans ses lieux de formation. La formule dont il s'est servi est la suivante : acide pyrogallique, 20 grammes; axonge ou vasiline, 100 grammes. Il y eut trois applications en trois jours consécutifs : la douleur était modérée et ne durait que huit à dix minutes. Sous l'action de ces trois cautérisations, la surface des plaies atteintes de phagédénisme se modifia; les bords s'affaissèrent, se cicatrisèrent; néanmoins il pratiqua trois nouvelles cautérisations. La guérison fut rapidement complète.

Depuis ce premier succès, M. Vidal employa la même pommade pour obtenir la cicatrisation des chancres : chez deux malades la guérison fut rapide; elle fut complète, en effet, après la troisième cautérisation. Une fois M. Vidal essaya l'acide pyrogallique pur : l'action ne parut pas plus active que celle de la pommade, peut-être même l'était-elle moins. Sur un de ces malades, il prit le troisième jour, après la troisième cautérisation, un peu de pus qu'il inocula sans succès : la virulence était donc détruite.

M. *Dujardin-Beaumetz* note dans la communication de M. Vidal deux faits importants. Il constate d'abord les résultats déplorables qu'on obtient souvent à la suite de l'inoculation, dont il doute de l'utilité; il a, pour sa part, observé deux faits qui furent suivis, le premier d'accidents graves, le second de mort. Puis il constate que, d'après la communication précédente, certains caustiques exercent sur certains tissus une action élective, pour ainsi dire. Il ne croit pas, quant à lui, à l'action, à la vertu particulière de certains médicaments; certains caustiques n'agissent que lorsque l'épiderme est détruit, d'autres agissent sur la peau elle-même; mais il ne croit pas qu'il puisse en exister qui agissent exclusivement sur les néoplasmes à l'exclusion des parties saines voisines, qui aillent chercher dans les tissus le tissu spécial sur lequel on veut agir.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la phthisie par les inhalations de benzoate de soude, par M. le docteur Rokitansky.

Nous avons déjà parlé (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 741) de la méthode imaginée par M. Rokitansky comme traitement de la phthisie pulmonaire et nous nous proposons de revenir prochainement sur le même sujet; l'article ci-dessous n'a pour objet que de signaler, sans en apprécier la valeur, les procédés mis en usage à Innsbruck.

Les malades sont soumis aux inhalations sous le contrôle du médecin, M. Rokitansky ayant observé que, sans cette précaution, presque tous les malades font mal ces inhalations, parce qu'ils ne peuvent juger si la position de la tête et de la langue est correcte. Il faut éviter que l'axe du courant médicamenteux vienne frapper la base de la langue ou la voûte palatine; il doit, au contraire, pénétrer en elles le plus profondément possible dans la gorge; pour arriver à ce résultat, le patient doit ouvrir largement la bouche, saisir la pointe de la langue au moyen d'une compresse et la tirer en avant le plus possible; dans le cas où il ne réussirait pas, on abaisse la langue avec une spatule. Pour que le courant chargé de benzoate de soude puisse pénétrer fort avant dans les petites bronches, le malade doit faire de profondes inspirations forcées, la langue étant toujours tirée en avant, et il doit les répéter jusqu'à ce que survienne une envie de tousser, qui est un signe que le malade a bien inhalé.

Il peut à présent se reposer un instant, tousser et expectorer. Les inhalations doivent être ensuite continuées jusqu'au point où elles ne sont plus suivies d'expectoration, c'est-à-dire jusqu'au moment où, tous les crachats étant évacués, le médicament est arrivé en contact avec la muqueuse elle-même.

Conformément aux données de Buchholz et de Klebs, qui fixent à 1 pour 1000 du poids du corps la dose à laquelle le benzoate de soude tue avec certitude les bactéries, M. Rokitansky fait inhaler journellement aux malades, pour 1 kilogramme de leur poids, 1 gramme du médicament en solution à 5 pour 100.

Les inhalations sont faites deux fois par jour, le matin et le soir, dans la chambre du malade, et celui-ci séjourne encore pendant une heure chaque fois dans cet air imprégné de benzoate de soude; le reste de la journée, il doit le plus possible rester à l'air libre. — Naturellement il ne faut pas omettre les conditions hygiéniques essentielles : on donne une alimentation réconfortante et variée, à laquelle on joint de grandes quantités de lait additionné d'un peu d'eau de chaux, beaucoup de beurre, du lard, de la glycérine, avec du vin, etc.; on insiste également sur les soins de propreté et une ventilation parfaite. Dans beaucoup de cas, M. Rokitansky faradise les muscles inspiratoires. (*Ann. de la Soc. médico-chirurg. de Liège*, et *Archives médicales belges*, décembre 1879.)

Des vomissements dans les maladies nerveuses, par M. le docteur David Ferrier.

D'après l'auteur, les vomissements les plus fréquents sont dus à l'irritation des voies digestives ou de ses annexes, des organes du goût ou de l'odorat, et sont destinés à éloigner ou à chasser le corps irritant. D'autres reconnaissent pour cause l'irradiation d'une irritation lointaine: ceux du début de la grossesse, par irritation utérine; ceux qui accompagnent les lithiases biliaire et rénale peuvent, par la pression exercée sur le foie et le rein, faciliter la progression du corps du délit.

Les vomissements qui surviennent à la suite d'une douleur vive, une pression testiculaire, d'une émotion violente ou d'une commotion, se reproduisent par le même mécanisme. Dans ces cas, de même que dans l'expérience de Golz, qui détermine la syncope en frappant chez les grenouilles le creux épigastrique, il y a dilatation réflexe de la circulation abdominale, dépression consécutive de la circulation générale, quelquefois même du cœur. Cet état se traduit par les défaillances, la pâleur de la face, l'abaissement de la température, la faiblesse du pouls, et enfin le vomissement. Celui-ci peut s'expliquer par l'irritation des extrémités du pneumo-

gastrique, suite de la congestion des organes pelviens. Plusieurs vomitifs, la vératrine surtout, agissent ainsi. L'effort du vomissement tend à rétablir la circulation : d'où l'amélioration qui suit fréquemment le vomissement.

L'auteur rapproche les vomissements qui surviennent dans le cours des maladies nerveuses de ceux de la grossesse. Comme ces derniers, ils se produisent sans effort et par l'irradiation d'une irritation lointaine.

Les vomissements n'ont lieu que dans les maladies nerveuses qui s'accompagnent de violents maux de tête ; surtout la migraine, la méningite tuberculeuse, les tumeurs cérébrales. Dans ces affections, les méninges sont malades : d'où une irritation des filets du trijumeau qui serait le point de départ du réflexe. Ceci s'explique aisément par le rapport intime du noyau d'origine du trijumeau et de celui du nerf vague. La douleur de tête seule ne saurait être la cause du vomissement ; dans la méningite tuberculeuse, l'enfant vomit souvent avant d'avoir souffert ; et d'autre part, le vomissement nerveux est bien différent de celui qui reconnaît pour cause une violente douleur et qui s'accompagne de nausées et d'efforts. (*Journal of Neurology*, juillet 1879, et *Lyon médical*.)

Trois opérations de laparatomie, pratiquées dans l'espace de trois ans sur la même patiente, par le docteur Baumgartner.

Cette observation, probablement unique dans la science, mérite d'être au moins résumée. La première opération est une ovariotomie pratiquée à la fin de septembre 1875 ; la malade, âgée alors de trente-trois ans, était atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Le pédicule long et mobile fut fixé dans l'angle inférieur de la plaie qui se cicatrisa rapidement. En décembre 1876, à l'occasion d'un effort, la malade éprouve une douleur intense à la partie inférieure de la cicatrice ; malgré tous les traitements, les souffrances deviennent de plus en plus intenses. L'examen le plus attentif ne permet de leur reconnaître d'autre cause que la tension excessive du pédicule serré dans la cicatrice, et uni à la vessie par des adhérences très intimes. Au mois de mars 1877, sur la demande de la malade, l'auteur se décide à ouvrir le ventre et à dégager le pédicule. La seconde plaie guérit rapidement et sans complication. En janvier 1878, la malade recommence à souffrir dans la région de l'ovaire qui s'enflamme avec la trompe de Fallope, et ne tarde pas à être plongée dans un état des plus graves. Au mois d'août de la même année, l'auteur pratique la castration avec succès, profitant de l'occasion pour exciser la cicatrice des opérations précédentes, qui s'était laissée distendre et formait une hernie ventrale inquiétante pour l'avenir. Cette fois encore l'opérée se remit promptement. (*Berl. clin. Woch*, févr. 1879, et *Année médicale*.)

Traitement de la trichinose, par le docteur Valenti y Viro.

La trichinose, qui jusqu'à présent avait été observée surtout dans le nord de l'Europe, en Angleterre et en Allemagne ainsi qu'en Amérique, a fait il y a quelque temps son apparition en Catalogne et dans quelques autres provinces de l'Espagne où elle a causé une vive et légitime émotion. L'auteur de l'article dont nous rendons compte résume rapidement les connaissances que nous possédons sur cette affection et insiste particulièrement sur le traitement.

Nous ne trouvons dans ce travail rien d'original ni de bien nouveau ; mais en donnant la liste des principaux médicaments qui ont été employés avec plus ou moins de succès, l'auteur a certainement rendu service aux médecins ses compatriotes, qui ne possèdent probablement pas à l'égard de cette maladie, nouvelle pour eux, l'expérience qu'ont acquise les médecins anglais et allemands. Mais nous estimons qu'il leur eût été plus utile encore en indiquant les doses et le mode d'administration de substances qui ne sont pas d'un usage courant en thérapeutique, comme la benzine par exemple. (*La Independencia Medica*, 1er mars 1879, et *Année médicale*.)

De la septicémie puerpérale, par le docteur Sinclair (de Boston).

L'auteur rapporte l'observation de vingt et un cas de septicémie puerpérale survenus à la Maternité de Boston. Sur ce nombre il y eut neuf décès et douze guérisons. Les cas rapportés par M. Sinclair sont en faveur de la *contagion directe*. Voici d'après l'auteur les conditions qui favorisent l'invasion de la maladie : travail pénible et prolongé ; lacération du périnée et du col utérin ; rétention de matières étrangères dans l'utérus ; état nerveux.

Le traitement a été établi sur les bases suivantes : quinine et cinchonidine ; préparations alcoolisées ; alimentation aussi réparatrice que possible et selon les forces de l'estomac ; douches utérines et injections avec une solution de permanganate de potasse (*Société américaine de gynécologie, New-York medical Record*, 18 octobre 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

De la syphilis ; unité d'origine ; incurabilité ; traitement. Leçons faites à l'Hôtel-Dieu de Caen, par le docteur Denis Dumont. — Paris, 1880, V. A. Delahaye et Cie.

L'étude des maladies syphilitiques et cutanées a fait, depuis le commencement de ce siècle de si rapides progrès qu'on vient enfin de reconnaître l'utilité de la création à Paris d'une chaire spéciale, et que, dans nos hôpitaux, des maîtres éminents ont trouvé, depuis de longues années l'occasion de publier des leçons aussi intéressantes que profitables. Il est bon de remarquer que dans nos écoles provinciales — et non seulement à Lyon — cet exemple a été suivi. C'est ainsi que le livre de M. Dumont résume vingt années d'études et un enseignement dont on ne saurait qu'approuver les tendances. A Paris, en effet, la filiation des accidents observés dans les hôpitaux est presque toujours impossible à établir. En province, et surtout dans une ville où l'on peut aisément compléter une enquête, il en est tout autrement. A l'Hôtel-Dieu de Caen, les filles soumises sont internées dès le début de l'affection qu'elles ont contractée ; les soldats qu'elles ont pu infecter sont astreints à des visites non moins fréquentes, entrent à l'hôpital et y sont maintenus *par ordre*, aussi longtemps qu'il est nécessaire. Il devient donc souvent possible d'établir un rapprochement entre le principe virulent et les manifestations qu'il détermine, et de voir quels accidents peuvent être la conséquence d'une lésion déterminée. Dans la clientèle civile, les conditions héréditaires et les contaminations accidentelles sont également assez aisées à préciser lorsque l'on connaît toutes les familles et alors que l'on peut obtenir toutes les confidences nécessaires. C'est ainsi que tout récemment, dans une petite bourgade de l'ouest de la France, un de nos distingués confrères pouvait observer la première éclosion de la syphilis, jusque-là à peu près inconnue, apportée par un nourrisson venu de Paris, communiquée à sa nourrice, par celle-ci à son mari, puis à d'autres femmes, et de proche en proche à plusieurs familles. Les conditions dans lesquelles se communiquait la maladie étaient rendues si évidentes que l'histoire de

cette petite épidémie, si elle était jamais publiée — et nous espérons qu'elle le sera un jour, — serait des plus curieuses à tous les points de vue. En présence de faits aussi nombreux qu'ils étaient intéressants, le docteur Denis Dumont s'est vu entraîné à exposer quelques-uns des résultats auxquels l'a conduit son expérience personnelle; mais il a fait plus et mieux encore: il a consacré plusieurs chapitres de ce petit livre à l'exposé didactique des diverses théories que l'on peut émettre sur la genèse, l'évolution, la nature et le traitement des maladies syphilitiques. Nous ne citerons ici, pour montrer l'intérêt de ces leçons, que les idées de l'auteur relatives au traitement de la syphilis. Avec la plupart des syphiliographes modernes, en tête desquels il range avec raison M. Fournier, M. Dumont croit à l'incurabilité de la syphilis, c'est-à-dire que, sans contester en rien l'influence du traitement, il reconnaît *la possibilité* de l'éclosion d'accidents syphilitiques tardifs. Ainsi exprimée, cette doctrine nous paraît inattaquable. Il est parfaitement certain que, malgré toutes les précautions prises pour assurer au malade une guérison parfaite, malgré la durée, l'activité, l'énergie de la médication, on voit des manifestations syphilitiques reparaître à une époque très éloignée du début, et après une période souvent excessivement longue de calme apparent. Il en est de même dans toutes les diathèses. Est-ce à dire pour cela que le traitement soit inefficace et qu'il soit permis, comme nous l'avons vu faire, d'abandonner indéfiniment à eux-mêmes ou de ne traiter qu'à l'aide de toniques les malheureux atteints d'un chancre syphilitique induré? Telle n'est pas la pensée de l'auteur, et nous partageons pleinement à cet égard les idées qu'il défend. Mais nous croyons de plus que, dans l'immense majorité des cas, le traitement bien institué, bien dirigé et continué pendant un temps suffisant, *peut* guérir la maladie. Nous pensons que s'il est des cas réfractaires, il en est aussi qui cèdent à une médication appropriée et qui ne se reproduisent jamais. Nous ne croyons donc pas à l'incurabilité absolue de la syphilis, mais nous admettons volontiers que, chez certains sujets et dans certaines conditions, celle-ci résiste à tous les traitements. Avec l'auteur de ce petit livre, nous reconnaissons aussi qu'il est difficile, sinon impossible, de déclarer qu'un malade que l'on a soigné pendant quelque temps peut être considéré comme étant à l'abri de toute récidive.

L'utilité qu'il y aurait à distinguer les cas de syphilis bénigne et curable des cas dans lesquels la maladie récidivera fatalement ressort de cette courte discussion. Mais cette distinction sera-t-elle jamais possible? C'est ce que l'avenir nous montrera. M. Denis Dumont entre, au sujet du traitement de la maladie, dans une série de considérations très intéressantes. Il est d'avis de continuer indéfiniment, avec interruptions graduées, le traitement ioduré. Quant au traitement hydrargyrique, l'usage des *chaussettes napolitaines* est très ingénieux et certainement très efficace. Nous remarquerons toutefois que M. le docteur Denis Dumont paraît assez partisan des doses faibles, soit lorsqu'il administre le mercure, soit lorsqu'il prescrit l'iodure de potassium. Or nous croyons avoir observé des résultats si remarquables à la suite de l'administration des frictions répétées suivies de l'emploi de l'iodure à doses progressivement croissantes (variables suivant le degré de tolérance individuelle), que nous ne craignons pas de dépasser un peu celles que recommande l'auteur. Mais nous n'avons point à exposer longuement en quoi peuvent consister les divers modes d'administration du mercure ou de l'iodure de potassium. Nous préférons renvoyer le lecteur à la lecture d'un livre qui, modeste de forme et d'allures, n'en est pas moins très utile à consulter et très intéressant à lire. Il fait le plus grand honneur à notre confrère et à l'École de médecine de Caen.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

Étude sur la syphilis héréditaire tardive, par M. le docteur Victor Augagneur, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Thèse de Paris. — 1879, 128 pages in-8, J. B. Baillière et fils.

Si le principe de la syphilis héréditaire tardive est admis aujourd'hui, il n'en a pas été toujours ainsi : Cullerier lui-même, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie, ne semblait même pas admettre la théorie autrement que comme une hypothèse; mais les observations se sont multipliées; le fait est admis désormais, et les 85 observations dont M. Augagneur donne un résumé consciencieux, ne permettent plus de douter de l'influence héréditaire dans les manifestations tardives de la syphilis. Sur ces 85 observations, 38 mentionnent la syphilis chez les parents; 37 fois les spécifiques ont fait disparaître les symptômes morbides, et toujours avec une rapidité qui témoigne de leur spécificité; enfin, dans douze cas, l'autopsie est venue apporter la confirmation du diagnostic de syphilis porté pendant la vie, ou montrer la nature des lésions qui n'avaient pas été soupçonnées.

Il est difficile de résumer des recherches aussi nombreuses et aussi condensées que celles que donne M. Augagneur; aussi devons-nous nous borner à donner les conclusions d'une thèse qui se recommande non seulement par le mérite d'une compilation laborieuse, mais par des recherches personnelles qui font honneur à l'école de Lyon dont M. Augagneur est un des élèves distingués: « La syphilis héréditaire peut se manifester à tous les âges de la vie : l'époque de la puberté est le moment le plus favorable à son apparition. — Ces manifestations tardives de la syphilis héréditaire ont toujours la forme spécifique des accidents tertiaires : elles ne peuvent jamais être rapportées à la période secondaire.— Dans quelques cas, on trouve la trace d'accidents syphilitiques antérieurs ; mais dans la plupart des observations, cette succession des symptômes ne peut être établie ; on n'est pas autorisé à soutenir que la lésion tertiaire n'est pas la première révélation de la maladie.—Toutes les fois que la période syphilitique dans laquelle se trouvaient les parents à l'époque de la procréation a pu être reconnue, il a été constaté qu'ils étaient encore à une époque contagieuse. — Aux altérations des yeux, des dents et des oreilles, données par Hutchinson, comme signe de la vérole héréditaire, il faut ajouter l'arrêt de développement général et l'atrophie des organes génitaux. — Le succès du traitement est un moyen puissant pour différencier certaines lésions syphilitiques, d'affections scrofuleuses très analogues par leur aspect externe. »

Les affections du foie, par M. Quinquaud, médecin des hôpitaux. 1er fascicule. — Paris, 1879, 104 pages in-8. V. Adrien Delahaye et Cie.

Ce fascicule comprend quatre mémoires reposant sur des observations personnelles; le premier a rapport aux hémorrhagies des voies biliaires; le second est une étude clinique et anatomo-pathologique sur certaines tumeurs adénoïdes ; le troisième a rapport à l'ictère grave et à une épidémie d'ictère simple. Cet ouvrage étant encore incomplet, nous ne pouvons, quant à présent, que le signaler.

Des lésions trophiques et des troubles sensitifs dans les gelures anciennes, par M. le docteur Germain. Thèse de Paris, 1879. — 104 pages in-8, V. Adrien Delahaye et Cie.

Sous le nom de gelure, M. Germain comprend tous les symptômes qui vont de l'érythème à la mortification complète des tissus ; sous l'influence d'un refroidissement aussi intense, les tissus subissent certaines modifications naturelles : ce sont ces modifications qu'étudie M. Germain en cherchant à déterminer la relation de cause à effet qui existe entre ces lésions et les circonstances qui précèdent leur apparition. S'appuyant sur une douzaine d'observations presque toutes personnelles, car la question n'avait pas encore été étudiée avec soin, M. Germain constate que si on ne trouve dans les lésions des nerfs périphériques aucune explication des symptômes observés, l'expérimentation démontre, au contraire, que l'influence du froid détermine dans les cordons nerveux une inflammation qui ne diffère pas de celle que produit un agent traumatique ou résistant. Dans ce cas, il se produit aussi des lésions

trophiques, semblables à celles qui se montrent dans les anciennes gelures. M. Germain en cite de nombreux exemples : un des plus curieux est celui qu'il emprunte à Leyden. Un malade, atteint d'écrasement du pied, est traité par l'emploi prolongé de la glace. Quelques mois après survient une douleur dans le pied malade, puis dans le pied du côté opposé et dans les membres supérieurs. A cette douleur succède un strabisme, puis une ataxie locomotrice. On peut rapprocher ce fait de ceux signalés par Mongeot et Couyba.

Conséquences cliniques de la déshydratation du sang, par M. le docteur Berdinel, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris. 60 pages in-8. — 1878. Asselin.

L'étude des globules rouges et blancs a été l'objet, surtout depuis les travaux de M. Malassez et du professeur Hayem, de nombreuses recherches que la *Gazette* a maintes fois eu l'occasion de signaler; mais, comme le remarque avec raison M. Berdinel, le véhicule, l'intermédiaire nécessaire de toutes les actions chimiques qui se passent dans le sang et dans les tissus, l'eau, semble avoir été négligé. « Il est hors de doute cependant qu'un liquide qui entre dans la composition du sang dans l'énorme proportion de 800 pour 1000 environ doit jouer un rôle des plus importants, et que ses variations doivent se traduire par des modifications sensibles dans l'économie. » Ce sont ces variations que M. Berdinel s'est proposé d'examiner. Etudiant tout d'abord l'influence des grandes pertes aqueuses qui accompagnent certaines maladies, sur les liquides normaux de l'organisme et la sérosité des grandes cavités viscérales, M. Berdinel consacre le second chapitre de sa thèse à l'étude des diminutions ou des résorptions complètes des épanchements physiologiques, sous l'influence des pertes séreuses, abondantes, dues, soit à une affection intéressante, soit à une intervention thérapeutique, pour arriver ensuite à certaines particularités de l'histoire des épanchements, aux variations de l'eau de sang.

Or, toutes les fois que, sous une influence quelconque, par une action physiologique, thérapeutique ou morbide, un flux se produit, il doit trouver une compensation, soit dans une augmentation correspondante des entrées, soit dans une diminution des sorties. Aussi peut-on dire que, lorsqu'un épanchement se forme, il y a toujours une diminution notable dans les sécrétions aqueuses, tandis que, quand un épanchement disparaît, il y a toujours une augmentation des sécrétions physiologiques, ou sinon une apparition d'un flux pathologique. Comme conclusions thérapeutiques, M. Berdinel ajoute qu'il ne faut user des spoliations artificielles que lorsqu'on veut agir sur de grands épanchements, et que le malade n'est pas dans un état général mauvais; qu'il ne faut employer la médication spoliatrice que contre les épanchements séreux; que, d'une part, il faut s'opposer, autant que possible, à ce que les malades soumis à ce traitement satisfassent leur soif; que, d'autre part, il faut doser les liquides sécrétés, afin de se rendre compte de l'effet de la médication.

Tels sont les résultats les plus importants signalés par M. Berdinel; on peut juger, par ce compte rendu trop succinct, du nombre d'analyses et de recherches qui comblent une lacune dans cette étude si intéressante des altérations du liquide sanguin.

Les stations sanitaires au bord de la mer et dans les montagnes, par le docteur Lombard (de Genève). — Paris, 1880, J. B. Baillière.

Ce travail est le fruit d'une longue expérience dans le choix d'un climat approprié aux différentes maladies. Il peut être considéré comme le résumé du *Traité de climatologie médicale*, fruit de toute une vie consacrée aux études de climatologie, et fait parfaitement connaître les conditions les plus favorables pour visiter les stations sanitaires établies au bord de la mer et dans les montagnes, les stations hivernales visitées chaque année par des milliers de familles pour prévenir ou guérir les maladies.

L'utile influence de ces stations sur la santé a déjà été signalée par M. Lombard dans deux ouvrages sur le climat des montagnes, sur les Pyrénées et les Alpes.

Nous pensons que cette nouvelle publication de l'éminent médecin genevois sera également bien accueillie par les médecins et par les familles qui désirent des renseignements impartiaux sur le choix d'un climat bienfaisant.

La guérison et la prophylaxie de la diphthérie, par M. E. Wiss. 1 brochure in-8. — Berlin. Hirschwald.

« Je me suis tu pendant trop longtemps, et j'aurais dû publier ma méthode de traitement de la diphthérie..., méthode à l'aide de laquelle j'ai *toujours* obtenu la guérison du malade. » Cette méthode merveilleuse consiste à combiner le sulfate de quinine (50 centigrammes) au chlorhydrate d'ammoniaque (6 grammes) sur 180 grammes de véhicule : une cuillerée toutes les deux heures. C'est à peu près le traitement d'Ancelon. Thérapeutique à part, l'auteur consacre de bons chapitres à la pathologie, la contagiosité, la prophylaxie du croup; il est uniciste, et pense que l'origine des épidémies peut être cherchée dans les mauvaises conditions hygiéniques des maisons et surtout des latrines.

VARIÉTÉS

État sanitaire de Paris. La nouvelle statistique municipale.

On se souvient que l'Académie de médecine, après avoir longuement discuté les questions de statistique municipale relatives à l'état sanitaire de notre capitale, avait adressé à M. le préfet de la Seine des instructions très précises en vue d'obtenir la collaboration de tous les médecins traitants à cette œuvre importante. Nous voyons avec plaisir que M. Hérold s'est empressé de donner suite aux projets de l'Académie et du Conseil municipal et qu'il a chargé de leur exécution un savant dont la compétence en matière de statistique est universellement reconnue, M. le docteur Bertillon.

Dans une première circulaire adressée aux médecins du département de la Seine, M. Bertillon sollicite le concours de tous ses confrères pour obtenir les renseignements qui lui sont indispensables pour établir ses bulletins statistiques. En effet, les médecins traitants sont les seuls qui puissent fournir des données précises non seulement sur le développement des maladies épidémiques dans leurs quartiers respectifs, mais encore et surtout sur la cause réelle des décès. Jusqu'à présent les médecins de l'état civil avaient été chargés de constater le décès ainsi que la maladie qui l'avait produit, mais on conçoit facilement qu'un tel système ne pouvait que fournir des résultats très incertains, car le médecin vérificateur, qui se trouve en présence d'un cadavre et ne peut que recueillir les renseignements plus ou moins vagues fournis par la famille, se trouvait évidemment dans de très mauvaises conditions pour reconnaître la cause du décès.

Nous rappelons que, d'après le nouveau système proposé par l'Académie de médecine, aussitôt que le médecin traitant aura perdu un malade, il recevra par les soins de la municipalité un bulletin qu'il n'aura qu'à remplir et à renvoyer au préfet de la Seine, sans l'affranchir. Grâce à un certain nombre de numéros conventionnels correspondant à chaque maladie, il pourra faire figurer sur ce bulletin l'affection qui a occasionné la mort, sans violer le secret professionnel.

Les renseignements ainsi obtenus seront communiqués au public à l'aide de deux publications périodiques : un *Bulletin mensuel* et un *Bulletin hebdomadaire*. La première de ces publications ne nous est pas encore parvenue, du moins avec les modifications que M. Bertillon a dû lui faire subir. Nous avons entre les mains un exemplaire de la seconde qui, sous le nom de *Bulletin hebdomadaire de statistique démographique*, a été remanié d'après les indications formulées par M. le docteur Lamouroux au sein du Conseil municipal.

Ce *Bulletin hebdomadaire* se compose de quatre parties. La première, tout entière consacrée à la démographie, nous

donne le nombre des mariages, des naissances et des décès. Nous voyons avec plaisir que le Bulletin établit une distinction entre les naissances légitimes et les illégitimes, et qu'il donne le nombre des morts-nés et des enfants morts avant leur inscription.

La deuxième partie donne la répartition des décès suivant leur cause et leur lieu. Nous remarquons dans ce travail deux tableaux distincts : le premier donne les décès par âges et par sexes ; le second, beaucoup plus étendu, donne la proportion des décès, en indiquant les causes qui les ont produits, ainsi que les différents quartiers où ils ont eu lieu. Les 80 quartiers de Paris sont représentés par une colonne dans laquelle figurent les décès qui y correspondent.

La troisième partie du *Bulletin hebdomadaire* donne un tableau comparatif des naissances et des décès de Paris, et d'un certain nombre de villes de France et de l'étranger, avec indication de la maladie épidémique dominante. Ce tableau, dressé d'après les documents reçus par le Bureau de statistique municipal de Paris, est nécessairement très incomplet et présente des imperfections sur lesquelles M. Bertillon lui-même ne peut se faire illusion. Mais il est probable que ces imperfections disparaîtront lorsque les différents bureaux de statistique de l'Europe auront eu le temps de nouer entre eux des relations suivies.

Enfin, nous trouvons sur la quatrième page de la feuille de statistique un plan de Paris indiquant les quartiers où sont survenus des décès par maladies épidémiques ou contagieuses. Ce plan, qui n'est que la reproduction des tableaux précédents, ne fait pas double emploi avec eux. Le nombre des décès et la nature de la maladie y sont indiqués dans chaque quartier par un chiffre suivi de l'initiale de la maladie épidémique. Le médecin peut ainsi par un seul coup d'œil se renseigner sur l'état sanitaire de l'arrondissement ou du quartier qui l'intéresse. Cette partie du Bulletin sera certainement très appréciée du public médical. Peut-être pourrait-on l'améliorer encore en indiquant par des teintes plus ou moins foncées l'état sanitaire de chaque circonscription, comme cela a lien dans la plupart des cartes et plans démographiques.

Nous avons encore un désir à exprimer et nous le signalons à M. Bertillon. Tel qu'il est constitué, le *Bulletin hebdomadaire* contient des tableaux très détaillés et très précis, mais dont la lecture demande une grande attention. Rien n'est plus aride que l'étude des chiffres, et nous pensons que beaucoup de praticiens n'auront pas toujours le temps nécessaire pour parcourir tous les tableaux et en tirer les déductions nécessaires. Nous croyons donc ne pas être trop exigeant en demandant à M. Bertillon d'ajouter à la fin de son Bulletin une sorte de *résumé* analogue à celui qu'on publiait autrefois sur le nombre et la cause des décès hebdomadaires. Le médecin pourrait ainsi se rendre compte en quelques minutes de l'état sanitaire de la ville. Ce résumé serait le complément utile du plan que nous avons signalé plus haut, et il pourrait être avantageusement reproduit par la presse extramédicale, dont les colonnes ne permettent pas l'insertion des tableaux si complets et si précis qui figurent dans le nouveau Bulletin démographique.

Quoi qu'il en soit, nous devons nous féliciter de l'innovation introduite par la municipalité parisienne, et nous répétons qu'il était impossible d'en placer l'exécution entre des mains plus compétentes et plus habiles.

Nous avons dit que les réformes projetées par le Bureau de statistique municipale n'étaient applicables qu'avec le concours de tous les médecins praticiens de la capitale. Nous espérons qu'il ne fera pas défaut, mais nous pensons néanmoins que les Sociétés locales d'arrondissement pourront rendre de grands services en stimulant le zèle de leurs membres et en reliant entre eux les précieux renseignements fournis par les praticiens. Nous pouvons à cet égard citer l'exemple de la Société médicale du XVIIe arrondissement. Sur l'initiative de son zélé secrétaire général, M. Hénocque, cette Société présente tous les mois un compte rendu non seulement des décès, mais encore des maladies régnantes. Chaque sociétaire envoie son bulletin démographique et épidémiologique au secrétaire, qui les compulse et en donne le résumé général. Il y a là un exemple que nous signalons tout particulièrement aux Sociétés médicales d'arrondissement ; s'il était suivi, il résoudrait, étant donnée son application générale, une des grandes difficultés du problème si intéressant de la marche des épidémies de quartier en quartier et de maison en maison.

A. Lutaud.

Sénat. — Nous apprenons au moment de mettre sous presse que notre éminent confrère M. le professeur Broca vient d'être élu sénateur par 140 voix contre 132.

Société française de tempérance. — *Association contre l'abus des boissons alcooliques.* — L'Association, réunie en assemblée générale, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1880 : *Président :* M. le professeur Bouillaud, de l'Institut. *Vice-présidents :* MM. Paul Pont, le docteur Jules Bergeron, Théophile Roussel et Frédéric Passy. *Secrétaire général :* docteur L. Lunier. *Secrétaires généraux-adjoints :* MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne. *Secrétaire des séances :* docteurs Magnan et Duval. *Bibliothécaire-archiviste :* docteur A. Motet. *Trésorier :* M. Jules Robyns.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er mars 1880, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus : *Au grade de médecin en chef,* M. Noury (Mathurin-Jean), médecin principal. *Au grade de médecin principal,* 2e tour (choix) : M. Quétand (Alfred-Henri-Ernest), médecin de 1re classe.

Service de santé militaire. Infirmiers. — Il est question, au ministère de la guerre, de répartir dans les trois hôpitaux du Val-de-Grâce, du Gros-Caillou et de la Porte-Saint-Martin le service d'infirmiers de visites fait par les conditionnels d'un an qui sont casernés au Val-de-Grâce. D'un autre côté, les officiers d'administration du service des hôpitaux militaires seraient d'avis de laisser tous les conditionnels d'un an au Val-de-Grâce, et de n'envoyer dans les hôpitaux du Gros-Caillou et de Saint-Martin que les infirmiers en activité de service.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Fuzier, médecin principal de 1re classe, médecin en chef de l'École polytechnique. Homme d'action et de dévouement, il avait pris part à toutes les campagnes de l'Empire. Au Mexique, où il séjourna longtemps, son courage et son abnégation furent admirables. Il en rapporta les éléments d'un intéressant travail sur la *Fièvre jaune.* Tous ceux qui ont connu notre excellent confrère s'associeront au deuil de ses camarades et de ses nombreux amis.

— Budd (William), d'Edimbourg, bien connu par ses travaux sur la *Fièvre typhoïde,* et l'un des médecins les plus estimés de l'Angleterre, est mort le 9 janvier dernier.

— On annonce aussi la mort de *Pagenstecher* (Alexandre), directeur de l'hôpital ophthalmologique de Wiesbaden, qui a succombé, à l'âge de cinquante-cinq ans, aux suites d'un accident de chasse.

— M. le docteur Cutter, médecin consultant aux eaux de Spa, vient de mourir à Londres.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 3 février 1880, ont été promus ou nommés :

1° Sur la proposition du ministre de la guerre : *Commandeur :* M. Gueury (Louis-Joseph), médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

Au grade d'officier : MM. Péruy (Jean-Charles), médecin principal de 1re classe, secrétaire du Conseil de santé des armées; Jacquemin (Charles-Hippolyte), médecin principal à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon; Chapuy (Joseph-Victor), médecin principal; Costa (François-Marie), médecin principal de 2e classe; Licardy (Louis-Guillaume-Marie), médecin-major de 1re classe; Termonia (Léon-Joseph-Théodore), médecin-major; Delon (Guillaume), médecin-major.

Au grade de chevalier : MM. Delahousse (Charles-Louis-Joseph), médecin-major de 1re classe; Baullès (Guillaume-Hippolyte, médecin-major de 2e classe; Moutet (Abel-Jérémie), médecin-major de 2e classe; Comte (André-Prosper-Antoine), médecin-major de 2e classe; Jeunehomme (Christian-Prosper), médecin-major de 2e classe; Boué (Jean-Félix-Isidore), pharmacien-major de 2e classe.

— 2° Sur la proposition du grand chancelier, a été nommé chevalier : M. le docteur Gubian (Claude-Louis-Joseph).

— 3° Sur la proposition du ministre de la marine et des colonies : *Au grade d'officier :* M. Vauvray (Alphonse-Charles-Edouard), médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Manson (Louis-François-Zéphirin), médecin de Ire classe de la marine; Dubergé (Auguste-Ferdinand), médecin de 1re classe de la marine; Bestion (Marie-Joseph-Gaspard), médecin de 1re classe de la marine; Alessandri (Pierre-Antoine), médecin de 1re classe de la marine; Michel (Louis-Bienvenu), médecin civil à Saint-Benoît de la Réunion.

— 4° Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce : *Au grade d'officier :* M. Bourdon (Alexis-Hippolyte), médecin de l'hôpital de la Charité, à Paris.

Au grade de chevalier : MM. Menudier (Pierre-Adolphe), docteur en médecine; Thomas, médecin à Béziers (Hérault); Mathis, maire de Begnecourt (Vosges); Bordier (Arthur), ancien interne des hôpitaux; Hutin, médecin en chef de l'hôpital de Chauny (Aisne); Patry; Mathey; Mie, maire de Coulommiers (Seine-et-Marne); Schloss, médecin à Paris; Geoffroy Saint-Hilaire (A.), directeur du Jardin zoologique d'acclimatation du Bois de Boulogne, à Paris.

VACCINATION ET REVACCINATION DANS L'ARMÉE. — D'après l'avis émis par le Conseil de santé des armées, le ministre de la guerre vient de prier MM. les commandants de corps d'armée de prescrire les mesures nécessaires pour qu'il soit procédé le plus tôt possible, dans tous les corps de troupe, à la vaccination et à la revaccination militaire.

NOUVELLE VICTIME DE L'ANGINE COUENNEUSE. — Un élève externe des hôpitaux de Paris, Fernand Reverdy, vient de succomber à la terrible maladie qui a enlevé, il y a quelques semaines, deux de ses collègues. Reverdy, attaché à l'hôpital des Enfants-Malades, avait été obligé de quitter Paris, et s'était réfugié à Laval, où il vient de succomber.

PALAIS DE JUSTICE. — SERVICE MÉDICAL. — Une amélioration depuis longtemps réclamée vient d'être introduite au Palais de Justice. Un service médical vient d'y être établi. Le médecin qui en est chargé est M. le docteur Ch. Floquet.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1876 : 1 988 806 habitants, y compris 18 380 militaires. Population probable de 1880 : 2 091 565.

Du 23 au 29 janvier 1880, les décès ont été au nombre de 1373, dont 677 hommes et 696 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : *Affections épidémiques et contagieuses :* fièvre typhoïde, 30; variole, 56; rougeole, 7; scarlatine, 5; coqueluche, 10; diphthérie et croup, 43; dysentérie, 3; érysipèle, 7; affections puerpérales, 4. *Autres maladies :* bronchite, 88; pneumonie, 161; phthisie pulmonaire, 207; diarrhée infantile, 39; autres causes, 713. *Morts-nés et morts avant leur inscription :* 74, dont 54 légitimes et 20 illégitimes.

AVIS

Nous rappelons à MM. les Abonnés à la **Gazette hebdomadaire** qui n'ont pas encore renouvelé leur abonnement, qu'une quittance leur sera présentée dans les départements vers le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Conférences de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital Saint-Louis, par S. Duplay, recueillies et publiées par MM. Golay et Cottin. 2e fascicule. 1 vol. in-8. Paris,

De l'action hémostatique des injections sous-cutanées d'ergotine, par le docteur Bénard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë, par le docteur Déjérine. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie, par le docteur Douglas Aigre. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement, par le docteur Fauquez. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Étude clinique sur le pouls permanent avec attaques syncopales et épileptiformes, par le docteur Blondeau. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine. Embryogénie; éléments anatomiques; tissus et systèmes, par L.-D. Cadiat, avec une introduction de M. le professeur Ch. Robin. Tome Ier. 1 vol. in-8, avec 210 figures dessinées par l'auteur. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 10 fr.

Recherches sur les affections chroniques des ganglions trachéo-bronchiques, et les suites de ces affections, par le docteur Elcrnod. in-8, avec 6 planches. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Guide dans l'examen microscopique des tissus animaux, par le docteur Esener; traduit de l'allemand par le docteur Schiffers. 1 vol. in-8, avec 7 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Études de biologie comparée basées sur la nutrition et l'évolution, par le docteur Gaëtan Delaunay. Deuxième partie : Physiologie. In-8. V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

Salins (Savoie) et ses eaux thermales, par le docteur Desprez. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

Du salicylate de soude et de son emploi dans l'accès de goutte, par le docteur Boulonmié. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Le Hoang-Nan, remède tonquinois contre la rage, la lèpre et autres maladies, par E.-C. Lesserteur. In-8 de 92 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Études de chirurgie dentaire. Applications du polyscope et de la galvanocaustie aux affections de l'appareil dentaire et à la chirurgie générale, par E. Brasseur Gr. in-8 de 71 pages, avec 40 figures. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

De l'action physiologique du salicylate de soude sur la calorification, la circulation et la respiration, par le docteur Oltramare. In-8. Paris, O. Doin. 2 fr.

De l'herpès traumatique, par le docteur Poul Roux. Gr. in-8. Paris, O. Doin. 2 fr.

La syphilis du foie chez l'adulte, par le docteur E. Delavarenne. In-8 de 125 pages Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Étude pratique sur la grossesse et l'accouchement gémellaire, par le docteur Hirigoyen. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Du diagnostic de la pierre dans la vessie, valeur séméiologique des signes rationnels, exploration de la vessie, par le docteur Ancelin. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 12 février 1880.

Académie de médecine : LE CHOLÉRA DES POULES : M. PASTEUR. — L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE. — BENZOATE DE SOUDE CONTRE LA PHTHISIE.

Le choléra des poules.

L'Académie de médecine a entendu, dans la dernière séance, une communication de M. Pasteur dont nous tenons à signaler tout de suite la portée, nous réservant d'y revenir quand le mémoire sera sous nos yeux et qu'il sera, comme on doit s'y attendre, l'objet d'une discussion publique. En deux mots, il ne s'agit pas moins que de la constatation, dans la pathologie parasitaire, de cette loi de l'*unité* qui est propre aux maladies dites virulentes. C'est-à-dire qu'une maladie produite par l'inoculation d'un microbe épuiserait plus ou moins la réceptivité de l'individu pour cette même maladie, et conséquemment pour ce même microbe. Ce serait le pendant de la vaccination par inoculation du virus variolique. On comprend aisément l'importance de la conquête que la théorie parasitaire ferait ainsi sur la vieille doctrine de la virulence.

On sait quel parti certains cliniciens excessifs ont tiré des circonstances étiologiques, symptomatologiques, anatomiques, thérapeutiques, des affections virulentes, même *à virus fixe*, et surtout de leur mode d'évolution, pour tracer une infranchissable ligne de démarcation entre elles et les maladies qui dépendent de la présence d'organismes inférieurs : le charbon notamment. Or, il existe chez la volaille une maladie dite *choléra*, caractérisée symptomatiquement par une diarrhée blanchâtre, la dyspnée, la lenteur des mouvements, l'abattement, la somnolence, parfois des mouvements convulsifs; anatomiquement, par l'injection, avec érosion et exsudation sanguine, de la muqueuse de l'intestin grêle, la congestion des poumons, l'accumulation de sang noir dans les cavités droites du cœur, etc. Cette maladie a, dans son mode d'invasion et de développement, toutes les allures de nos fièvres infectieuses, et elle est virulente au premier chef; si bien que la moindre quantité de sang prise sur une poule malade et vivante, et inoculée à une poule saine, à un canard, à un pigeon, à un moineau, et même, d'après les expériences de Renault et de Raynal, au lapin, au chien, au cheval, amène en peu d'heures la mort de ces animaux. Voilà pourtant qu'il est bien démontré par les recherches du professeur Toussaint que cette fièvre des poules, qui se déroule si classiquement, qui pourrait servir d'exemple aux fauteurs de la spontanéité morbide, est due à la présence d'un microbe spécial. Tel est le premier pas fait dans cet ordre d'idées. M. Pasteur en vient de faire un second : c'est celui que nous avons indiqué tout à l'heure. L'inoculation d'une liqueur de culture concentrée tue invariablement l'animal; mais celle d'une liqueur atténuée produit seulement, au niveau de l'inoculation, une sorte de mortification plus ou moins étendue. Dès lors, cet animal qui a survécu est plus ou moins réfractaire à l'agent morbifique; une nouvelle inoculation ne détermine plus chez lui que des effets peu prononcés. Ainsi, une fièvre parasitaire serait précisément douée de ce caractère qu'on regardait comme l'apanage des maladies virulentes, et qui est de ne se présenter qu'une fois chez un même individu. Est-ce, comme le dit notre éminent confrère, parce que le microbe soutire à l'organisme « quelque chose que la vie ne peut reproduire »?

FEUILLETON

Les centenaires.

(ÉTUDES DE MACROBIOTIE.)

(Suite. — Voyez le numéro 5.)

Angleterre. — Les auteurs ne citent qu'un petit nombre de décès de centenaires au dix-septième siècle. Le plus connu est celui de Thomas Parr, décédé à Londres en 1635, dans sa cent cinquante-deuxième année (?). Le professeur Buchner (de Darmstadt) mentionne un cas de longévité encore plus extraordinaire et encore plus difficile à croire que le précédent. Un paysan anglais, né au quinzième siècle, aurait vécu jusqu'au dix-septième, pour mourir à 172 ans! A l'âge de 120 ans, il se livrait encore aux travaux pénibles des champs. Le roi lui ayant envoyé une provision de viande et de charcuterie, cet homme, qui avait constamment vécu avec la plus grande frugalité, mourut d'une indigestion. Le docteur Buchner affirme qu'il est enterré à l'abbaye de Westminster.

M. Thompson (*Curiosities of longevity*) assure que la sage-femme qui accoucha la reine d'Angleterre femme de Charles Ier avait 123 ans. Le même auteur raconte qu'un Anglais, né en 1483, est décédé en 1651, à 109 ans, après avoir vu régner dix rois. A 101 ans, il lui fut imposé une pénitence publique pour avoir séduit une jeune fille et l'avoir rendue mère!...

Au dix-huitième siècle, nous trouvons les décès de centenaires ci-après : Mary Prescott est décédée, en 1768, dans le comté de Sussex, à 150 ans, après avoir mis au monde 37 enfants. Gordon, mort à Edimbourg en 1775, aurait vécu 131 ans, après avoir vu sept règnes différents. Un paysan du nom de John Tice serait décédé, en 1774, à 125 ans. Cet homme offre même cette singularité qu'il vit plusieurs fois la mort de très près, et que sa vigueur n'en fut nullement

On en est ici réduit aux conjectures. Mais, nous l'avons dit, nous n'avons d'autre dessein en ce moment que de montrer la perspective ouverte par les expériences de M. Pasteur, et qu'il paraît d'ailleurs disposé à pousser plus avant.

L'épidémie de variole.

Depuis l'année 1872, ainsi que le constatent les études si remarquables que M. Ernest Besnier publie chaque trimestre sur les maladies régnantes, la variole n'avait fourni à Paris qu'un nombre de décès presque insignifiant. Dans les premières années qui suivirent l'épidémie de 1870, on pouvait attribuer à l'immunité que créait une infection antérieure ou une revaccination efficace le petit nombre des sujets atteints par la maladie. Mais lorsqu'on vit en 1877 et en 1878 le chiffre des cas de variole diminuer encore et dans des proportions tout à fait insolites, il fallut reconnaître, avec M. Ernest Besnier, que le *degré de fécondité* du germe variolique est à ce point variable, et mobile que l'on ne saurait plus chercher dans l'*extinction des aptitudes varioliques* de la population, par suite d'une épidémie antérieure, l'explication des écarts si brusques et des mouvements si accentués de la maladie. En 1878 et en 1879, alors que le nombre des étrangers arrivant à Paris et s'y installant dans des conditions relativement très défavorables semblait devoir augmenter les causes d'extension de la maladie, la variole resta encore bénigne. Et voici, au contraire, que dans les derniers mois de l'année 1879, et surtout depuis le commencement de l'année 1880, sa morbidité et sa mortalité augmentent considérablement. Le dernier bulletin de statistique démographique ne nous apprend-il pas, en effet, que du 30 janvier au 5 février on a enregistré à Paris 72 décès varioliques, et que la semaine précédente en a fourni 56, alors que la moyenne hebdomadaire des trois années précédentes n'était que de 3 décès? En présence de cette recrudescence de l'épidémie, accusera-t-on la rigueur et la sécheresse de l'hiver, qui ont entraîné tout à la fois la nécessité d'une vie plus confinée et la possibilité de la dissémination des germes que l'humidité peut détruire? Cherchera-t-on dans l'état hygrométrique et électrique de l'atmosphère ou dans des conditions telluriques spéciales les causes de l'épidémicité variolique? Il ne nous est point possible d'aborder un pareil sujet. Nous voulons, pour aujourd'hui, nous borner à faire remarquer combien, quelles qu'en soient d'ailleurs les causes, une semblable mortalité variolique aurait pu être évitée. Si, en effet, la germination de la variole ne se fait que sous des influences telluriques encore inconnues; si les foyers ne se multiplient qu'à des intervalles irréguliers, tous les médecins sont cependant d'accord pour reconnaître que la maladie se propage exclusivement *par contagion*. On peut admettre que, dans l'immense majorité des cas, cette contagion s'opère par suite de la dissémination des débris de croûtes varioliques. Enfin il n'est point douteux — l'immunité presque constante du personnel hospitalier le prouve surabondamment — qu'une revaccination antérieure, *lorsqu'elle est récente et bien faite*, met à l'abri de la contagion. De ces conditions résultent les mesures prophylactiques à mettre en usage pour éviter à l'avenir les désastres que nous nous voyons forcés d'enregistrer. Ces mesures ont été souvent déjà recommandées. Tout récemment encore, à la *Société médicale des hôpitaux*, M. Ernest Besnier les rappelait à l'attention du public médical. Il y a quelques mois, à la *Société de médecine publique*, M. E. Vidal faisait sur le même sujet un très intéressant rapport. Et pourtant aucune des mesures proposées si souvent à la *Société des hôpitaux* n'ayant jamais été adoptée, le mal est aujourd'hui irréparable. Les moyens d'empêcher la contagion et par conséquent l'extension de la variole sont cependant assez connus, et la plupart d'entre eux ont été énumérés dans le rapport de M. Vidal (*Revue d'hygiène*, juillet 1879). Ils consistent dans la déclaration *obligatoire* des cas de variole confirmée, dans l'isolement rigoureux des varioleux, leur transport par des voitures spéciales, et la désinfection des objets qui leur ont appartenu, enfin dans la revaccination *obligatoire et bien faite*.

La déclaration des maladies contagieuses n'est obligatoire en France que pour les animaux. Appliquée aux maladies contagieuses, et en particulier à la variole, une semblable mesure rencontrera certainement bien des objections. Peut-être même sera-t-elle d'une application difficile, bien que, dans les pays étrangers, et en particulier aux Etats-Unis, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, etc., la loi oblige les familles des malades, les logeurs, les concierges, etc., à faire connaître sans délai à l'autorité tous les cas de maladie contagieuse qui surviennent dans leur maison. Mais s'il existe quelques difficultés d'application alors qu'il est question d'une déclaration de maladie, il n'en est plus de même quand il s'agit de l'isolement des varioleux dans les hôpitaux. Or tous les médecins connaissent les tentatives faites pour obtenir à Paris un isolement rigoureux des malades atteints de variole.

---

atteinte. Ainsi, un jour, à l'âge de 90 ans, ayant grimpé sur un arbre pour prendre un nid d'oiseaux, il se laissa tomber et eut les deux jambes cassées. Il guérit et retrouva la plénitude de ses forces. A 100 ans, il tomba dans un brasier ardent et se brûla cruellement. Quelques mois après, il quittait le lit et reprenait son travail. Si sa santé était, en quelque sorte, inébranlable, sa sensibilité était extrême; car ayant appris le décès de son plus ancien et son meilleur ami, il en éprouva un tel chagrin qu'il se mit au lit et ne tarda pas à mourir. Citons encore Mary Burke, morte à Londres en 1789, à 109 ans, dans le quartier infect (à cette époque) de Petty-court-Lane, où elle avait passé toute sa vie; Anne Bristow, décédée la même année, à 102 ans, dans le Cumberland; Margareth Macdonald, morte en Ecosse en 1765, à 106 ans; James Macdonald, mort dans le même pays, en 1760, à 117 ans; John Burnett, à 109 ans, en 1734; le ministre anglican Braithwhaite, à Carlisle, en 1754, à 110 ans; un nommé Robertson, à Edimbourg, en 1795, à 137 ans (?); Margareth Wood, en 1797, à 100 ans révolus; le vicaire Davie, à Staunton-sur-Wye, à 105 ans; Agnès Melbourne, décédée en 1799, au même âge, dans une maison d'indigents (*workhouse*); John Weeks, mort à 103 ans; William Farr (peut-être un aïeul du directeur actuel de la statistique de la population en Angleterre), à Birmingham, en 1770, à 120 ans; Mme White, dans le Gloucestershire, à 133 ans. Nous avons dit que Thomas Parr est décédé à Londres en 1635, dans sa cent cinquante-deuxième année; Robert Parr est mort dans un village du Shropshire, à 124 ans; Jean Niwel, en 1761, à 127 ans; et John Michaelson, en 1764, à peu près au même âge, *tous les trois petits-fils de Thomas Parr*.

Les faits abondent pour le siècle actuel. M. Thompson cite les centenaires ci-après : Elisabeth Gray, morte en 1856, dans sa cent huitième année. Elle avait perdu, quelques années avant, un frère consanguin ou utérin, mort à 118 ans. Un nommé Jacob W. Luning est mort en Angleterre, en 1872,

Ils savent — M. Moutard-Martin le rappelait tout récemment encore — combien ont été énergiques les réclamations adressées à ce sujet à l'administration de l'Assistance publique par les médecins des hôpitaux. Ils espèrent, et nous espérons avec eux, que les nombreux décès varioliques enregistrés depuis quelques semaines montreront enfin ce qu'il faut tenter pour enrayer le mal. En ville, il est plus difficile encore d'obtenir un isolement même relatif, et surtout d'obtenir la désinfection complète des objets ayant appartenu aux varioleux. Aussi faut-il insister avant tout et surtout sur la nécessité des revaccinations *fréquentes* et *bien faites*. M. Vidal propose, à ce sujet, et la Société de médecine publique a adopté les vœux suivants : 1° vaccination obligatoire des enfants dans les six premiers mois de leur existence ; 2° revaccination obligatoire tous les dix ans, dans les cas où l'obligation pourra être imposée (établissements scolaires, armée, administrations publiques, etc.) ; 3° enfin la constatation de l'inoculation vaccinale et de ses résultats par un certificat légalisé du médecin vaccinateur. Pour approuver ces excellentes mesures, nous n'ajouterons que quelques mots. Les revaccinations, telles qu'on les pratique le plus souvent, sont inefficaces : 1° parce que le vaccin dont on se sert n'est pas toujours de bonne qualité ; 2° parce que la revaccination n'est point pratiquée assez fréquemment. Les preuves à l'appui de ces assertions seraient aisées à développer. Nous nous contenterons de résumer des faits qui nous sont personnels. Déjà, en 1873, à propos d'un assez grand nombre de revaccinations pratiquées au Val-de-Grâce, nous avions fait remarquer (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 121) les résultats favorables obtenus en vaccinant, non avec du vaccin recueilli sur des adultes, mais exclusivement avec du vaccin d'enfant. Nous avions insisté sur la différence que présentaient dans les deux cas les pustules que l'on déterminait. Tout récemment, nous avons recommencé une série d'expériences analogues, vaccinant les deux bras d'un même sujet avec du vaccin de provenance différente. Nous avons pu nous assurer encore que les résultats négatifs des vaccinations dépendaient presque toujours de la *qualité* du vaccin employé. D'autre part en revaccinant en 1868 les élèves de l'École de Strasbourg ; en 1877, en revaccinant les stagiaires de l'École du Val-de-Grâce, nous n'avions obtenu qu'un nombre de succès insignifiant, alors que, en même temps, avec le même vaccin, les soldats des garnisons de Strasbourg ou de Paris fournissaient, dans la proportion d'un tiers environ, des résultats favorables. Que de fois, dans ces derniers mois, nous avons pu reconnaître que, dans une même maison, la revaccination échouait sur les maîtres et ne réussissait que sur les domestiques, tandis que le même vaccin servait pour les uns et pour les autres ! Ne semble-t-il pas qu'on puisse en conclure que les premiers restaient indemnes parce qu'ils avaient été précédemment et *récemment bien revaccinés*, tandis que les seconds, vaccinés ou revaccinés, ne l'avaient pas été avec tous les soins nécessaires ? Et ne devons-nous pas, dès lors, admettre, avec M. Vidal, l'utilité de la création d'*Instituts de vaccine*, bien aménagés, bien dirigés et bien rétribués ? Les ravages causés par l'épidémie actuelle appelleront-ils enfin l'attention sur la nécessité de prendre des mesures décisives pour éviter le retour de semblables accidents ? Nous le souhaitons sans l'espérer encore.

L. Lereboullet

Benzoate de soude contre la phthisie.

Nous avons exposé, il y a quelque temps, aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* (1879, p. 741) et nous rappelions dans le dernier numéro (p. 91), l'état de la question concernant un usage thérapeutique du benzoate de soude. Voici quelques détails complémentaires qui démontrent combien nos réserves étaient fondées, et nous dispenseront probablement de revenir sur une question dont la réclame s'est déjà trop emparée.

Tout d'abord, le travail détaillé annoncé par l'inventeur de la méthode, le professeur Rokitansky (d'Innsbruck), n'a pas paru. En Autriche, la presse médicale s'est tenue sur une prudente réserve, ainsi que les Sociétés savantes. En France, les prétentions du nouveau spécifique de la phthisie n'ont éveillé aucun intérêt. Il n'en est pas de même de l'Allemagne, où la Société médicale de Berlin a consacré au benzoate de soude deux séances entières.

Le docteur Guttmann, médecin du *Baracken-Lazareth*, a institué des expériences sur 31 phthisiques (24 hommes, 7 femmes). Les cas choisis étaient tous très nets et généralement de moyenne gravité. Au début, il ne faisait inhaler que 10 grammes de substance ; mais plus tard, chez 3 malades, il poussa la dose jusqu'à 50 grammes, comme le recommande le professeur d'Innsbruck. Chez la moitié des malades, le traitement a duré trois semaines et plus. *Chez aucun d'entre eux* les températures fébriles n'ont été abais-

---

à 101 ans. Un berger, Edward Hutchins, en 1878, à Guildfort (Surrey), à 103 ans.

Les centenaires ne sont pas rares en Ecosse ; le journal anglais *the Review* du 20 septembre 1876 annonçait la mort récente de deux centenaires dans ce pays : M. Mac Donald Sutherland, fermier à Broughdonnet (Caithresshire), dans sa cent cinquième année ; M. Hendric de Forres (Bonffshire), également à 105 ans. Comme preuve du grand âge de ce dernier, qui était connu, dans le voisinage de Forres, sous le sobriquet de *Hendric de Granit*, on dit qu'il était domestique chez feu M. Grant de Kincorth, lorsque le maître actuel de la propriété de ce dernier, âgé de 78 ans en 1876, venait de naître. Une autre centenaire, miss Isabel Morison, sage-femme, est décédée, en 1877, à Bonff, à 105 ans et huit jours. En février 1879, est décédé, aux îles Shetland, au nord de l'Ecosse, le révérend James Ingham, pasteur à Unst. En 1876, il avait célébré le centième anniversaire de sa naissance et reçu, à cette occasion, les félicitations de la reine d'Angleterre. Né dans l'Aberdeenshire, il suivit les cours de l'université d'Aberdeen. A 79 ans, il apprenait encore l'hébreu et l'allemand. Au moment de sa mort, son intelligence n'avait que très légèrement faibli ; mais il avait presque entièrement perdu la vue. Son père était mort à 101 ans et son aïeul paternel à 105.

Le docteur Elsner cite (*Journal allemand de l'assurance*, 1876, n° 68) le décès, à Kingstown, en 1875, à l'âge de 138 ans (?), d'une dame du nom de Jenny Forster ; et en Irlande, d'une demoiselle de 110 ans.

Dans les premiers jours d'août 1878, est décédé, dans le quartier pauvre de Spitalfield, à Londres, un homme de 104 ans. Né le 27 janvier 1774, il se maria à 29 ans, et vécut pendant 61 ans dans un logement composé d'une seule chambre, avec sa femme, morte en 1855, à 88 ans. Ce centenaire était aveugle et vivait des aumônes de la Société des visiteurs des aveugles indigents. Il n'a laissé qu'une fille, qui est veuve et âgée de 74 ans.

sées, et le poids n'a pas cessé de diminuer. Parallèlement à l'état général, les phénomènes locaux ont été en s'aggravant. Ni les sueurs profuses, ni la toux, ni l'expectoration, n'ont été en aucune manière influencées.

Mais si le médicament ne produit aucune action utile, il est trop évident qu'il occasionne souvent des effets désagréables. Quelques malades se sont plaints de malaise et d'autres de vomissements. Il est vrai que l'inhalation de 50 grammes dure deux heures, que pendant tout ce temps le malade est obligé de tirer la langue hors de la bouche (précaution sur laquelle Rokitansky insiste spécialement). Cette position, très fatigante, favorise la pénétration du liquide, non seulement dans le larynx, mais aussi dans l'œsophage, et peut-être dans l'estomac.

Cette importante communication fut le point de départ d'une discussion intéressante.

Le docteur Fränkel prétend qu'il n'y a de nouveau dans la nouvelle méthode de traitement que la manière un peu *alarmante* dont elle a été présentée au public ; car Mosler avait déjà essayé de faire directement des injections d'acide phénique dans les cavernes. Lui-même a employé le même médicament depuis assez longtemps en inhalations et en topique sur des ulcérations tuberculeuses (larynx, etc.), sans aucun succès.

Senator a obtenu les mêmes résultats négatifs. Il rappelle combien souvent on a été trompé par des coïncidences. L'augmentation de poids elle-même n'est pas concluante, attendu qu'elle peut tenir à des épanchements passés inaperçus.

Wolff s'étonne de voir que les collègues qui viennent de parler paraissent admettre la probabilité, sinon la réalité, de l'existence de parasites dans la tuberculose. Pour ce qui le concerne, il a fait des recherches nombreuses pour découvrir la soi-disant monade dans les granulations du mésentère, mais n'a jamais rien trouvé. On affirme, il est vrai, que le contenu des cellules géantes est en grande partie composé de bactéries, et cependant ces granulations obscures disparaissent par l'action prolongée de l'acide acétique, de l'alcool et de l'éther. Même en admettant que le benzoate de soude fournisse dans l'avenir de meilleurs résultats, il n'en faudrait pas conclure à la nature parasitaire de la tuberculose.

Waldenburg a fait à la Charité des essais sur une vingtaine de cas sans succès. Il a observé, ainsi que Guttmann, des accidents gênants, vomissements, toux, etc. Il considère comme impossible de suivre le précepte de Rokitansky, de faire inhaler 1 pour 100 du poids du corps; il faudrait, pour y arriver, « plus d'heures qu'il n'y en a dans la journée ».

Guttmann résume la discussion en montrant que, d'après l'avis unanime des membres présents, le benzoate de soude a été inutile dans le traitement de la phthisie.

Dans un travail publié à la même époque (*Berl. klin. Woch.*, n° 49), Wenzel arrive à la conclusion suivante : « Ni dans les cas graves, ni dans les cas légers, il ne fut possible de constater une action symptomatique ou palliative, soit une amélioration réelle ou une guérison. »

La question nous paraît définitivement jugée. La clinique démontre l'impuissance des inhalations de benzoate de soude contre la phthisie, et ce résultat n'a rien d'étonnant. Et en effet, est-il bien certain que, par les méthodes assez grossières d'inhalation que nous employons, nous puissions faire pénétrer une substance non volatile dans les petites bronches? C'est plus que douteux. Le professeur Schnitzler (*Wien. med. Presse*, n° 42) est arrivé à la conclusion que les médicaments inhalés n'arrivaient pas du tout aux bronches. Si au lieu de benzoate de soude on prend tout simplement de l'encre, on constate que la matière colorante couvre le visage et remplit le pharynx, mais ne pénètre guère au delà de la trachée. Guttmann, qui a répété ces expériences avec le même résultat, trouve ces conclusions trop positives. « Ne savons-nous pas, dit-il, que chez les charbonniers, les ouvriers en fer, en cuivre, les parcelles de métal s'accumulent dans le parenchyme pulmonaire? » Sans doute; mais autre chose est de vivre pendant des années dans une atmosphère surchargée de poussières, ou de se placer pendant quelques heures, le corps tendu, l'esprit inquiet, devant un inhalateur. Personne ne songe à nier que les particules liquides puissent dépasser la glotte; mais on pense que ces particules sont trop peu nombreuses pour produire un effet utile.

En résumé, la méthode dont il s'agit manque de bases physiologiques aussi bien que cliniques ; elle doit être condamnée par la théorie comme par la pratique.

C. Zuber.

Une autre centenaire est morte en 1877, à 103 ans; c'était une veuve nommée Marie Butler. Son mari était décédé 20 ans auparavant, à l'âge de 85 ans. Ses enfants sont des vieillards, et elle a laissé des descendants de la troisième et quatrième génération.

Citons encore quelques centenaires du même pays qui étaient vivants aux dates que nous indiquerons. Le 10 décembre 1877, le nommé William Shipman, demeurant près de Ripley, a atteint sa centième année. Il avait été au service de la Compagnie Butterley pendant plus de 60 ans, et ne l'avait quittée qu'à 95 ans. La Compagnie lui sert une pension viagère (*The Review*, 26 décembre 1877). — On trouve la notice suivante dans le *Sheffield Telegraph* des premiers jours de mai 1879 : « La semaine dernière, un colporteur se présentait au bureau de police de Doncaster pour faire viser sa licence. L'employé du bureau vérifia qu'il devait avoir atteint sa cent huitième année. Aux questions qui lui furent adressées, il répondit qu'il avait eu vingt-deux enfants, dont dix-sept garçons; un de ces enfants était décédé à 88 ans; sa femme était morte, en 1870, à 99 ans. Ce vieillard avait intacts la vue et l'ouïe, et faisait encore ses huit milles (12 872 mètres) par jour. Son nom est John Roseberry. »

Un pasteur anglais, le chanoine Beadon (de Southampton), a célébré, en décembre 1877, son centième anniversaire. A cette date, il était, depuis 60 ans, un des administrateurs de la caisse d'épargne de sa paroisse. Il a donné, comme son élixir de longue vie, la recette suivante : ne jamais être hors du lit après dix heures le soir, ni au lit après sept heures du matin, ne jamais travailler de tête immédiatement après dîner, et ne *jamais porter de paletot* (*sic*). Enfin, on a pu constater exactement, en Angleterre, l'âge auquel vivaient encore, en 1872, Jacob William Luning, alors âgé de 103 ans, et Catherine Duncombe Schaft, âgée de 101 ans.

Les documents officiels sont affirmatifs dans le sens d'un assez grand nombre de décès de centenaires en Angleterre. Dans le relevé de l'état civil pour 1873, nous trouvons le do-

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine. Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 3 février 1880, par le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le prolapsus du rectum peut être guéri facilement, et en un laps de temps relativement court, au moyen d'injections hypodermiques faites avec une solution de l'extrait d'ergot de seigle, usité sous le nom d'*ergotine*. Par ce nouveau procédé, j'ai réussi à guérir trois adultes; les observations me paraissent intéressantes, et j'ai l'honneur de demander à l'Académie la permission de lui en communiquer la relation.

Obs. I. — Au mois de janvier 1876, j'étais consulté par M. X..., âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, atteint depuis deux ans de spermatorrhée, et tourmenté depuis plus de huit années par les souffrances et les ennuis d'un prolapsus rectal permanent.

En saillie de 2 centimètres au moins en dehors de l'orifice anal, formant un bourrelet annulaire, la muqueuse de l'intestin, chroniquement enflammée, d'une coloration rouge foncé, était exulcérée et saignante, sauf sur quelques points limitrophes à la peau, où elle paraissait recouverte d'épiderme et comme cutanisée par un long séjour à l'air. Elle était bornée en arrière par le relief de deux mamelons hémorrhoïdaires, turgescents et violacés. L'orifice anal était notablement dilaté et très douloureux au toucher.

Le malade, sujet depuis longues années à des congestions hémorrhoïdaires et à des alternatives de constipation et de diarrhée, avait remarqué que la chute du rectum s'était produite après des efforts de défécation. Au début, il pouvait faire rentrer la tumeur; mais graduellement cette réduction était devenue inutile, le prolapsus se reproduisant presque immédiatement. Un écoulement incessant de muco-pus, en dernier lieu presque toujours mélangé de sang, souillait le linge et obligeait à des pansements fréquents. La douleur rendait la marche pénible et gênait singulièrement la position assise.

Cette infirmité exerçait une influence fâcheuse sur l'état général. S'ajoutant aux effets débilitants de la spermatorrhée, elle contribuait à l'amaigrissement et à l'irritabilité extrême que je constatais.

J'essayai d'abord, comme agents thérapeutiques, des lavements à l'eau froide, au moment du coucher, puis des lavements à l'extrait de ratanhia. Je n'en obtins aucun résultat satisfaisant. Je tentai alors un nouveau traitement.

Enfonçant l'aiguille de la seringue de Pravaz dans la peau, à 5 millimètres en dehors de l'anus, et dirigeant la pointe profondément vers le sphincter, je fis une injection avec 15 gouttes d'une solution d'ergotine au sixième. Cette petite opération fut suivie, pendant environ trois heures, d'une sorte de ténesme rectal et vésical.

Après cinq injections à deux jours d'intervalle, la muqueuse du rectum faisait à peine saillie à l'extérieur; le bourrelet avait diminué des deux tiers de son volume primitif. La réduction, une fois opérée, se maintenait pendant plusieurs heures. Après la onzième injection, la procidence n'avait plus lieu que pendant la défécation; elle se réduisait d'elle-même dès que le malade quittait la position accroupie.

Cédant aux instances d'un homme auquel les longues tortures de son infirmité faisaient entrevoir avec terreur la possibilité d'une rechute; obéissant, d'autre part, au désir d'obtenir une guérison durable et d'assurer le succès d'un nouveau mode de traitement, je fis encore onze nouvelles opérations, distancées de trois ou quatre jours, complétant un total de vingt-deux injections.

Il y a maintenant près de quatre ans que M. X... a pu reprendre toutes les habitudes d'une vie active et mondaine, sans la moindre apparence de récidive. Il paraît définitivement guéri.

Cette guérison datait déjà de près de deux ans lorsqu'elle fut constatée, au mois de janvier 1878, par M. le professeur Guyon, appelé à traiter M. X... d'une cystite aiguë.

Obs. II. — Le succès fut bien plus prompt pour une dame de soixante-quatre ans, Mme B..., atteinte depuis deux ans et demi d'un prolapsus rectal permanent, consécutif à des hémorrhoïdes. Le bourrelet de la muqueuse formait un relief de 2 centimètres au centre d'une couronne d'hémorrhoïdes. Le 4 décembre 1876, je fis une première injection avec 15 gouttes de ma solution d'ergotine, et ensuite, à deux jours de distance l'une de l'autre, cinq nouvelles injections, en augmentant d'une goutte chaque fois. Dès la quatrième séance, la réduction se maintenait et la procidence n'avait lieu que pendant la défécation. Après la sixième injection, la guérison semblait parfaite. Elle fut assurée par trois nouvelles injections, l'une après trois jours, l'autre après quatre, et la dernière après cinq jours d'intervalle.

Le traitement avait duré vingt-quatre jours.

J'ai revu Mme B... dans le courant du mois de juillet dernier, deux ans et demi après sa guérison; je me suis assuré que l'orifice anal, entouré de marisques pâles et flasques, avait repris sa tonicité normale, et que rien n'indiquait une tendance à la réapparition de la chute du rectum.

Obs. III. — A l'hôpital Saint-Louis, en juin 1877, j'ai obtenu une troisième guérison de prolapsus rectal. La malade, âgée de quarante-cinq ans, était affectée depuis deux ans de cette infirmité. Elle fut guérie en quinze jours, par six injections de 20 à 25 gouttes chacune.

Les injections ont toutes été faites à travers la peau, à peu près à 5 millimètres de l'orifice anal, soit dans la direction du sphincter, soit dans des hémorrhoïdes. Sauf une modification favorable exercée sur les tumeurs hémorrhoïdaires injectées, je n'ai pas remarqué de différence dans les effets consécutifs. La douleur, toujours assez vive, a été la même. Les contractions du sphincter et des fibres musculaires de l'intestin — facilement appréciables par le toucher rectal —

---

cument suivant: « Sont décédés, en 1873, 196 hommes et 480 femmes qui avaient atteint l'âge de 95 ans et au-dessus. Sur ce nombre, 89 avaient 100 ans et plus; de ces 89 centenaires, 79 étaient des femmes. L'homme le plus âgé est mort à 103 ans; mais il est décédé, dans la maison de charité de Hurst (Exeter), une femme de 108 ans, et une autre à Newport, de 112 ans. Sur les 89 centenaires, 9 vivaient à Londres, 13 dans les Galles du Nord et du Sud, 6 dans le Yorkshire, et 6 dans le Norfolk. »

Même renseignement pour l'année 1874: « Sur 526 632 décédés de cette année, 69 — dont 16 hommes et 53 femmes — avaient 100 ans et plus. Les plus âgées des femmes étaient 6 veuves qui auraient atteint 104 ans. Des 69 centenaires, un est qualifié de *gentleman*, un autre de *pensionné;* une femme est désignée comme ayant une rente viagère (*annuitant*), et une autre (100 ans) de *ward in chancery* (?); 1 des centenaires hommes, a le titre de fermier; 1 de yoman (petit propriétaire); 8 des femmes sont des veuves de fermiers, et 1 est veuve d'un garde-chasse. 2 hommes sont appelés ouvriers agricoles et 6 des femmes, veuves d'ouvriers agricoles ou de jardiniers. 2 des hommes étaient des domestiques; 1 avait servi comme matelot; 1 femme est qualifiée de veuve d'un garde-côte. Mais la majorité de ces grands vieillards appartenait au commerce ou étaient des veuves de commerçants. Des 69 décès de centenaires, 19 ont été enregistrés dans le pays de Galles, 9 à Londres, et 4 seulement dans la division nord-ouest de l'Angleterre. »

En 1876, 183 hommes et 409 femmes sont décédés à l'âge de 95 ans et au-dessus; 14 hommes avaient atteint 100 ans, et un d'eux 106; 43 femmes avaient plus de 100 ans, et une d'elles était dans sa cent huitième année.

Sont décédés aux âges suivants:

A 100 ans, 4 hommes et 21 femmes; — à 101 ans, 2 hommes et 7 femmes; — à 102 ans, 5 hommes et 4 femmes; — à 103 ans, 2 hommes et 3 femmes; — à 104 ans, 2 hommes et 3 femmes; — à 105 ans, 1 homme et 2 femmes; — à

ont également commencé après quelques minutes et duré en moyenne de quatre à cinq heures.

Les dernières injections m'ont semblé être plus actives que les premières et déterminer un ténesme plus prolongé.

A plusieurs reprises, la forte dose de 25 gouttes provoqua le spasme du col de la vessie et une rétention d'urine durant huit à dix heures, notamment chez les sujets des observations I et III.

Chez des femmes en proie à des métrorrhagies symptomatiques de corps fibreux de l'utérus, que je traitais par la méthode d'Hildebrandt, deux fois déjà j'avais remarqué le ténesme vésical et rectal survenant à la suite d'injections d'ergotine. C'est cette observation que j'ai mise à profit pour le traitement du prolapsus.

Les expériences physiologiques de MM. Laborde et Peton (*Note sur l'action physiologique de l'ergot de seigle*, in *Tribune médicale*, 1878, p. 497) confirment les remarques que j'avais faites. Ils ont observé que 2 grammes de la solution d'Yvon, — dont 1 centimètre cube équivaut à 1 gramme de seigle ergoté, — injectés dans la veine crurale d'un chien de moyenne taille, déterminent la constriction du col de la vessie et la rétention d'urine. Ils ont vu l'intestin agité de contractions spasmodiques. Ils ont constaté que l'injection hypodermique *in situ* est notablement plus active que l'injection faite dans un point éloigné, ce qui démontrerait une action en quelque sorte directe de l'ergot de seigle sur la contraction des fibres musculaires et plus spécialement des fibres lisses.

Je me suis servi d'une solution de 1 gramme d'extrait d'ergot ou ergotine de Bonjean dans 5 grammes d'hydrolat de laurier-cerise : c'est la proportion d'un sixième adoptée par Hildebrandt (1). Chacune de mes injections était de 15 à 20 gouttes (exceptionnellement de 25), ce qui est l'équivalent de 20 à 25 centigrammes d'ergotine, autrement dit de l'extrait de 1 gramme 1/2 à 2 grammes d'ergot de seigle. Aucune de ces injections n'a été suivie d'inflammation ni d'abcès.

L'ergotine de Bonjean provoque une douleur cuisante assez vive; la solution d'Yvon est bien mieux tolérée. A l'avenir, je lui donnerais la préférence.

Je n'ai pas observé d'accidents d'intoxication avec les fortes doses que j'ai employées. On peut réussir avec une solution plus faible. Il y a quelques mois, mon très distingué collègue des hôpitaux, M. A. Ferrand, a guéri un prolapsus du rectum, datant de près de quatre ans, avec quatre injections de 1 gramme environ de la solution de M. Moutard-Martin (ergotine, 2 grammes; glycérine, 15 grammes; eau distillée, 15 grammes). La guérison, obtenue le 27 juin dernier, ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. L'observation a été communiquée à la Société de thérapeutique dans la séance du 10 décembre 1879.

(1) Solution du professeur Hildebrandt, de Königsberg : extrait aqueux de seigle ergoté, 3; glycérine, 7 1/2; eau distillée, 7 1/2. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 25, juin 1872, p. 297.)

Il résulte des observations et des considérations précédentes que :

1° Les injections hypodermiques faites *in situ* avec une solution d'ergotine, ou, pour parler plus exactement, d'extrait d'ergot, sont d'une efficacité remarquable pour la guérison du prolapsus du rectum.

2° L'action physiologique de l'ergot de seigle, aujourd'hui parfaitement déterminée par l'observation clinique et par les recherches expérimentales, donne l'explication rationnelle de ces résultats thérapeutiques.

Thérapeutique chirurgicale.

De la non-intervention primitive dans les plaies par balles de revolver, par M. Picqué, médecin aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou.

Il est des préjugés bien difficiles à déraciner de l'esprit populaire, et ceux-là sont souvent bien pernicieux quant aux résultats qu'ils entraînent; mais il en est d'autres à la vérité plus sérieux quand ils existent dans l'esprit d'hommes éclairés qui devraient avoir pour mission de les faire disparaître.

Pour les premiers, le remède est simple, quoique bien lent dans ses effets. Pour les autres, il faut des observations multipliées, des faits clairs qui entraînent la conviction, et chacun a le devoir, pour ruiner un préjugé ou combattre une erreur, de mettre au jour le fruit de ses observations ou de son expérience, quelque petite qu'elle puisse être. J'ai dû cette année, tant au hasard qu'à la bienveillance de M. le professeur Verneuil, d'observer des malades atteints de plaies par balles de revolver, chez lesquels l'intervention chirurgicale eût été absolument inutile. Faut-il donc intervenir et extraire les balles? C'est là assurément un sujet qui n'est pas nouveau, et bien des personnes pourraient s'étonner, à la vérité, de voir discuter une question que beaucoup semblent déjà avoir résolue par la négative. Et cependant M. Verneuil en fait un point favori de son enseignement; à l'entendre revenir fréquemment sur ce sujet, avec sa conviction et son entraînement habituels, il semble évident qu'il y a là pour lui un préjugé à détruire, une erreur à dissiper. En effet, aucune règle précise n'est posée, les auteurs classiques ne formulent rien de net à cet égard, et le praticien se trouve livré à sa propre initiative, tantôt intervenant, tantôt s'abstenant, selon son inspiration ou sa hardiesse.

Cette question est, du reste, plus importante qu'elle ne

---

106 ans, 1 femme; — à 108 ans, 1 femme. Six centenaires (1 homme et 5 femmes) sont décédés à Londres.

En Irlande, sur 22 280 décès qui ont pû être enregistrés en 1875 (l'état civil laisse beaucoup à désirer dans cette partie du Royaume-Uni) 20 avaient plus de 100 ans, dont 3 âgés de 106, 1 de 109. Une femme avait 110 et 2 hommes 111 ans.

Dans le même pays, le recensement de 1871 a révélé l'existence de 724 centenaires, dont 259 hommes et 465 femmes. De ces 724 personnes, 28 (dont 10 hommes et 18 femmes) étaient célibataires, 91 (77 et 14) mariées et 605 (170 et 433) veuves.

Autriche. — Les notices biographiques de centenaires sont rares pour ce pays. Le feld-maréchal Radetski, comme son collègue de Prusse, baron Wrangel, est décédé à un âge très avancé : 94 ans. Les journaux autrichiens de janvier 1878 citent le décès à Trieste d'un homme de 114 ans; la *Gazette de Cologne*, celui d'une dame Thérèse Firdeler (de Hulsenstein), morte à Prague en 1877, à 120 ans (?). Née à Hambourg e 1757, elle avait été, dans sa jeunesse, demoiselle d'honneur de l'impératrice Marie-Thérèse.

Le recensement du 31 décembre 1869 a mis en lumière l'existence, à cette époque, de 183 hommes et 229 femmes ayant atteint l'âge de 100 ans et au-dessus, soit 412 pour une population de 20 millions et demi d'habitants; c'est 1 centenaire pour 49 757 personnes.

En 1876, sur 635 519 décédés, 61 avaient plus de 100 ans.

États-Unis. — Les documents, tant officiels que privés, sur les centenaires de ce pays ne méritent qu'une médiocre confiance. En 1875, les journaux de New-York affirmaient l'existence, dans cette ville, d'un capitaine Frédéric Lehrbusch, qui aurait appartenu à l'armée anglaise; il jouissait, à 109 ans, d'une excellente santé. Les dames de la ville le visitaient souvent et l'accablaient de friandises et de petits cadeaux. Il racontait une foule de détails intéressants sur la signature du traité de Tilsitt et la campagne d'Espagne sous Wellington. M. Lehrbusch habitait la dixième avenue de la ville de Man-

paraît l'être au premier abord, car elle se rattache à la grande doctrine du *primumnocere* et n'en est qu'un fragment, doctrine que domine la chirurgie tout entière, et qui devrait trouver dans les traités classiques une place digne d'elle.

C'est là, à notre avis, tout un chapitre à faire; chapitre grandiose, à la vérité, où l'on devrait s'efforcer de tracer des règles précises sur les explorations en général (tumeurs, foyers inflammatoires, canaux naturels et accidentels), fixant les limites entre les explorations utiles et inutiles, inoffensives ou nocives, de façon à ne laisser désormais sur cette partie de notre art aucune place au hasard.

Il ne m'appartient pas de combler une aussi grande lacune; mon but sera plus modeste et ne parcourra qu'un point limité de ce vaste horizon. C'est à démontrer que l'intervention dans les plaies par petits projectiles n'est dans aucun cas justifiée, que je vais m'efforcer de consacrer ce travail, heureux si je puis faire quelques conversions et rallier quelques indécis.

Je diviserai donc mon travail en trois chapitres distincts : dans le premier, j'étudierai les dangers qui peuvent naître du séjour d'un petit projectile dans nos tissus; dans le deuxième, j'essayerai de démontrer l'inutilité de l'extraction dans la majorité des cas; dans le troisième, je parlerai des dangers de l'extraction et présenterai mes conclusions.

I. — Danger du séjour de la balle dans les tissus.

Nous ne sommes plus au temps où Jean de Vigo, dans son *De vulnere facto ab instrumento quod bombarde nuncupatur*, et Riolan à la même époque, croyaient à l'intoxication des tissus par les balles, et nous n'avons pas à parler de ces théories combattues heureusement par A. Paré et ses contemporains, et qui nécessitaient de la part de leurs auteurs une thérapeutique toute spéciale. Mais il nous faut montrer quelles sont les lésions d'ordre vital que peut déterminer la présence des petits projectiles dans nos tissus; quelle est, en un mot, la manière dont ils se comportent; si leur présence est dangereuse ou inoffensive à la vie des éléments anatomiques. Cette question, qui est fondamentale pour le point de vue où nous nous sommes placé, a été et est encore diversement interprétée par les auteurs. Alors que Jobert de Lamballe, dans son *Traité des plaies par armes à feu*, en 1833, considérait la présence de balles comme absolument inoffensive, d'autres chirurgiens, tels que Baudin, Bégin, Larrey, Sédillot, dont la compétence n'est pas contestable, professaient une opinion absolument contraire.

En Allemagne, Billroth considère les balles comme pouvant séjourner sans préjudice dans l'économie, et ne prête son attention qu'aux morceaux de drap et de cuir qui peuvent être entraînés par le projectile, et dont la présence, d'après lui, est seule capable d'entraîner des accidents sérieux; mais ce côté de la question ne présente pour nous qu'un médiocre intérêt, puisque nous n'avons en vue que les plaies par petits projectiles (balles de revolver), et qu'ils ne provoquent que dans des circonstances bien exceptionnelles l'entrée dans nos tissus de fragments de vêtements, surtout des morceaux de cuir.

Mais pénétrons davantage dans la question et voyons les modifications qui surviennent : 1° du côté du projectile, 2° du côté des tissus qui l'environnent.

1° *Modifications du côté du projectile.* — Le projectile est dans une cavité naturelle; dans ces conditions il peut s'incruster de sels et devenir le noyau de concrétions calcaires, comme dans la vessie, ou se recouvrir de substances organiques.

2° Le projectile est dans l'intimité des tissus qu'il a écartés ou déchirés. On sait que tout corps privé de vie, placé dans ces conditions, est soumis à l'action puissante de l'absorption; mais le corps étranger lui oppose d'autant plus de résistance qu'il a plus de cohésion. Les balles rentrent dans ce cas et sont inattaquables.

Modifications du côté des tissus qui environnent le projectile. — D'après Billroth, la balle métallique aurait toujours tendance à s'enkyster; elle pourrait cependant subir des mouvements de migration sous l'influence de la pesanteur et des contractions musculaires. Bérard et Denonvilliers, dans leur article Corps étrangers du *Compendium*, examinent les divers cas qui peuvent se présenter. Tantôt la balle peut être entraînée par la suppuration; quand elle a son siège près de la peau, elle détermine l'irritation des éléments anatomiques, d'où la formation d'un abcès. Dans certains cas, elle s'enkyste par la formation d'un travail d'irritation que l'on pourrait appeler chronique, car il n'aboutit pas à la suppuration; dans ces conditions, isolée de toutes parts des tissus dans lesquels elle est plongée, elle peut y séjourner longtemps sans apporter de gêne notable et sans révéler sa présence par aucun symptôme appréciable.

Il n'en est pas toujours ainsi. Et nous devons étudier les désordres que les projectiles occasionnent dans le cas où ils restent fixés dans leur position d'origine et le cas où ils subissent un mouvement de migration.

Cas où ils restent fixés dans leur position d'origine. — Deux cas peuvent encore se présenter. Les accidents sont graves d'emblée : une inflammation aiguë ou chronique survient, amenant à la suite des abcès, des fusées purulentes, des fistules intarissables. Mais on peut dire, sans cependant vouloir rien préjuger, que dans ces conditions ces accidents peuvent, avec autant de raison, être attribués au traumatisme aussi bien qu'au projectile, et que la balle ne semble dans certains cas ajouter en rien à la gravité du traumatisme. Cependant, ajoutons que les auteurs du *Compendium* semblent rattacher ces accidents à la présence du projectile.

---

hattan, et, tous les dimanches, on l'entendait, à l'église de la cinquième avenue, chanter, de sa voix nasillarde et tremblante, psaumes et prières.

Ce centenaire prenait, assure-t-on, chaque jour, quelques gouttes d'opium, et il attribuait son grand âge à ce régime.

Les mêmes journaux annoncent la mort, à New-York, en 1876, d'un nommé Deonis Lyons, natif de Kerry (Irlande), qui aurait atteint 110 ans. Il avait 85 ans quand la pensée lui vint d'émigrer aux Etats-Unis. Deonis Lyons fut d'abord grand amateur du wisky; mais, plus tard, il devint tempérant. Ses biographes font cette remarque, qu'à la différence des membres des sociétés de tempérance, qui en font un usage immodéré, il ne but jamais d'eau glacée. Il travaillait au port comme marinier. On raconte qu'il ne fut jamais sérieusement malade; ses cheveux avaient à peine blanchi et ses facultés mentales étaient intactes.

On cite encore le décès en Californie d'un certain Justinian Rajor, qui s'était fait baptiser dans sa centième année, Henri Jenkins serait décédé, en Amérique, vers 1770, à l'âge, un peu fabuleux, de 168 ans. A 150 ans, il figurait encore comme témoin dans un procès criminel. On ne doit également admettre que sous toute réserve le décès à 140 ans, à Stafford, d'un nommé Jacob Sands, et celui de sa femme à 120 ans.

Si les documents américains méritaient une entière confiance, on pourrait croire que la race nègre s'est complètement acclimatée aux Etats-Unis, et qu'en outre, cette race jouit du privilège d'une longévité exceptionnelle. C'est ainsi que les recensements de 1840 et de 1850 lui attribuent : en 1840, 1333 centenaires, et 1425 en 1850, soit 1 pour 2448 (Carlier, *De l'acclimatement des races aux Etats-Unis*, p. 43). Le recensement de 1860 signale le décès (1) de

(1) En opérant le dénombrement des habitants, les recenseurs américains s'informent aussi du nombre des naissances, des mariages et des décès dans chaque famille pris dans l'année qui a précédé cette opération, seul renseignement, en l'absence d'un état civil régulier, qu'ils puissent se procurer à ce sujet.

Dans le deuxième cas, les accidents n'existent pas dès le début : au bout d'un temps variable, l'inflammation reparaît, et avec elle le cortège des abcès, des suppurations intarissables; la plaie, dont la cicatrisation était achevée, se rouvre. Ces accidents peuvent céder et reparaître à plusieurs reprises, et constituer des périodes d'accalmie et de danger. Dans ces conditions, la balle semble être l'origine de tous ces accidents. La paroi du kyste de sensibilité, très obtuse, peu vasculaire, semble avoir ressenti plus vivement l'excitation que tend à lui communiquer le corps étranger qu'elle environne. Ces accidents pourraient bien être mis sur le compte de la marche irrégulière du travail de réparation profonde; mais à supposer que ces accidents soient seuls imputables au corps étranger, il est de toute évidence qu'il serait indiqué d'intervenir, mais que la doctrine de la non-intervention primitive n'en serait en aucune façon ébranlée.

Cas où le projectile entre en migration. — Dans ces conditions, la résistance assez forte qu'oppose la paroi kystique à l'action de la pesanteur est rompue.

Voyons quel est le mécanisme de cette migration. La paroi du kyste au point de pression s'est enflammée; cette inflammation a amené son ulcération : désormais le corps étranger a quitté sa cavité primitive; il est libre dans les tissus, sollicité par l'action de la pesanteur; il pèse au point le plus déclive de sa nouvelle cavité : d'où inflammation, ulcération et fonte purulente; un mouvement de progression se fait encore. En arrière de lui, les parties ont échappé à son action irritante; le travail de phlegmasie qu'il a provoqué se calme, les lésions se réparent, les cavités se comblent, les éléments anatomiques se reforment, sauf dans les tissus spéciaux, où ils se remplacent par du tissu fibreux. Dans ce mouvement de progression, ils vont plus ou moins loin, mais jamais cependant aussi loin que les corps pointus et allongés, les esquilles par exemple, qui parcourent, comme on le sait, des distances considérables. Ils tombent rarement dans les cavités séreuses, car, à leur voisinage, les feuillets opposés, impressionnés par le travail de phlegmasie, s'enflamment, se soudent et s'opposent à leur projection. Après avoir cheminé ainsi pendant un temps plus ou moins long, ils peuvent s'arrêter définitivement et s'enkyster à nouveau, ou se faire jour au dehors au milieu d'un abcès sous-cutané. Ils peuvent encore tomber dans un conduit muqueux et être retrouvés dans les urines, les matières fécales, et dans la bouche après un effort de toux, de vomissement, etc. Ce travail, il faut l'avouer, n'est pas toujours exempt de dangers : car ils peuvent ulcérer des organes importants, les vaisseaux par exemple, et donner lieu à des hémorrhagies plus ou moins séreuses.

A côté de ces désordres d'ordre vital, notons quelques désordres d'ordre fonctionnel. Ce sont, dans certains cas, une gêne plus ou moins grande des mouvements, si la balle siège au voisinage d'une jointure; des douleurs variables, si la balle siège dans un nerf ou entre les muscles et les os. Mais ce ne sont pas encore là des cas qui permettent de déroger au principe général, car il est toujours temps d'intervenir.

Nous n'avons jusqu'ici parlé que des corps étrangers se fixant sur des tissus ordinaires; voyons un peu comment ils se comportent dans des parenchymes spéciaux, tels que le cerveau, le poumon et le cœur.

Corps étrangers du cerveau. — On en trouve de bien curieux exemples dans la thèse de Velpeau sur l'application du trépan et le manuel de Percy. A la vérité, les cas qui y sont relatés ne sont en aucune façon relatifs à des balles de petit calibre; mais il nous semble rationnel de juger du plus au moins, et de supposer que le cerveau est tolérant, dans bien des cas, pour des corps étrangers volumineux; il peut l'être *à fortiori* pour des balles de revolver.

Qu'il nous soit permis, pour établir le contraste, de citer les cas dont parle le *Compendium* dans l'article Corps étrangers du cerveau. Quoique nous n'ayons pas à douter de la réalité des observations citées, nous avons voulu aller aux sources et lire nous-même ces curieuses observations :

1° *Collect. de Bouet*, t. I, p. 49. Bout de stylet perdu dans le cerveau pendant cinq ans (Rhodius et Vesling).

2° Haller (*Disputationes chirurgicæ*). Balle restée pendant seize ans dans une fosse cérébrale antérieure, chez un prince allemand.

3° Horstius (*Obs. med.*, obs. 19). Tige de fer dans l'os sphénoïde chez un soldat.

4° Blessé d'Anel. Balle dans la glande faciale.

5° Fille disséquée par Zacuta Lusitanus. Lame de couteau restée huit ans entre le crâne et les méninges.

6° Histoire duc à Masault le fils, chirurgien-major à l'hôpital de Douai (*Journal de Vandermonde*, t. XLI, p. 82). Dard d'une flèche pendant onze ans dans la partie écailleuse du temporal.

7° Blessé de Th. Bartholin. Survivant pendant quatorze ans à un coup d'épée dont la pointe, longue de plusieurs pouces, s'était perdue dans le cerveau.

Les conclusions du *Compendium* sont bien différentes de celles que nous voudrions leur substituer. Il est, en effet, parlé dans cet article d'accidents formidables et de mort subite qui ont été souvent la conséquence du séjour prolongé de projectiles dans le cerveau. Mais, à la vérité, c'est là un fait acquis que des projectiles ont pu y rester longtemps sans amener d'accidents, et nous mettrons plus loin en parallèle les indécisions du diagnostic, et par conséquent de la thérapeutique, et aussi les dangers des manœuvres.

Corps étrangers de la cavité thoracique. — Plèvre. — Ils sont, il faut l'avouer, exceptionnellement dangereux dans la cavité pleurale; le plus souvent l'origine d'accidents graves, de

---

466 vieillards de 100 ans et plus, dont 136 blancs, 30 de couleur libres et 300 nègres. L'esclavage favoriserait donc, contrairement à l'assertion de l'*Oncle Tom*, la longévité des nègres, en supposant, bien entendu, qu'on ait connu exactement la date de leur naissance, — qu'ils ne connaissaient probablement pas eux-mêmes, au moins ceux qui avaient été plus ou moins récemment importés d'Afrique.

D'après les résultats officiels du même recensement, un nègre aurait atteint, dans l'Alabama, l'âge de 130 ans; dans la Géorgie, celui de 137 ans. Mais ces deux vieillards étaient probablement de la même famille que la nourrice de Whashington, dont on voyait encore l'image, en 1870, au musée de Barnum, la *tante Chloe*, qui aurait vécu, d'après le même Barnum, 153 ans.

D'après la *Review* du 17 mai 1876, le recensement de l'Etat de New-York en juin 1875 aurait constaté l'existence de 109 centenaires, ou 19 de plus qu'en 1865. Sur ces 109 grands vieillards, 35 étaient originaires des Etats-Unis, 2 des Indes occidentales, 1 d'Ecosse, 1 d'Espagne, 2 d'Angleterre, 6 du Canada, 40 d'Irlande; 1 était né en mer; le lieu de naissance des 20 autres était resté inconnu. On retrouve encore ici la prédominance du sexe féminin dans les grands âges : 68 femmes pour 41 hommes. La plus âgée des femmes, du nom de Sarah Hicks, avait 114 ans; une autre, restée fille, 108 ans. Un homme, âgé de 101 ans, avait une femme de 96 ans.

A. Legoyt.

(*A suivre.*)

la pleurésie purulente; mais nous mettrons encore plus loin en parallèle les dangers de l'extraction, qui, dans l'espèce, sont fort sérieux : d'où une grande divergence d'opinion parmi les auteurs au point de vue de l'intervention.

Médiastin. — Les projectiles qui viennent s'y loger s'enkystent aussi rarement que dans le cas précédent; le plus souvent ils donnent lieu à des abcès rétro-sternaux. Chacun connaît le beau cas d'Huguier, où un anévrysme de l'aorte survint vingt ans après l'entrée d'un projectile.

Nous avons examiné avec autant d'impartialité que possible cette première partie de notre sujet. Nous avons vu que dans bien des cas le pronostic semble favorable, mais que dans d'autres il semble peut-être moins rassurant et nécessiter l'intervention que nous voulons combattre.

Dans notre deuxième partie nous pèserons également, avec nos observations en main, les raisons qui nous font croire à l'inutilité de l'intervention primitive dans tous les cas.

II. — De l'inutilité de l'extraction.

Il est deux manœuvres opératoires, dont l'une n'est qu'un des moyens d'arriver à l'autre : l'exploration de la plaie et l'extraction du projectile; manœuvres aussi dangereuses et inutiles l'une que l'autre dans certains cas, mais qui sont encore diversement appréciées par les auteurs. Alors que les auteurs du *Compendium* blâment les explorations diagnostiques comme les pratiquaient Ravaton et La Motte, ils admettent parfaitement les recherches pratiques dans le but d'extraire un projectile dont on soupçonne la présence, et ne semblent reculer devant rien pour y arriver. Ils reconnaissaient, à la vérité, les dangers de l'exploration en général; mais, exagérant ceux qui peuvent résulter de la présence de projectiles dans nos tissus, ils ne craignaient pas de faire des contre-ouvertures, de sonder les plaies dans tous les sens, voire même celles du cerveau, avec des sondes molles. Aujourd'hui, certains auteurs, plus hardis encore que les auteurs du *Compendium*, ne craignent pas de fouiller les plaies dans l'unique but d'arriver à un diagnostic précis; de décider la direction du trajet, la constitution des parties traversées; de s'assurer de la pénétration ou de la non-pénétration des cavités splanchniques, des lésions probables des vaisseaux, etc., rejetant sur la maladresse des chirurgiens les accidents qui peuvent être le résultat de semblables manœuvres.

Nous pourrions essayer de discuter l'opportunité de semblables manœuvres, mettre en balance les avantages d'un diagnostic précis et les dangers courus par le malade; mais nous nous abstiendrons, voulant nous restreindre au programme que nous nous sommes tracé, et nous essayerons seulement, dans ce chapitre, de montrer que, la plupart du temps, les manœuvres pratiquées dans le but d'extraire la balle sont frappées d'impuissance.

Première question. — La balle a-t-elle pénétré? Il est des cas douteux où il est difficile de rien affirmer, témoin le cas de Larrey, où une balle ayant pénétré dans la région frontale fut trouvée dans l'occiput, où elle avait pénétré sans traverser la masse encéphalique.

2° La balle a réellement pénétré; mais où est-elle? Question fondamentale que l'on peut se poser dans presque tous les cas observés.

Examinons un peu les enseignements que nous fournissent les faits que nous avons observés :

Obs. II. — M. Verneuil crut un instant avoir reconnu la position de la balle; il fait une tentative et il échoue.

Obs. IV. — La pénétration est évidente : le malade a des hémoptysies; mais où est la balle? où pourrait-on l'atteindre? Il y a un épanchement, il est vrai; mais cet épanchement a pu être produit par la simple effraction des parois pleurales; aucune indication précise n'existe. M. le principal Rizet s'abstient de faire aucune tentative, et le malade guérit.

Obs. V. — La pénétration est aussi évidente que dans le cas précédent : les balles ont ouvert le péricarde, qui est rempli de sang; à chaque systole le péricarde se vide sous forme de jet; mais les balles sont-elles libres dans le péricarde, sont-elles logées dans les parois du cœur, ont-elles pénétré dans le médiastin? Cette dernière hypothèse semble la moins probable, car il n'y a pas eu d'abcès rétro-sternal, complication si fréquente de la présence de corps étrangers dans cette région. Aucune tentative n'a été faite, et le malade a guéri.

Obs. VI. — Le siège du projectile est encore moins précis. Une première exploration est faite avec les plus grands ménagements : la plaie est pénétrante et dirigée vers le petit bassin. L'examen des urines montre à l'évidence que la vessie n'a pas été touchée. L'intestin a-t-il été perforé? On ne le saura que lors de l'établissement de l'anus contre nature. Les selles sont examinées à plusieurs reprises, on n'y trouva pas le projectile. Le projectile est-il logé dans la face antérieure du sacrum ou les fosses iliaques? on n'en sait rien, et les manœuvres d'exploration ne sont plus répétées : à quoi bon? aurait-on dérangé ce travail si remarquable de réparation qui se préparait, pour n'arriver à aucune indication utile? Pour arriver à un diagnostic plus précis et apprécier davantage les éventualités de l'avenir? mais à quoi bon encore? M. le principal Hémard se trouvait-il plus désarmé pour cela dans ses moyens thérapeutiques? M. Hémard a compris que non, et il s'est abstenu. Qu'avait-il à craindre, en effet? Une péritonite? Elle est survenue, et il l'a traitée énergiquement. Un anus contre nature? Il s'est produit, et il se tenait prêt à l'opérer, s'il n'avait guéri spontanément par les seules ressources de la nature. Quant à la balle, il n'a jamais connu son siège, mais il a au moins épargné au malade les chances de succomber à des accidents graves. Mais, assurément, l'observation I est de beaucoup la plus intéressante.

Qu'il nous soit permis de rappeler les incertitudes de M. le professeur Verneuil avant d'arriver à un diagnostic précis. Et d'abord, le coup avait été tiré à bout portant, et le canon de l'arme appliqué perpendiculairement. Le projectile avait donc pénétré de dehors en dedans, à une profondeur inconnue, et s'était fixé dans le crâne ou dans la cavité orbitaire. L'examen local attentif pouvait seul mettre sur la voie. Or un seul symptôme s'était immédiatement produit après l'accident, le ptosis de la paupière supérieure, sans être accompagné d'aucun autre phénomène cérébral. M. Verneuil rejeta la pénétration dans le crâne, et crut que la balle avait été se loger dans la partie la plus profonde et la plus élevée de la cavité orbitaire, et que là elle avait blessé, coupé peut-être le muscle releveur de la paupière ou son nerf. Au bout du cinquième jour, l'ecchymose conjonctivale n'apparaissant pas, M. Verneuil commença à émettre des doutes sur la réalité de son diagnostic. Mais l'explosion des phénomènes graves que nous avons signalés dans l'observation devait absolument faire modifier le diagnostic et engager à chercher ailleurs la cause des accidents. Le projectile n'était évidemment pas dans l'orbite. Il ne peut être logé dans le voisinage de la fente sphénoïdale, car alors d'autres nerfs, le pathétique, le moteur oculaire externe, etc., auraient été lésés, les veines auraient été atteintes, il y aurait eu ecchymose et exorbitis. Il faut donc placer dans le crâne lui-même le siège du projectile; il faut même qu'il soit bien près de la ligne médiane pour avoir atteint le nerf moteur oculaire commun.

Le siège intracrânien et sa pénétration dans l'encéphale sont encore démontrés par les symptômes convulsifs et paralytiques, qui indiquent, avec l'état général et l'élévation énorme de la température, l'existence d'une encéphalite développée sur le trajet de ce projectile. Dans ces conditions, à quoi aurait pu servir une intervention chirurgicale? Aller à la recherche d'une balle logée en un point inconnu de l'encéphale. Pour M. Verneuil, cette pratique serait insensée, et cependant on ne saurait accuser l'illustre professeur de timidité en matière de chirurgie. Certes, on peut citer le cas remarquable

où Dupuytren, en 1824, diagnostiqua un abcès du cerveau produit à la suite d'un coup de couteau, et où, après avoir pratiqué le trépan, il plongea, à l'admiration de l'assistance, son bistouri dans le foyer. Mais l'on peut dire que Dupuytren fut servi, dans ces circonstances, non seulement par sa grande science clinique, mais aussi par le hasard, et l'on ne saurait jamais baser une ligne de conduite aux praticiens sur des cas aussi exceptionnels. Souvent aussi la clinique sert mal la cause des lésions anatomiques.

Dans un cas que rapportait M. Verneuil dans la leçon remarquable qu'il fit à la Pitié sur ce malade, il s'était trouvé en présence des symptômes classiques de la compression lente, et malgré sa répugnance à admettre cet accident, il avait pu y croire un instant. L'autopsie lui fit voir qu'il s'agissait de toute autre chose : il constata, en effet, une thrombose de la carotide externe remontant jusqu'à la scissure de Sylvius.

Ce fait est d'autant plus intéressant à signaler qu'il eût pu déterminer à agir un partisan du trépan; et dans le cas actuel on aurait pu songer à une compression, et intervenir, si un symptôme important, autour duquel ont pivoté toutes les indications du diagnostic et du pronostic, n'avait été constaté; je veux parler de la paralysie subite de la paupière supérieure. Ce symptôme seul a pu guider M. Verneuil, et il n'est pas intervenu.

Reste maintenant à examiner une troisième et dernière question. On sait, je suppose, que le projectile a pénétré; on sait même où il est; l'intervention est-elle utile? Certes, il est des cas où la présence du projectile est la plus grosse lésion, et si l'on n'avait pas à courir les dangers que nous passerons en revue dans notre troisième chapitre, on pourrait, à la rigueur, pratiquer l'extraction. Mais ces cas sont de beaucoup les plus rares, et l'on se trouve ordinairement en présence de cas où des lésions sérieuses sont la conséquence de l'entrée du projectile.

On peut subdiviser ce groupe de cas en trois catégories: 1° cas où la lésion peut guérir; 2° cas où elle est au-dessus des ressources thérapeutiques; 3° cas où elle peut guérir, mais peut aussi se compliquer d'accidents mortels. Certes, cette division serait utile à faire; mais elle est malheureusement plus théorique que pratique, et dans la grande majorité des cas il est impossible de faire le départ des lésions qui existent ou n'existent pas, et encore moins de prévoir les complications qui pourront en résulter. Qu'on ne vienne pas arguer de la direction du projectile, dont on ne peut, du reste, acquérir la notion exacte qu'au prix de manœuvres dangereuses, et de la connaissance précise de l'anatomie topographique, pour déclarer qu'il est toujours possible de connaître par avance les organes lésés. Je citerai le cas de Larrey, dont nous avons précédemment parlé, et où la balle retrouvée à l'occiput n'avait pas traversé la pulpe cérébrale. Je citerai encore le cas très intéressant que rapportait un jour Verneuil dans une de ses cliniques, et où la mort avait été consécutive à une section méconnue de la moelle. Je me souviens encore d'un gendarme qui nous fut amené, l'année dernière, à l'hôpital militaire de Versailles, et qui venait de se tirer un coup de revolver à la région temporale. Il vécut trois heures : la balle faisait saillie sous l'os frontal du côté opposé. A quoi aurait servi l'extraction? le cerveau était traversé de part en part près de la base; une bouillie rougeâtre, pleine d'esquilles, remplissait le long canal qu'avait fait le projectile.

En conséquence, si l'on ne peut constater l'état des organes et supputer avec précision les chances de survie, à quoi bon tenter une extraction périlleuse pour le chirurgien, plus périlleuse encore pour le blessé? Et dans le cas où l'on serait en mesure de poser un diagnostic anatomique aussi exact que possible, pouvons-nous prévoir exactement les complications à venir? pouvons-nous affirmer qu'une encéphalite viendra ou ne viendra pas compliquer une plaie du cerveau et frapper de stérilité la tentative chirurgicale? Et de plus, si ce terrible accident vient emporter le malade, ne pourra-t-elle, en présence des cas rapportés par le *Compendium* où ce terrible accident n'est pas survenu et où les malades ont pu guérir, ne pourra-t-elle pas, dis-je, être considérée avec assez de raison comme la cause prochaine des accidents?

Considérée à ce nouveau point de vue, l'intervention de M. Verneuil eût été inutile : les lésions étaient très graves d'elles-mêmes, et de plus elles ont été compliquées d'une encéphalite mortelle. M. Verneuil n'aura pas au moins à se reprocher d'avoir été pour quelque chose dans cette terminaison fâcheuse. La thérapeutique n'a été en aucune façon agressive, elle a été protectrice et curatrice. Loin, en effet, de favoriser l'éclosion du mal, il a essayé de le prévenir par une thérapeutique rationnelle; quand il est survenu, il l'a pris corps à corps; mais les lésions étaient trop graves, et le malade a succombé.

Obs. IX. — Dans cette observation, qui nous a été communiquée par M. Weiss, qu'aurait pu faire l'extraction de la balle qui s'était logée dans la langue après avoir suivi une voie meurtrière à travers le rocher? La terminaison a, en effet, prouvé combien graves avaient été les lésions; dans ce cas, du reste, l'extraction n'eût pu modifier en aucune façon la gravité du pronostic.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Recherches sur les mouvements de l'utérus. Note de M. *Polaillon*. — Nous avons déjà indiqué les recherches de M. Polaillon (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 72). Voici le complément de ce que nous en avons analysé :

La durée de la sensation douloureuse est environ la moitié de la durée totale de la contraction. La douleur commence lorsque la contraction produit une pression déjà notable ($12^{mm},25$ de mercure dans nos expériences); elle augmente à mesure que la pression s'accroît, et elle disparaît lorsque la pression décroissante est arrivée un peu au-dessous du point où elle a commencé ($10^{mm},45$ de mercure).

Les battements du cœur n'arrivent pas jusque dans l'utérus; mais les mouvements du diaphragme et des muscles abdominaux, ainsi que les pressions extérieures, se transmettent dans sa cavité et produisent des courbes accessoires qui compliquent le graphique propre à la contraction.

Les mouvements de la respiration calme font à peine sentir leur influence. Ils ne produisent que des pressions très faibles, qui varient entre 5, 10 et 20 millimètres d'eau. Mais les grands mouvements qui sont nécessaires pour respirer profondément, pour tousser, rire, crier, pour faire un effort quelconque, élèvent la pression jusqu'à 50 et 60 millimètres de mercure.

Lorsque le ballon explorateur est placé dans le fond du vagin au lieu d'être placé dans la cavité utérine, les mouvements communiqués produisent des tracés dont l'amplitude est notablement plus considérable dans le premier que dans le second cas.

J'ai calculé que dans une de mes expériences la force spécifique de l'utérus était de 178. Elle est, par conséquent, très inférieure à la force spécifique des muscles striés de l'homme, qui est de 1087.

Enfin le contenu de l'utérus est soumis à une pression invariable (de 35 millimètres de mercure en moyenne) en l'absence de toute contraction.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit ; 1° Une lettre de candidature de M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, pour la place déclarée vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. — 2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Ferrand. (*Accepté.*)

M. le docteur *Henri Toussaint* adresse, pour le concours Amussat, sa thèse inaugurale, intitulée : *De l'anatomie de l'artère pédieuse et de ses anévrysmes.*

M. *Giraud-Teulon* offre en hommage la deuxième édition de ses *Echelles optométriques.*

M. *Bourgoin* présente, au nom de M. le docteur *Yvon*, un travail intitulé : *Essai sur l'absorption des purgatifs salins.*

M. *Bergeron* présente un mémoire manuscrit de M. le docteur *Deligny*, intitulé : *Etudes statistiques et hygiéniques des communes rurales des deux cantons de Toul* (Meurthe-et-Moselle).

M. *Legouest* présente une brochure intitulée : *De la périostite externe chronique*, conférences du professeur *Gaujot*, rédigées par M. *Charvot*, professeur agrégé.

M. *Jaccoud* présente : 1° De la part de M. le professeur Tomaselli (de Catane), une brochure intitulée : *La fièvre.* — 2° De la part de M. le docteur *Karamitsas* (d'Athènes), un travail intitulé : *La douleur de spetlzas.*

M. *Henri Roger* présente, au nom de M. le docteur *Petruseo*, de Bukarest (Roumanie), une série de brochures à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

Rapports. — M. *Riche*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées après quelques observations de MM. Depaul et Colin.

Eaux minérales. — M. *Riche* communique à l'Académie un travail relatif à l'analyse des eaux de la Bourboule.

Traitement de l'hydrocèle. — M. *Houzé de l'Aulnoit*, professeur à la Faculté de médecine de Lille et candidat au titre de membre correspondant, donne lecture d'un travail sur la cure de l'hydrocèle vaginale.

Ce traitement, qui consiste à injecter dans la tunique vaginale quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer au seizième, présente, d'après son auteur, les avantages suivants : 1° le peu de douleur provoquée par l'injection ; 2° l'absence de réaction consécutive ; 3° l'absence d'accidents, principalement de gangrène des bourses ; 4° enfin la conservation des propriétés physiologiques de l'organe testiculaire.

Affections virulentes, maladie appelée vulgairement le choléra des poules. — M. *Pasteur* communique à l'Académie un très intéressant travail sur cette importante question. Après quelques généralités sur la virulence et la méthode de culture des organismes microscopiques, l'auteur donne une courte description de la maladie désignée sous le nom de choléra des poules.

L'animal atteint de cette affection est sans forces, chancelant, les ailes tombantes ; une somnolence invincible l'accable ; le plus souvent la mort arrive sans que l'animal ait pu faire un mouvement. La maladie est produite par un organisme microscopique d'abord entrevu par M. Moritz, puis retrouvé en 1879 par M. Toussaint qui l'a reproduit par la culture.

Le bouillon de muscles de poules neutralisé par la potasse est le milieu qui convient le mieux à la vie de ce microbe qui présente cette particularité singulière de ne pas se développer, et de périr rapidement dans l'eau de levûre de bière, si propre au développement de la bactéridie charbonneuse.

Une autre particularité de ce microbe est d'être relativement inoffensif pour le cochon d'Inde. L'inoculation du liquide à ce dernier animal produit seulement un abcès localisé au point d'inoculation, et qui, après s'être ouvert spontanément, se guérit sans que l'animal ait cessé de manger et d'avoir toutes les apparences de la santé. Cependant, le pus de cet abcès, où fourmille le microbe, inoculé à des poules, les tue rapidement.

Quelques gouttes d'une culture du microbe, déposées sur du pain ou de la viande avalés par les poules, suffisent pour développer, dans le canal intestinal de ces poules, des myriades de microbes qui sont expulsés avec les excréments, et qui font périr tous les individus auxquels on les inocule.

La virulence du liquide obtenu par des cultures successives est si grande que, par l'inoculation d'une minime fraction de goutte d'une culture, vingt fois sur vingt la mort arrive en deux ou trois jours, et le plus souvent en moins de vingt-quatre heures.

Par certains changements dans le mode de culture, on peut faire que le microbe infectieux soit diminué dans sa virulence. La diminution de la virulence se traduit dans les cultures par un faible retard dans le développement du microbe ; mais au fond il y a identité de nature entre les deux variétés de virus. Sous le premier de ses états, l'état très infectieux, le microbe inoculé peut tuer vingt fois sur vingt ; sous le second, il provoque vingt fois sur vingt la maladie, mais non la mort.

Le choléra des poules offre une immunité du même genre que celle que donnait autrefois l'inoculation du virus varioleux pour la variole, que donnent aujourd'hui l'inoculation de la vaccine pour la variole ; de la clavelée, de la péripneumonie, pour les affections des moutons ou des animaux de l'espèce bovine. Il existerait donc, suivant M. Pasteur, une sorte de vaccin du choléra des poules, avec cette différence considérable que ce vaccin est un être vivant. La virulence, du moins dans le petit nombre de cultures qu'il a tentées, ne s'est pas exaltée, et, en conséquence, on peut croire à l'existence d'un véritable vaccin. On possède donc aujourd'hui une maladie à parasites microscopiques qu'on peut faire apparaître dans des conditions telles qu'elle ne récidive pas, malgré son caractère parasitaire. En outre, on lui connaît une variété de son virus qui se comporte vis-à-vis d'elle à la manière du vaccin vis-à-vis de la variole.

Lorsque les poules inoculées par le liquide de culture atténué reviennent à la santé, à la suite des inoculations faites sur les muscles pectoraux, on observe des phénomènes très curieux. Le microbe se multiplie dans l'épaisseur des muscles, comme il le fait dans un milieu de culture. En même temps le muscle se tuméfie, durcit et blanchit à sa surface comme dans son épaisseur. Il devient lardacé, rempli de globules de pus, toutefois sans suppuration. Les éléments histologiques se rompent avec une grande facilité, parce que le microbe qui les imprègne par îlots nombreux, les altère et les désagrège en se nourrissant d'une partie de leur substance. Dans le cas de guérison, le parasite est arrêté peu à peu dans son développement et disparaît, en même temps que la partie nécrosée du muscle se rassemble, durcit et se loge dans une cavité dont toute la surface ressemble à celle d'une plaie bourgeonnante de très bonne nature.

La partie nécrosée finit par constituer un séquestre si bien isolé dans la cavité qui le renferme, qu'on le sent sous le doigt, à travers la peau, dans l'intérieur du muscle, et que, par la moindre incision, on peut le saisir avec une pince et l'extraire. La petite plaie faite à la peau se cicatrise tout de suite, et la cavité où le séquestre était logé se remplit peu à peu des éléments réparés du muscle.

Si l'on réinocule une poule ainsi vaccinée par une ou plusieurs inoculations antérieures du virus affaibli, que se passera-t-il ? La lésion locale sera, pour ainsi dire, insignifiante, relativement à celles que les premières inoculations avaient produites.

La cause des différences des effets de ces inoculations paraît résider tout entière dans une grande facilité relative du développement du microbe, à la suite des premières inoculations, et, pour la dernière, dans un développement pour ainsi dire nul ou très faible et promptement arrêté. Le muscle qui a été malade est devenu, après la guérison du séquestre, en quelque sorte impuissant à cultiver le microbe, comme si ce dernier, par une culture antérieure, avait supprimé dans le muscle quelque principe que la vie n'y ramène pas et dont l'absence empêche le développement du petit organisme.

M. Pasteur insiste en terminant sur ce point, car il pense

que cette théorie pourra se généraliser et s'appliquer à toutes les maladies virulentes.

Après cette communication écoutée avec le plus vif intérêt, M. Pasteur présente à l'Académie un certain nombre de poules qui ont servi à ses expériences.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Fracture de l'olécrâne. — Traitement de la dacryocystite. — Fistule urétéro-vaginale. — Présentation de malades.

M. *Marc Sée* fait un rapport oral sur un mémoire lu dans la précédente séance par M. Philippe : *Traitement des fractures de l'olécrâne.*

— M. *Giraud-Teulon* présente un dacryotome à lame cachée dans une sonde de Weber n° 4, pour couper les brides cicatricielles du canal nasal et du sac lacrymal.

M. *Desprès*. On n'a pas encore publié une observation de guérison de rétrécissement cicatriciel du canal nasal; lorsqu'on cesse de faire la dilatation, le rétrécissement reparaît.

M. *Perrin*. Il y a deux sortes de rétrécissement dans le conduit des larmes : l'un dû à l'inflammation de la muqueuse, l'autre qui siège plus profondément. La première variété peut être guérie, dans la grande majorité des cas, par le procédé de Bowmann.

Quand les rétrécissements sont réfractaires à la dilatation simple, Stilling a eu l'idée de les sectionner; les résultats sont peu satisfaisants.

— M. *Duplay*. Le diagnostic de la fistule urétéro-vaginale se baserait, suivant les auteurs, sur les signes suivants : 1° Un stylet introduit dans la fistule rencontre un canal étroit. 2° Si l'on injecte un liquide coloré dans la vessie, ce liquide ne sort pas par la fistule. 3° Les malades éprouvent de temps en temps le besoin de vider la vessie. M. Duplay vient d'observer un fait dans lequel les deux premiers symptômes manquaient.

Une femme qui perdait constamment de l'urine par le vagin entra l'an dernier à l'hôpital Lariboisière. L'examen au spéculum montrait près du col utérin une petite ouverture par laquelle sortait l'urine. Un stylet introduit par cette ouverture sembla pénétrer dans la vessie, car son extrémité se mouvait librement dans une poche. Du lait injecté dans la vessie sortit par la fistule. La malade pouvait garder un peu ses urines. M. Duplay diagnostiqua une fistule vésico-vaginale.

On fit plusieurs cautérisations au fer rouge ou avec le galvano-cautère; la malade perdait toujours de l'urine par le vagin. Cinq jours après la dernière cautérisation, il survint des accidents de péritonite et la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva du pus dans le péritoine. Une sonde introduite par l'orifice vaginal de la fistule pénétrait dans une cavité qui répondait à une rupture de l'uretère. L'embouchure de l'uretère dans la vessie était dilatée, ce qui explique comment le lait injecté dans la vessie pouvait revenir par la fistule; mais il s'agissait bien d'une fistule urétéro-vaginale.

— M. *Pozzi* présente deux aliénés. Il a fait chez l'un une amputation sus-malléolaire, et chez l'autre une amputation de Lisfranc, toutes deux suivies de guérison.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. A. MOREAU.

Transmission des incitations motrices volontaires dans l'encéphale : M. Brown-Séquard. — Succédanés de la quinine : M. Poncet. — Absorption des matières grasses : M. Hayem. — Action de la cantharidine sur les reins : M. Cornil. — Dégénération de la moelle à la suite de l'ablation du gyrus sigmoïde : MM. François-Franck et Pitres. — Chaleur développée par la contraction musculaire : MM. Regnard et Brissaud.

M. *Brown-Séquard*. Lorsqu'on fait une hémisection de l'encéphale, la galvanisation des centres moteurs du côté sectionné détermine, dans la moitié opposée du corps, des mouvements plus énergiques qu'avant l'opération. La transmission ne se fait donc pas comme on le croit généralement.

— M. *Poncet* a eu l'occasion, en 1878, à Philippeville, d'administrer à de nombreux malades, atteints de fièvre intermittente, du sulfate de cinchonidine. A la dose massive de 4 grammes par jour, il a pu obtenir un ralentissement du pouls, mais n'a observé aucun des phénomènes convulsifs signalés par M. Laborde dans une communication récente à l'Académie des sciences. M. Poncet n'a qu'une confiance médiocre dans l'action thérapeutique de la cinchonidine au point de vue de la fièvre intermittente.

M. *Laborde* a étudié ce médicament au point de vue physiologique. Les observations cliniques de M. Poncet n'enlèvent rien à la valeur de ses propres expériences. Il croit pouvoir maintenir que la cinchonidine est un médicament convulsivant, moins dangereux pourtant que le sulfate de cinchonine.

— M. *Ranvier* dépose, de la part de M. Subotine, un travail tendant à démontrer que les synoviales sont des glandes closes.

— M. *Hayem*. Chez les enfants à la mamelle, chez un grand nombre de malades soumis au régime lacté, le sang, examiné au microscope, n'a jamais présenté ces granulations graisseuses si souvent observées dans le sang des jeunes chiens et des jeunes chats. Mais chez un malade albuminurique, nourri exclusivement de lait, M. Hayem a vu simultanément se produire les trois symptômes suivants : dégoût insurmontable pour le lait, apparition de granulations graisseuses dans le sang, hémoptysies. Le retour à une alimentation ordinaire a été suivi de la cessation de ces phénomènes. Ne pourrait-on pas attribuer les hémoptysies aux embolies produites dans les capillaires du poumon par les particules graisseuses?

— M. *Cornil*. Les premières lésions que détermine la cantharidine paraissent siéger dans le glomérule de Malpighi. Chez un lapin qui a ingéré près de 0,20 de cantharidine, au bout de vingt minutes, on trouve la capsule du glomérule remplie de globules blancs; ceux-ci s'insinuent également entre les anses capillaires qui sont infiltrées de granulations jaunâtres. Les cellules pariétales de la capsule se tuméfient, elles disparaissent plus tard. C'est dans la suite qu'apparaissent les lésions des tubuli décrites déjà par M. Cornil.

— M. *François-Franck* fait, au nom de M. *Pitres* et au sien, une communication relative à la dégénération de la moelle après l'ablation du gyrus sigmoïde chez le chien. Il s'agit de la dégénération du fascicule postérieur du faisceau latéral de la moelle du côté opposé à la lésion corticale. Des faits analogues avaient déjà été observés sur le chien, mais ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est que la dégénération a été observée en l'absence d'encéphalite diffuse et comme conséquence de la lésion circonscrite à la zone motrice. Il est à noter en outre qu'on retrouve du même côté que la lésion, dans la partie postérieure du faisceau latéral de la moelle, une altération semblable à la lésion symétrique du côté opposé, mais moins accusée. Ce point important s'explique, pour les auteurs, par le défaut de décussation totale des

faisceaux au niveau de l'entrecroisement des pyramides, au collet du bulbe.

— MM *Brissaud* et *Regnard*. De nouvelles recherches faites à l'aide d'appareils thermo-électriques permettent d'affirmer que les modifications circulatoires des muscles ont une influence incontestable sur les phénomènes thermiques qui accompagnent la contraction. La température est moindre dans les membres contracturés que dans les membres sains chez un même sujet; ce qui s'explique par la gêne circulatoire résultant de la contracture même. Pour être à l'abri de toute critique, ces expériences devraient être faites pendant le sommeil du sujet, mais cette condition n'a pu être réalisée.

— Au cours de la séance, M. d'*Arsonval* est nommé membre titulaire de la Société.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Paralysie syphilitique de la troisième paire : M. Parinaud. — Arrêt de la dégénération secondaire de la moelle au-dessous du renflement cervico-brachial dans les cas de lésion corticale limitée aux centres moteurs de la face et du bras : M. Pitres. — Visibilité des points et des lignes : M. Manolesco. — Nerfs cutanés dans l'ecthyma : M. Leloir.

M. *Parinaud* fait une communication sur *un cas de paralysie syphilitique de la troisième paire*.

— M. *Pitres*. En 1875, des recherches poursuivies avec M. Charcot m'ont amené à reconnaître la dégénération du faisceau pyramidal consécutive aux lésions corticales de la région rolandique des circonvolutions. Lorsque ces lésions n'occupent qu'une surface limitée des centres moteurs, le faisceau de fibres blanches sous-jacent aux points détruits dégénère seul dans le centre ovale. Ce fait prouve que les fibres blanches ne sont point entremêlées sans ordre dans ce centre, qu'elles y forment des groupes déterminés correspondant chacun à un point différent de l'écorce. Cette disposition a été caractérisée par le terme de *clavier cérébral*. L'indépendance des faisceaux blancs se maintient jusque dans la capsule interne. Se poursuit-elle jusque dans la moelle? Y a-t-il un clavier médullaire analogue au clavier cérébral? C'est le point que cette communication tend à élucider. Quel que soit le point de la zone motrice corticale qui est détruit, le faisceau dégénéré occupe toujours à la partie postérieure du cordon latéral la même situation et la même étendue. Si la lésion originelle est peu étendue, le faisceau dégénéré contiendra un assez grand nombre de fibres saines; mais l'aire occupée sur une coupe par ce faisceau aura toujours les mêmes dimensions. Il n'y a donc pas de clavier médullaire. Tout en étant mêlées les unes aux autres, les fibres de ce faisceau conservent cependant leur indépendance. En effet, si une lésion corticale occupe le lobule paracentral, la dégénération se poursuit dans toute la hauteur de la moelle; si la partie inférieure de la région motrice est seule détruite, si la lésion se limite aux centres moteurs de la face et du bras, la dégénération s'arrête au-dessous du renflement cervico-brachial, et la partie inférieure de la moelle est saine.

— M. *Manolesco* a cherché à vérifier expérimentalement les conditions théoriquement indiquées par M. Javal pour la visibilité des points et des lignes (*Annales d'oculistique*, t. LXXXI, 1879). Les expériences ont été faites de la façon suivante : Un observateur placé dans une chambre noire cherchait à déterminer à quelle distance il apercevait une fente ou un point percés dans une plaque métallique et éclairés par une source lumineuse d'intensité connue, placée de l'autre côté de la plaque, et dont un aide faisait varier la distance au point considéré. Dans ces conditions, M. Manolesco a constaté que la visibilité des points et des lignes est proportionnelle à la quantité de lumière qu'ils envoient dans l'œil, c'est-à-dire augmente en raison directe de leur surface, et diminue en raison du carré de la distance où est placée la source éclairante. L'expérience de M. Manolesco confirme la théorie de M. Javal.

— M. *Leloir*. Chez un homme qui venait de succomber à une paralysie générale, j'ai enlevé, peu d'heures après la mort, des pustules d'ecthyma, au niveau desquelles j'ai examiné les nerfs de la peau. Au-dessous de la pustule et autour d'elle, dans un rayon de 1 centimètre environ, les tubes nerveux m'ont paru altérés dans la proportion de 2 ou 3 sur 10. Les altérations consistent en segmentation de la myéline, disparition du cylindre-axe, gonflement des noyaux, apparition d'une substance qui se colore en jaune par le picrocarminate. Ces lésions sont tout à fait analogues à celles que M. Déjerine a constatées dans le pemphigus.

X. Arnozan.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

REVUE DES JOURNAUX

Névrose de sensibilité dans le domaine du médian, par M. le docteur V. Fragstein.

Le sujet de cette observation est un dentiste, bien portant d'ailleurs; il ne se plaignait que d'engourdissement et de fourmillements dans le pouce, l'indicateur et le médius; sur l'indicateur, ces phénomènes, faiblement marqués, n'existent que du côté radial; il en est de même dans la paume de la main, jusqu'à l'éminence thénar ; pas de troubles trophiques ni musculaires là où le médian se divise en ses branches digitales; la sensibilité à la pression est augmentée ; le contact des objets froids est très désagréable; pas de troubles de sensibilité à la pression dans l'avant-bras et le bras. Cette névrose avait suivi une série de jours où ce dentiste avait été très occupé, pressant avec la paume de la main sur le manche des instruments. Amélioration rapide par les courants constants, avec l'anode dans le creux de la main, le cathode sur le tronc du médian. (*Berl. klin. Wochensc.*, 1879, n° 13, et *Lyon médical*.)

Expériences sur la neutralisation du virus vaccinal, par MM. les docteurs B. Carstern et J. Coert.

De plus de 80 expériences faites en inoculant à des veaux du vaccin animal chauffé à diverses températures. Les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Le vaccin animal chauffé à + 64°,5 C. pendant 30 secondes perd sa virulence.

2° Le vaccin animal chauffé à + 52 degrés C. pendant 30 minutes ne perd pas sa virulence.

3° Mais, quand il est chauffé pendant 30 minutes à + 53 degrés C., et surtout à + 54 degrés C., il perd toute sa virulence.

Le vaccin dilué dans 500 et même 2000 parties d'eau distillée n'avait pas perdu sa virulence après l'évaporation artificielle de l'eau. Les solutions très diluées (1 pour 1000) d'acides acétique et chlorhydrique, même après un très court contact, détruisent la virulence du vaccin. Les expériences faites au Parc vaccinogène de la Haye paraissent très sérieuses et bien conduites.

D'autre part, les auteurs donnent le résultat des vaccinations animales faites en 1877 et en 1878 : sur un total de 17 046 vaccinations avec du vaccin animal, il n'y a eu que 120 insuccès, soit 99,35 sur 100. (*Revue d'hygiène*, 15 décembre 1879.)

De la néphrite parenchymateuse aiguë comme complication de la grossesse, par M. le docteur Richardson (de Boston).

Dans ce mémoire très intéressant et très instructif, l'auteur appelle l'attention sur la nécessité d'examiner journellement la quantité et la qualité de l'urine sécrétée pendant la grossesse, afin de s'assurer de la présence du danger et de l'étendue de ce danger. Une fois que l'existence de la néphrite parenchymateuse est constatée, il importe de tenir un compte exact de la quantité d'urine sécrétée. Si cette quantité tombe au-dessous de la normale, on s'efforcera de rétablir les fonctions des reins par des moyens appropriés ou, à défaut, d'activer l'action des autres organes sécrétoires. Si les moyens employés sont insuffisants pour rétablir la fonction rénale et que la quantité d'urine excrétée continue à diminuer, l'auteur n'hésite pas à conseiller l'accouchement prématuré. (*New-York medical Record*, 18 octobre 1878.)

De la version antérieure et postérieure de l'utérus, par M. le docteur Busey (de Washington).

L'auteur décrit une variété de déplacement utérin, dans laquelle le corps de l'organe se porte alternativement en avant et en arrière, lorsqu'il n'est pas soutenu par des moyens mécaniques. Tantôt on observe les symptômes de la rétroversion, tantôt ceux de l'antéversion.

M. Busey attribue cette mobilité anormale de l'utérus à cet état particulier du col qui a été décrit par Huguier sous le nom d'élongation hypertrophique. Voici comment il résume la thérapeutique de cette affection : 1° Amputation du col. 2° Fixation du col par les procédés mécaniques. (*New York medical Record*, 18 octobre 1878.)

De la septicémie idiopathique dans la pratique gynécologique, par M. le docteur Chadwick (de Boston).

L'auteur admet la définition de Burdon Sanderson, qui considère la septicémie comme un trouble constitutionnel de durée limitée, causé par l'introduction dans la circulation d'une certaine quantité de matière septique. Sous le nom de pratique gynécologique, M. Chadwick comprend toutes les affections qui ont pour siège les organes génitaux de la femme, ainsi que les complications obstétricales.

Dans son mémoire, l'auteur rapporte cinq observations typiques, qui présentaient les caractères suivants : A la suite d'une ulcération sur la surface interne de la cavité utérine, un frisson se déclare; il n'y a ni douleur, ni sensibilité de la région hypogastrique, mais une fièvre intense avec élévation de la température. En somme, le symptôme spécial de la septicémie gynécologique est une insensibilité normale de la région utérine coïncidant avec une fièvre intense.

M. Chadwick emploie comme désinfectant une solution de permanganate de potasse, ayant à peu près la coloration du vin rouge. Outre ses propriétés désinfectantes, cette solution présente l'avantage d'indiquer la présence des matières putrides. Employée en injections, elle change de couleur et devient jaunâtre lorsqu'elle est en contact avec les produits de la putréfaction. Les injections intra-utérines doivent être discontinuées si elles sont suivies de frissons. (*Société américaine de gynécologie, New York medical Record*, 18 octobre 1879.)

De l'atrésie congénitale ou accidentelle du vagin, et de ses conséquences au point de vue de la grossesse, par le docteur Isaac Taylor.

L'auteur rapporte une observation d'atrésie complète et congénitale du vagin, avec grossesse et délivrance d'un enfant vivant. L'atrésie fut traitée par la lacération des parties oblitérées. M. Taylor cite un cas analogue observé dans la pratique du docteur Simmons et qui fut traité avec succès par le bistouri. On peut se demander, dans ces cas, comment la conception a pu avoir lieu, et par quelle voie s'écoulaient les règles. Quelques auteurs ont émis l'opinion que le sang menstruel apparaissait à la vulve par une sorte de transsudation à travers les tissus ; mais le docteur Taylor pense, avec plus de raison, qu'il existe toujours, dans ces cas, un trajet imperceptible qui donne passage aux liquides qui proviennent de l'utérus. Dans quelques cas, ce passage a pu être découvert; dans d'autres, cette découverte a été impossible, malgré les plus minutieuses recherches.

Dans ces cas, l'auteur recommande d'opérer en se frayant graduellement un passage par la lacération des tissus à l'aide de l'ongle ou du manche d'un scalpel. Ce procédé, qui présente l'avantage d'éviter les hémorrhagies et les accidents inflammatoires, ne nous paraît applicable que dans les cas d'atrésie incomplète. (*Société américaine de gynécologie, New York médical Record*, 18 octobre 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

OEuvres de Rufus d'Éphèse, texte collationné sur les manuscrits, traduit pour la première fois en français, avec une introduction; publication commencée par M. le docteur Ch. Daremberg, continuée et terminée par E. Ruelle. 1 vol. in-8. — Paris, 1879, Imprimerie nationale.

On ne saurait trop féliciter et remercier ceux qui ont la bonne pensée de traduire en langue moderne les ouvrages importants de l'antiquité médicale. Les époques ont leurs exigences, contre lesquelles rien ne prévaut. Ce qui était bon au temps de Fabricius, il y aura bientôt deux cents ans; ce qui l'était déjà moins pour une partie de l'Europe savante du temps de H. G. Kuhn, il y a une soixantaine d'années, serait insuffisant aujourd'hui. Dès qu'on ne parle plus latin dans les écoles, il n'est plus logique de rédiger pour les disciples des traductions latines d'auteurs grecs. C'est assez de les laisser aux prises avec des auteurs latins dont la traduction serait trop coûteuse pour la pauvreté du débit; tels, par exemple, que les *Artis medicæ principes* de la collection hallérienne, ou que les *Elementa* de Haller lui-même. Non pas, certes, que nous soyons disposé à nier les avantages que présenterait une langue commune aux savants de tous les pays, ni que cette langue commune ne dût être la latine, la plus cultivée des langues mortes. Mais nous ne pensons pas non plus qu'il faille s'exposer, devant l'avenir incertain des *humanités*, à ce que, le latin devenant un jour du grec pour la majorité des personnes vouées aux professions libérales, les traductions latines perdent ainsi une bonne part de leur utilité. Ce qu'il y a donc de mieux à faire, c'est de servir à la fois l'intérêt du savant futur et celui du futur ignorant : du premier, en conservant et en restituant, à l'aide de manuscrits ou d'éditions diverses, le texte original de l'auteur; du second, en mettant l'ouvrage à sa portée par une traduction en langue vivante. Ainsi ont fait Littré pour Hippocrate, Daremberg pour Galien et Oribase, Briau pour Paul d'Egine; ainsi viennent de faire encore Daremberg et Emile Ruelle pour Rufus d'Ephèse.

Daremberg, en publiant avec Bussemaker le commencement des œuvres d'Oribase (1851), annonçait à courte échéance

la traduction de Rufus. Son projet a été traversé par diverses circonstances; puis il a été enlevé aux sciences et aux lettres avant qu'il ait pu le réaliser. Heureusement il a trouvé un digne continuateur dans M. E. Ruelle, bibliothécaire à la bibliothèque Sainte-Geneviève, lauréat de l'Institut, à qui l'on doit déjà la traduction d'un ancien livre grec sur la musique. M. Ruelle a recueilli ceux des textes rassemblés par Daremberg qui restaient à publier, en a déterminé les lectures et fait la traduction. On voit quelle a été l'étendue de sa collaboration, pour laquelle, du reste, il a reçu de MM. Littré et E. Egger un appui et des conseils dont la préface contient le témoignage reconnaissant.

Si un écrivain de cette période dans laquelle l'empire romain, si longtemps dédaigneux des médecins, les recherchait après les avoir émancipés, et se tournait vers la médecine grecque, dont Asclépiade avait donné le goût à Rome; si, disons-nous, quelqu'un méritait les faveurs de l'érudition moderne, c'est assurément Rufus. On n'a pas devant soi un compilateur, comme Oribase, mais un écrivain original, qui, même lorsqu'il rédige des textes de manuels, comme son livre *Sur les noms des organes*, y met beaucoup de son propre savoir. Son style clair et sobre a été vanté par les hellénistes les plus compétents. Si beaucoup de ses ouvrages sont perdus (la liste donnée par Ebn Abi Ossaïbiah, d'après Lucien Leclerc (*Histoire de la médecine arabe*, t. IV, p. 239), en comprend plus de cinquante, et celle que relèvent Daremberg et Ruelle, d'après Ackermann et divers auteurs, en compte plus de cent), il en reste encore de très méritants, complets ou à peu près complets; et Daremberg et M. Ruelle ont retrouvé plus de cinq cents fragments des autres, tirés pour la plupart de Galien, Oribase, Aétius d'Amida, Alexandre de Tralles, Paul d'Egine, le traité anonyme grec sur les fièvres, Rhazès et Ibn El Beïthar. Une préface très soignée et très méthodique donne sur la source de tous ces fragments, comme sur les écrits conservés, des renseignements précis que pourront consulter les bibliophiles.

En somme, cette édition de Rufus comprend les écrits suivants : 1° *Maladies des reins et de la vessie* (texte grec et traduction de Ruelle); 2° *Sur le satyriasis et la gonorrhée* (texte grec et traduction de Daremberg); 3° comme appendice aux deux traités précédents, le livre XI d'Aétius (texte grec seul), destiné à montrer les analogies de ce livre avec les écrits de Rufus sur les maladies des organes génito-urinaires, et suivi d'une indication des lieux parallèles; 4° *Sur le nom des parties du corps humain* (texte grec et traduction de Ruelle); 5° *Des os*, écrit qui peut-être était primitivement joint au précédent (*idem*); 6° *De l'interrogatoire des malades*, attribué sans certitude à Rufus (texte grec, traduction de Daremberg); 7° *Sur le pouls*, même réserve (texte grec et traduction de Ruelle); 8° *Traité de la goutte*, connu seulement par une traduction latine du moyen âge qui a été publiée pour la première fois par Littré dans la *Revue de philologie*, et qui est ici traduit en français par Ruelle. Après les restitutions d'ouvrages conservés, viennent les fragments, qui sont relatifs à des sujets nombreux et divers qu'il serait trop long de mentionner.

Sur l'ensemble des œuvres de Rufus nous ne ferons qu'une remarque: c'est qu'elles fortifient particulièrement cette impression donnée par l'ensemble des monuments ou fragments de la période intermédiaire entre Hippocrate et Galien: à savoir, que la médecine de ce temps a été beaucoup moins pauvre et moins stationnaire qu'on ne l'a cru généralement. Le livre sur l'interrogatoire des malades, par exemple, révèle un praticien très expérimenté. Le questionnaire qu'il suppose serait digne d'un membre de la *Société médicale d'observation*. Un passage notamment est curieux : c'est celui qui concerne les informations relatives à la *nationalité* des patients, et où, à propos des affections propres à divers pays, et après quelques exemples plus que problématiques, se trouve très nettement indiquée et décrite *de visu* cette maladie qu'on a regardée longtemps comme particulière aux Arabes, mais qui a été retrouvée depuis dans plusieurs centres de l'Europe et en Amérique, et qu'on appelle le ver de Médine. Rufus la désigne sous le nom de ὄφις (serpent, couleuvre). Le *Traité du pouls* a aussi des parties remarquables, et avant tout celle qui concerne la systole et la diastole du cœur. « Il arrive donc, dit le médecin grec, que le cœur, exactement rempli par le *pneuma* qu'il a attiré du poumon (dans la dilatation), se porte sur les côtés et s'éloigne notablement du sternum. Quand il retombe sur lui-même (contraction) et que, se vidant, il revient à sa forme naturelle, il se rapproche vivement du sternum, le frappe par conséquent, et c'est en s'affaissant qu'il produit le pouls. »

A. Dechambre.

Index bibliographique.

Les eaux thermales de Saint-Honoré (Nièvre), par M. le docteur Charles Breuillard, médecin consultant à Saint-Honoré. In-8 de 88 pages. — Paris, 1879. J. B. Baillière et fils.

La notice de M. Breuillard est le fruit d'un travail sérieux, d'une observation patiente et sagace. C'est le meilleur éloge que nous puissions en faire. Nous ne nous étendrons pas sur les observations qu'il donne, ni sur l'étude des sciences, qu'il fait avec un grand luxe de détails; disons seulement que son mémoire sera utile aux praticiens; il les édifiera complètement sur la valeur de cette station sulfureuse, qui, par sa situation au centre de la France, est appelée à jouir d'une réelle faveur.

Contribution a l'étude de l'herpès traumatique, par M. le docteur Paul Roux. In-8 de 45 pages. — Paris, 1879. O. Doin.

Nous donnerons, parmi les conclusions de l'auteur, les suivantes, qui résument bien son travail :

Quelle que soit l'influence particulière du traumatisme dans la production de l'herpès, presque toujours les sujets apportent à l'éruption une constitution, un tempérament, une diathèse qui lui servent de cause prédisposante, laquelle est mise en jeu par le fait du traumatisme même, et sans liaison chronologique fixe avec l'action de ce dernier. Presque toujours l'herpès traumatique est indolent, ce qui éloigne, dit M. Roux, toute idée de névrite et le différencie du zona. Le pronostic est toujours favorable.

De l'éclampsie puerpérale, spécialement étudiée au point de vue de sa pathogénie et des modifications de la température qui l'accompagnent, par M. le docteur Charles Hyppolitte. In-8 de 400 pages. — Paris, 1879. O. Doin.

C'est un bien gros livre, et cependant l'auteur ne veut toucher qu'une petite partie de son sujet, la pathogénie, et analyser un seul ordre de symptômes, les modifications de la température. Cependant, comme sur le premier point les auteurs sont loin d'être d'accord, et que l'analyse des modifications thermiques est une étude relativement récente, nous comprenons que M. Hyppolitte se soit laissé entraîner à fournir beaucoup de pièces justificatives. Ces réserves faites, voyons à quels résultats il est arrivé : « L'éclampsie puerpérale, dit-il, ne doit être attribuée ni à la congestion cérébrale, ni à l'anémie générale ou cérébrale, pas plus qu'à une névrose ou à une lésion des centres nerveux ou de leurs enveloppes. L'albuminurie est un phénomène qui précède ou accompagne le plus souvent l'éclampsie. La présence de l'albumine dans l'urine pendant la grossesse peut résulter, soit d'une albuminurie brightique (qui peut être le plus souvent antégravidique), soit d'une albuminurie gravidique proprement dite, soit d'une albuminurie du travail. L'urémie, ou l'ammoniémie, ou l'urinémie, ne peuvent expliquer la production des accès éclampsiques. L'éclampsie semble plutôt être due à l'altération des conditions particulières qui résultent du fait de la gestation, notamment aux modifications du sang dans sa qualité, dans sa quantité (tension intravasculaire), et aux excitations réflexes émanant de l'appareil génital et surtout

de l'utérus. Ces excitations aboutissent aux centres nerveux, déjà rendus plus irritables par cet état physiologique appelé grossesse. »

Voilà ce que l'auteur pense de la pathogénie. A propos des modifications thermiques, il conclut ainsi :

« Dans la grande majorité des cas, la température s'élève depuis le début des accès jusqu'à la fin; mais il peut se faire aussi, beaucoup plus rarement il est vrai, qu'elle reste stationnaire malgré les accès. Dans l'intervalle de ces accès, la température se maintient à un chiffre élevé, et au moment des convulsions, surtout des convulsions toniques, on observe une légère ascension de la colonne mercurielle. Quelquefois, après plusieurs attaques, on rencontre une température normale ou même hyponormale; mais la température ne se maintient pas à ce niveau : avec les attaques suivantes, elle atteint les chiffres élevés qu'on obtient habituellement. Si l'éclampsie doit avoir une issue fatale, la température continue à augmenter; cette élévation pourra encore progresser, même après la mort, et parvenir à un chiffre très élevé; si, au contraire, les accès disparaissent et si le coma diminue ou cesse d'une manière définitive, la température s'abaisse et revient au chiffre normal; cependant il peut arriver que la température commence à baisser avant la cessation des accès. Dans l'éclampsie, la température oscille le plus souvent entre 27°,8 et 40 degrés; elle peut même dépasser 41 degrés et atteindre 42 ou 43 degrés après la mort. »

A ce mémoire sont joints plusieurs tableaux de température relevés avec un soin minutieux, qui permettent de saisir d'un seul coup d'œil les modifications thermiques signalées par M. Charles Hyppolitte.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — *Concours d'agrégation* (section de chirurgie et accouchements). — Ce concours doit s'ouvrir le 15 avril 1880. Le jury est ainsi constitué : MM. Verneuil, Trélat, Le Fort, Richet, Depaul, Courty (de Montpellier), Azam (de Bordeaux), J. Rochard (de l'Académie de médecine), Terrier, agrégé.

— M. Doutrebente, docteur en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de chef de clinique des maladies mentales. — M. Dejérine est nommé chef de clinique, en remplacement de M. Dreyfus-Brissac, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Oulmont est nommé chef de clinique, en remplacement de M. Raymond, démissionnaire. — MM. Balzer et Jean sont nommés chefs de clinique-adjoints, en remplacement de MM. Barié et Pitres, dont le temps est expiré.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, ont été nommés : M. le docteur Laborde, chef des travaux physiologiques à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau); M. Wiet (Edmond), préparateur des travaux physiologiques (emploi nouveau); M. Dassy (Ferdinand), préparateur des travaux physiologiques (emploi nouveau).

Concours d'agrégation de médecine. — Les candidats déclarés admissibles sont appelés à traiter la question de médecine légale dans l'ordre suivant : MM. Troisier, Hutinel, Raymond, Perret, Quinquaud, Regimbeau, Mossé, Landouzy, Vinay, Rondot, Bouveret, Robin, Moriez, Arnozan, Hanot, Chauvet et Joffroy. Par suite de l'indisposition de l'un des membres du jury, la séance du 7 février est reportée au mercredi 11, à cinq heures.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours public pour la nomination à *trois places* de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 17 mars 1880, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 14 février 1880, et sera clos définitivement le lundi 1er mars, à trois heures.

Asile Sainte-Anne. — Par arrêté du préfet de la Seine, il est créé à l'asile Sainte-Anne et dans chacun des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière consacrés au service des aliénés, un emploi de médecin-adjoint. Ces emplois sont donnés au concours.

Faculté de médecine de Lille. — M. Wannebroucq, professeur de clinique interne, est chargé des fonctions de doyen pendant la durée du congé accordé à M. Cazeneuve. — M. Hallez (Louis-Stanislas), chargé du cours de pathologie interne, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Heydeinrech, agrégé, est chargé d'un cours annexe de clinique des maladies des yeux. — M. Langlois, docteur en médecine, est chargé d'un cours annexe de clinique des maladies mentales.

Hospices civils de Rouen. — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 15 avril 1880. Ce concours aura lieu à l'Hospice général, sous la présidence d'un administrateur.

Légion d'honneur. — Ont été nommés *chevaliers :* MM. les docteurs Dugat-Estublier (Emile), médecin de la légation de France en Chine; Jacquemin (Eugène-Théodore), directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy; Texier (Louis), directeur de l'Ecole de médecine d'Alger.

Banquet offert a M. Broca. — A l'occasion de son élection au Sénat, un banquet sera offert, sous la présidence de M. Henri Martin, le jeudi 19 de ce mois, à M. le professeur Broca. Ce banquet aura lieu à l'hôtel Continental. Le prix de la souscription est de 20 francs et devra être remis, avant le lundi 16 février, terme de rigueur, à l'un des commissaires (MM. les docteurs Dally, Dureau, Magitot, Pozzi et de Ranse), qui enverra au souscripteur une carte d'entrée rigoureusement personnelle.

Mortalité a Paris (du 31 janvier au 6 février). — Population probable en 1880 : 2 millions d'habitants. — *Nombre total des décès :* 1619, qui se décomposent de la façon suivante : *Maladies épidémiques ou contagieuses :* fièvre typhoïde, 101; variole, 72; rougeole, 10; scarlatine, 5; coqueluche, 8; diphthérie et croup, 35; grippe, 2; dysenterie, 1; érysipèle, 8; affections puerpérales, 9; autres affections épidémiques, 2. — *Autres maladies :* bronchite, 116; pneumonie, 190; phthisie pulmonaire, 233; diarrhée infantile, 51; autres causes, 770.

Bilan de la semaine. — Le fait saillant de cette semaine, c'est la subite aggravation de l'épidémie de fièvre typhoïde à peine accusée dans les semaines précédentes. De 15 décès pendant la troisième semaine, elle s'est élevée à 30 dans la quatrième, et en compte 101 dans la cinquième. Pourtant la variole ne désarme pas; au lieu de 68 décès pour la troisième semaine, 56 pendant la quatrième, en voici 72 dans la cinquième. En outre, l'examen des âges des décès typhiques, presque tous compris entre quinze à trente-cinq ans, permet de penser qu'il s'agit bien ici de la vraie fièvre typhoïde, et non de l'état typhique dans lequel succombent souvent les vieillards débilités. D'ailleurs, avec ces causes aiguës de mort, l'accroissement général du nombre des décès, surtout au delà de soixante ans; la fréquence plus grande des décès attribués à l'anémie, à la syncope, à la débilité, à l'épuisement, quelques cas de scorbut et de purpura hemorrhagica, sont des indices qui témoignent combien la santé publique souffre de la rigueur prolongée de ce redoutable hiver.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 19 février 1880.

LES ÉPIDÉMIES ACTUELLES ET LES APPAREILS A DÉSINFECTION APPLICABLES AUX HOPITAUX.

Dans sa dernière séance, la *Société médicale des hôpitaux* a été saisie par M. le docteur Vallin d'une question qui intéresse au plus haut degré le monde médical et l'administration hospitalière. Il s'agissait, en effet, des procédés à mettre en usage pour obtenir, dans les hôpitaux, une désinfection vraiment sérieuse des objets ayant servi aux malades atteints de diphthérie, de variole, de fièvre typhoïde, etc., et d'empêcher ainsi la propagation et l'aggravation du mal. En ce moment surtout un pareil sujet devrait passionner l'opinion. De trop nombreux exemples sont venus montrer que la variole et la diphthérie se communiquent dans les hôpitaux par les fournitures (matelas, draps, couvertures etc.), et surtout par les rideaux qui entourent les lits des malades. On sait que, dans certaines salles de chirurgie, un même lit ou un groupe de lits voisins pouvait être jadis accusé de communiquer des érysipèles à tous les blessés qui s'y trouvaient installés. Chacun de nous a vu des cas intérieurs de variole ou de fièvre typhoïde naître et se perpétuer par contagion directe; et l'exemple, cité par M. Constantin Paul, d'un lit transmettant la fièvre typhoïde à tous ceux que l'on y couchait, n'est malheureusement pas le seul que nous pourrions citer. Et cependant, alors que les internes et les élèves des hôpitaux payent un si cruel tribut à la diphthérie; tandis que la variole tue chaque semaine plus de 70 victimes; au moment où la fièvre typhoïde augmente d'intensité et de gravité, aucune précaution sérieuse n'est prise en vue d'empêcher la contagion, qui s'exerce librement là où l'on vient chercher l'*assistance* médicale. Ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion soulevée par la communication de M. Vallin se sont surtout préoccupés de la question des rideaux qui, dans les hôpitaux civils de Paris, entourent hermétiquement les lits des malades, empêchent le renouvellement de l'air et y concentrent les germes infectieux. La plupart d'entre eux nous ont paru souhaiter la suppression définitive de ces rideaux, et nous applaudirons à cette mesure si l'administration des hospices se décide à l'appliquer. Les rideaux ont été supprimés à l'hospice de la Maternité; il n'en existe ni à Strasbourg ni à Montpellier, ni en Allemagne, ni en Angleterre. Dans tous ces établissements cependant on admet des femmes et des jeunes filles; et dans les hôpitaux de l'armée et de la marine, où les rideaux n'ont jamais été introduits, on cherche, aussi bien que dans les hospices civils de Paris, à ne pas aggraver les tortures des malades en les faisant assister à l'agonie de leurs voisins. Mais on pense aussi qu'un paravent peut tout concilier, et l'on fait passer avant les questions de pruderie ou de sentiment les intérêts de l'hygiène et les devoirs qu'imposent au médecin les observations trop fréquentes de contagion directe par l'intermédiaire des rideaux de lit.

Toutefois, à côté de cette question toute spéciale et facile à résoudre, il en est une plus sérieuse et d'ordre général, que M. Vallin a plus particulièrement étudiée et qu'après une minutieuse enquête il a très nettement résolue. Nous voulons parler de l'installation dans nos hôpitaux d'appareils destinés à désinfecter tous les objets ayant servi aux malades atteints d'affections contagieuses. Dans un travail publié récemment (*Revue d'hygiène,* oct. 1879), M. Vallin avait exposé ce qui a été fait dans ce but en Angleterre, en Belgique, en

---

FEUILLETON

Les centenaires.

(ÉTUDES DE MACROBIOTIE.)

(Suite. — Voyez les numéros 5 et 7.)

France. — Peu ou point de renseignements sur les centenaires des dix-septième et dix-huitième siècles. Il existe toutefois un document officiel qui nous permet d'apprécier les conditions de longévité dans une des plus riches provinces de la France, vers la fin du dernier siècle: c'est le recensement du duché de Bourgogne, ordonné par les Etats de la province en 1786. Nous trouvons, dans le compte rendu de cette opération, que, sur une population de 1 005 486 habitants, 20 étaient centenaires et supracentenaires, soit 1 pour 50 274.

Parmi les centenaires français illustres du dernier siècle, mentionnons don Jean Mabillon, de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, né à Saint-Pierremont en 1632, et décédé à Paris en 1738, à l'âge de 106 ans; puis Fontenelle, né en 1657 et décédé à Paris en 1757; enfin la célèbre Ninon de l'Enclos, morte presque centenaire.

Le docteur Vacher, dans un mémoire sur le mouvement de la population à Paris, a rappelé qu'en 1868 on n'a relevé que 2 décès de centenaires et 4 en 1869, pour une population probable de 1 900 000 habitants; tandis que, en 1743, avec une population de 600 000 habitants au plus, on a trouvé inscrits, sur les mortuaires de cette ville, 8 décès de 100 à 105 ans, et sur les mortuaires de l'Hôtel-Dieu, 6 de 100 à 105 ans, c'est-à-dire, toute proportion gardée, 47 fois plus de centenaires que de nos jours. Le même fait se serait produit en remontant plus haut. Mais il est permis de révoquer en doute la parfaite exactitude de ces grands âges à une époque où la tenue de l'état civil laissait sensiblement à désirer.

Hollande, en Allemagne, etc. Notre savant collègue, après avoir démontré que les fumigations chimiques étaient presque toujours inefficaces, était arrivé à faire voir que de tous les procédés de désinfection celui de l'étuve est le plus expéditif, le plus économique, le moins infidèle. Nous ne pouvons que renvoyer au mémoire de M. Vallin tous ceux qui seraient désireux de bien connaître les appareils de désinfection qui reposent sur ce principe. Ils sont assez nombreux. Dans presque toutes les grandes villes d'Angleterre, on trouve aujourd'hui des institutions nommées *Corporation disinfecting stations*, affectées au service public de la commune. Lorsque l'officier sanitaire est informé, par la déclaration de la famille, du logeur ou du médecin traitant, de l'existence dans une maison particulière d'une maladie transmissible, il prescrit d'office les mesures d'assainissement qu'après enquête il juge nécessaires, et parmi ces mesures se trouve la désinfection du linge, de la literie et des vêtements qui ont servi au malade. Tous ces objets sont portés à la *station* où se trouve une étuve offrant toutes les garanties désirables. A Bruxelles on a adopté un autre modèle dont le prix de revient ne dépasse pas 5500 francs. Trois fours à désinfection ont été installés dans la ville ; d'après les déclarations de M. Janssens, ils donnent les meilleurs résultats. Là où le gaz fait défaut, on se sert de la chaleur surchauffée, si utile pour la désinfection des vaisseaux. A Moabit, près de Berlin, on a eu recours à ce procédé, et l'appareil n'a coûté que 2544 francs. Il nous semble que tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'hygiène hospitalière devront voir avec regret l'inertie de nos administrateurs en présence des résultats obtenus à l'étranger. Des expériences faites à Moabit par le docteur Werner ont prouvé que des boules d'ouate imbibées de liquides putrides, enveloppées de cinq nouvelles couches d'ouate neuve et placées dans l'étuve chauffée à 125 degrés, en ont été retirées au bout d'une heure ne renfermant plus aucun produit septique. Il en résulte que le procédé de désinfection par la chaleur, tel qu'on l'emploie en Allemagne, en Belgique et en Angleterre, est le seul vraiment efficace. Pourquoi dès lors laisser les vêtements et les fournitures des malades de nos hopitaux entretenir et propager des épidémies, alors qu'il serait si aisé d'installer à peu de frais dans nos établissements hospitaliers des appareils analogues à ceux que recommande M. Vallin? Pourquoi le conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique ne prendrait-il pas l'initiative d'une réforme qui constitue, au point de vue de l'hygiène, un progrès des plus sérieux? Pourquoi, si l'Administration résiste, ne solliciterait-on pas, en faisant bien comprendre l'utilité d'une semblable mesure, la générosité d'un de ces hommes de bien qui fondent des prix à l'Institut et dotent nos laboratoires d'instruments magnifiques. Il n'hésiterait pas, sans doute, à faire installer dans l'un de nos hôpitaux d'enfants le premier de ces appareils que tous les hygiénistes doivent aujourd'hui réclamer? Il ne nous appartient que de poser ces questions. Nous espérons que si la presse médicale veut bien s'en occuper avec nous, elles ne tarderont pas à recevoir une solution favorable.

L. Lereboullet.

HISTOIRE ET CRITIQUE

LA LÈPRE EST-ELLE CONTAGIEUSE? LA BACTÉRIE DE LA LÈPRE (1).

I

La lèpre se peut-elle contracter d'homme à homme? est-elle *transmissible* de l'individu malade au sujet sain? Voilà une question à laquelle la généralité des médecins répond aujourd'hui par la négative. Se trouverait-il cependant, de par le monde, un de ces mêmes médecins qui fût assez sûr de sa propre conviction, pour s'inoculer en bonne forme, sous l'épiderme, quelques parcelles de la trame d'un tubercule lépreux? Je ne le crois pas, et je déclare immédiatement que celui qui ferait cette expérience sur lui-même risquerait une fort mauvaise aventure; je dis surtout que le médecin qui la tenterait sur autrui commettrait une action impardonnable!

A l'heure présente nonobstant, depuis la vulgarisation des magnifiques travaux de Danielssen et de Bœck, depuis l'enquête poursuivie sur la terre scandinave par Hebra et par Virchow, la non-transmissibilité de la lèpre est à ce point devenue classique, que c'est presque braver une accusation de crédulité ou d'incompétence que de se demander si la maladie est contagieuse.

Cette discordance entre les paroles et les actes ainsi mise en lumière, il devient nécessaire de reprendre par la base la question en litige.

Tout d'abord on est frappé, à la lecture des ouvrages con-

(1) *La lèpre est-elle contagieuse?* par un Missionnaire attaché aux Léproseries. Paris, in-8, 1879. — *Bacillus lepræ*, études sur *la bactérie de la lèpre*, par G. Armauer Hansen, médecin en chef, inspecteur du service de la lèpre à Bergen (*Archives de biologie* de Ed. Van Beneden et Ch. Van Bambeke, t. I, p. 225. Gand, Leipzig et Paris, 1880).

Depuis que l'attention s'est portée sur les faits de longévité exceptionnelle, les journaux de Paris et des départements en ont signalé, de nos jours, un nombre considérable, en fournissant des détails biographiques destinés à en attester la sincérité. Obligé, faute d'espace, de faire un choix, nous ne reproduirons que les plus remarquables, ainsi que ceux qui nous ont paru réunir le plus de probabilités d'exactitude.

Et d'abord les femmes.

Contrairement à l'opinion qui attribue aux climats méridionaux une moindre longévité générale qu'aux climats modérés, nous trouvons un assez grand nombre de centenaires femmes dans le midi de la France. En mars 1878, les journaux de la Lozère signalent le décès, à l'hospice de la Camargue, d'une veuve Rocanier à l'âge de 105 ans. Sauf un peu de surdité, elle n'avait aucune infirmité. L'*Industriel de Mazamet* (Tarn) annonce, à la date du 24 août 1878, le décès, à l'hospice de cette ville, d'une femme âgée de 109 ans. Il y a deux ans à peine, elle possédait toutes ses facultés; mais, depuis quelques mois, elle était tombée complètement en enfance. En 1877, une demoiselle du nom de Ducasson, décède à Saint-Girons (Ariège) à l'âge de 110 ans. Elle n'avait jamais eu d'infirmités et son intelligence était entière. Entrée à l'hospice quatre jours avant sa mort, elle y a rendu le dernier soupir sans souffrance et sans agonie. On attribue également la conservation de toutes ses facultés à une femme du nom de Félicité, décédée plus que centenaire en 1877, à Frégimont (Lot-et-Garonne). Mme veuve Picard est décédée, en octobre 1877, à Marmande (même département), à l'âge de 107 ans. Née en 1770, elle se maria à 16 ans et eut plusieurs enfants qui ont atteint les âges respectables de 80 à 90 ans. Cette centenaire n'avait cessé que depuis très peu de temps de vaquer aux soins de son ménage. Est morte, à 106 ans, à Narbonne, en septembre 1866, une tante du savant académicien Flourens, Mme Grandvigné. Elle aurait conservé toutes ses facultés. Catherine Arqué, veuve Crovau, est morte à

temporains, de voir les auteurs qui ont décrété la non-contagiosité de la lèpre, oublier absolument ce point capital, que la maladie peut être *transportée* par l'homme d'un lieu infecté dans un lieu sain, et qu'elle peut s'y *multiplier au contact des importateurs;* c'est là cependant un fait d'observation constaté à toutes les époques par les législateurs, et par les populations qui n'en ont jamais perdu la tradition.

Au moment de l'apparition de la syphilis, à la fin du quinzième siècle (à Paris, en 1495), la croyance à la contagiosité de la lèpre était absolument égale à la croyance à la contagiosité de la syphilis, et les syphilitiques protestaient contre leur réunion avec les lépreux, lesquels, de leur côté, ne voulaient point habiter avec ceux qui étaient atteints de la vérole. (Voy. Astruc. — *Traité des maladies vénériennes*, trad. française. — 3e édit., Paris 1755, p. 29, et chap. xv tout entier).

Cette croyance toutefois s'affaiblit en tous les pays où la maladie s'atténuait, et elle ne resta vivace que dans l'esprit des populations qui restèrent frappées; quant aux médecins, les exemples nombreux et étranges d'immunité qu'ils rencontraient, même dans les plus étroites conditions d'intimité, les amenèrent à chercher de plus en plus la cause essentielle de la maladie dans la prédisposition héréditaire, dans les conditions du sol, de l'alimentation, etc., et à expliquer par des phénomènes extrinsèques son développement dans les foyers lépreux.

Cependant, puissance de la vérité, ou ténacité et pérennité de l'erreur! l'argumentation si spécieuse de Danielssen et de Bœck, le verdict de Hebra et de Virchow n'ont pu convaincre tout le monde, et des manifestations opposantes n'ont pas cessé de se produire.

Parmi ces oppositions sans cesse renouvelées, nous voulons rappeler un ouvrage dont la *Gazette hebdomadaire* a rendu compte l'année dernière (1879, p. 98) et sur lequel nous ne pouvons dès lors insister: il s'agit de l'ouvrage mentionné en tête de cet article.

L'argumentation ardente de l'auteur missionnaire est souvent d'une grande puissance; les faits qu'il produit sont, pour une part, des plus dignes d'attention. A ceux qui recherchent avant tout la vérité, nous donnons l'assurance qu'ils trouveront dans cet ouvrage ample moisson de faits et d'idées; nous n'en ferons pas l'analyse, il faut le lire en entier. Voici seulement, pour donner quelques lignes textuelles, un passage de l'ouvrage du missionnaire qui nous a le plus frappé, et qui nous servira, d'ailleurs, de transition pour mener le lecteur au second travail que nous signalons de la manière la plus instante à son attention.

Après avoir établi, contradictoirement à l'enquête de Virchow, que l'époque moderne fournit des exemples d'introduction de la lèpre dans des pays où elle était autrefois inconnue, le missionnaire s'exprime ainsi: « Pour que ce mal s'implante, il faut *un germe*. Que si le germe n'est pas apporté, le sol aura beau être le plus apte et le plus riche du monde en fumier de saleté et en misères de toute sorte, la lèpre n'y naîtra point. En vain les naturels de l'Amérique étaient restés depuis leur origine dans d'infimes conditions matérielles et morales; en vain les Hawaïens, en vain les Australiens ont été dans le même cas, il y a eu immunité complète. Mais que la lèpre soit une fois déposée, ni race très saine et très belle, ni excellente alimentation, ni hygiène parfaite, ni mœurs très pures, ni climat, rien au monde n'en pourra sauver. »

II

On ne me supposera pas un instant la pensée de considérer l'argumentation du missionnaire comme démontrant la contagiosité de la lèpre, ni d'admettre la proposition formulée dans la dernière phrase du fragment que j'ai reproduit. C'est un fait notoire que les centaines de lépreux qui, chaque année, viennent dans l'Europe centrale chercher (espoir le plus souvent déçu!) quelques chances de salut, n'y forment plus de foyer, et que l'agent contaminateur n'y trouve pas les conditions nécessaires à sa fécondité. Mais cela, il faut l'ajouter de suite, n'entraîne en aucune manière la négation de la réalité de cet agent contaminateur, *la variabilité du pouvoir contagieux* d'une affection quelconque pouvant se produire en un même lieu ou dans des lieux différents sur une échelle extrêmement étendue.

De l'argumentation du missionnaire nous ne voulons, pour l'instant, retenir que cette formule saisissante:

« *Pour que ce mal s'implante*, il faut un GERME », et la donner pour épigraphe aux belles études sur la bactérie de la lèpre du docteur G. Armauer Hansen, dont l'indication bibliographique figure au commencement de cet article.

Cette bactérie n'est-elle pas, en effet, ce GERME affirmé par le missionnaire; et la découverte de la bactérie de la lèpre ne va-t-elle ranger définitivement la maladie dans la classe des affections virulentes?

Depuis d'assez nombreuses années déjà, le savant inspecteur du service de la lèpre à Bergen poursuivait la recherche

---

Toulouse en novembre 1878, après avoir complété sa cent sixième année.

Dans le Nord et l'Est, nous enregistrons les décès ci-après de centenaires femmes. A Bischwiller, une veuve Catherine Heusch est morte, en 1877, à 101 ans; à 90 ans ses forces lui permettaient encore d'aller faire du bois dans une forêt éloignée de 8 kilomètres, et située à 904 mètres au-dessus du niveau de la mer. Elle a été accompagnée à sa dernière demeure par ses deux fils, dont l'aîné a 75 ans, par quatorze petits-fils et huit arrière-petit-fils. Est décédée à Roubaix, en 1878, Mme veuve Watteau, née Éléonore Luc. Elle était née le 17 avril 1777 et allait commencer sa cent deuxième année. Elle laisse un frère qui promet, lui aussi, d'arriver à la centaine; il est âgé de 90 ans et demeure à Marquette, chez un de ses enfants. Martine Gorix, veuve d'Emmanuel Sanson, est morte, en 1877, à Wormhoudt (Nord), à 100 ans. Elle a laissé dix enfants, dont l'aîné à 77 ans et le plus jeune 58 ans. On lisait dans les journaux de la Somme, à la date du 14 décembre 1877: « La commune d'Assainvilliers possède en ce moment une centenaire, Mlle Lesueur, qui a atteint sa centième année. Sa santé est excellente et ses facultés intactes... On lit dans le *Mémorial d'Amiens* du 10 septembre 1879: « La centenaire de Fréville, née le 8 septembre 1775, est entrée dans sa cent cinquième année. Elle a conservé l'usage de toutes ses facultés. Si ce n'est que sa vue s'éteint, elle pourrait encore vaquer à tous les soins du ménage. » Une Mme Taton est morte dans la patrie du champagne, à Aï, en octobre 1877, à 101 ans.

Parmi les décès de femmes centenaires à Paris, nous remarquons les suivants: en mai 1876, décède, rue de Longchamp, n° 26, à l'âge de 108 ans, Mme Virginie Deviesse; elle était née en 1768. Tombée en enfance depuis quelques années, elle n'avait pas prononcé une seule parole depuis les deux dernières. Le 6 septembre 1876, on annonçait le décès, rue des Carmes, d'une religieuse ursuline âgée de 107 ans. Elle était née le 15 août 1769. En 1878, le chirurgien Labbé

et la preuve de la nature parasitaire de la lèpre, mais il n'avait encore rien publié, et nous nous estimons heureux que des médecins, à qui il avait fait part de ses observations, l'aient obligé, par leurs propres publications, à devancer l'époque qu'il s'était fixée. « Je n'eusse pas songé, dit-il, à publier dès à présent mes études sur la bactérie de la lèpre, si un médecin suédois, le docteur Eklund, auquel je fis, il y a un an, la démonstration de mes préparations, et auquel je communiquai ma manière de voir sur la nature parasitaire de la maladie, n'avait, dans une brochure qui vient de paraître : *Om Spetelskan*, fait connaître la véritable cause de la lèpre comme ayant été découverte par lui, sous forme de micrococques. D'autre part, le docteur Neisser, de Breslau, qui a séjourné quelque temps à Bergen l'été dernier pour étudier la maladie, vient de publier les résultats de ses recherches faites sur des pièces qu'il a emportées avec lui. Il annonce que toutes ses préparations sont remplies de bactéries; que non seulement lui-même, mais aussi le professeur Cohn, dont on connaît la compétence toute spéciale en matière de bactéries, considèrent comme une espèce particulière qui est, à leurs yeux, la cause de la lèpre.

» Dans ces conditions je me vois forcé de rendre compte des résultats auxquels je suis arrivé dans mes recherches sur la contagion de la lèpre... »

Le mémoire de Armauer Hansen est consacré presque en entier à la publication du journal de ses expériences et de ses recherches, non encore terminées, sur les caractères du *Bacillus lepræ* (bâtonnets inclus dans les cellules provenant des tubercules cutanés de la lèpre, excisés sur le vivant), sur les résultats de sa germination dans les préparations, et sur la technique la plus propre à en assurer la démonstration. Une très belle planche lithographique, annexée au mémoire, représente clairement les divers aspects du parasite. La question de la présence des bactéries caractéristiques dans le sang des lépreux reste douteuse pour l'auteur, tandis qu'elle semble démontrée pour le docteur Eklund; ses essais d'inoculation au lapin n'ont pas réussi, ce qui, ainsi qu'il le remarque très judicieusement, ne démontre rien contre l'adoption de l'idée d'après laquelle les bactéries seraient véritablement le contagium de la lèpre.

Il ne resterait plus, au sens de l'auteur, qu'à déterminer les conditions d'existence de ces bactéries, et à établir leur transmissibilité, « pour soulever les derniers doutes qui pourraient exister encore sur la véritable cause de la maladie ».

III

Il serait assurément prématuré de considérer la question comme jugée, et de déclarer que la lèpre est une maladie virulente réductible aux simples éléments du choléra des poules. L'histologie bactéridienne, encore en voie d'évolution, a besoin d'être menée à un degré de précision un peu plus avancé; nul doute à cet égard. Il faut attendre les recherches du lendemain.

Mais la doctrine classique de la lèpre ne reçoit pas moins de ces découvertes inattendues un profond ébranlement, une secousse salutaire et qui, sans aucun doute, sera féconde. Ce n'est peut-être pas encore la vérité, c'en est assurément l'aurore; il faut la saluer avec enthousiasme, et espérer pour ce siècle le suprême honneur de trouver enfin la cause de la lèpre, et peut-être le moyen d'extirper la maladie la plus atroce qui ait frappé l'humanité, celle qui l'a, vraisemblablement, frappée la première.

Ernest BESNIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique chirurgicale.

DE LA NON-INTERVENTION PRIMITIVE DANS LES PLAIES PAR BALLES DE REVOLVER, par M. PICQUÉ, médecin aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou.

(Fin. — Voyez le numéro 7.)

III. — DANGER DE L'EXTRACTION.

Après avoir montré quelles étaient les modifications imprimées par les projectiles aux éléments anatomiques dans lesquels ils sont plongés, et aussi l'inutilité des manœuvres tentées pour les extraire, il nous reste à exposer les dangers inhérents à ces manœuvres, dangers auxquels nous avons déjà fait allusion plus haut, ce qui nous permettra de passer rapidement sur eux.

Hunter comprenait si bien le côté périlleux de ces manœuvres, qu'il ne voulait à aucun prix toucher aux corps étrangers; craignant à juste raison l'irritation violente qu'on pouvait développer dans les tissus environnants, il préférait les laisser à eux-mêmes. Il poussait si loin ces appréhensions, qu'il ne voulait même pas pratiquer de contre-ouverture, et les auteurs du *Compendium* trouvent même peu sérieux les arguments qu'il présente pour justifier sa conduite en pareil cas. Et cependant les appréhensions de Hunter n'avaient rien

opérait, à la Salpêtrière, d'une hernie étranglée, une femme de 102 ans, et l'opération réussissait parfaitement. Elle mourait six mois après, mais d'une autre maladie.—Mme la maréchale Suchet, qui vit encore, est récemment entrée dans sa quatre-vingt-dix-neuvième année. — On a célébré, le 22 août 1879, à Hérouville, près Pontoise, le centenaire de Mme veuve Sache, née dans cette commune le 22 août 1779. Pareille fête a déjà eu lieu, dans la même commune, il y a six ans, pour le centenaire de la dame Brochard, qui l'a présidée, accompagnée de sa sœur, âgée de 97 ans.

Parmi les centenaires femmes décédées dans d'autres parties de la France, nous trouvons une femme Girard, décédée en 1878, à Sceaux (Sarthe), à 100 ans et 19 jours, laissant un fils de 79 ans et une bru de 84 ans; on assure que cette centenaire pesait 100 kilos. Une dame Lheureux est morte en décembre 1877, à Valence-sur-Brie (Seine-et-Marne), à l'âge de 102 ans. « La ville de Louhans, dit le *Courrier de Saône-et-Loire* du 12 décembre 1878, avait une *filleule*. Cette filleule vient de mourir à Vesoul, dans sa centième année. Elle se nommait Hermine *Louhans* de Mailly. Mlle de Mailly, née au château de Châteaurenard, le 20 septembre 1779, avait eu, en effet, pour *marraine* la ville de Louhans, ainsi que l'attestent les registres de l'état civil. » — *L'Echo de la Dordogne* du 1er octobre 1879 cite une dame Raynaud, veuve d'un ancien chirurgien de Périgueux, comme devant atteindre sa centième année aux vendanges de la même année. *L'Avenir de la Dordogne* du 11 novembre 1879 cite deux cas de longévité remarquables. Mlle de Montagut de la Ségurnie est morte, le même mois, à l'âge de 100 ans accomplis. On remarquait à ses obsèques une de ses métayères, âgée de 104 ans, qui n'a jamais quitté la métairie qu'elle habite en ce moment.—A Giguy (Vienne), Mme Lefèvre a atteint sa centième année le 29 octobre 1879. La vénérable aïeule a été conduite processionnellement à l'église et ramenée de même au presbytère, où a eu lieu un grand repas. A la table étaient assis six de ses enfants, dont

que de très légitime. De nos jours, les auteurs qui sont les plus ardents partisans de l'intervention primitive disent qu'on doit s'abstenir dans les cas où l'on peut craindre d'ouvrir une cavité articulaire ou splanchnique, de léser des vaisseaux importants ou de reproduire une hémorrhagie arrêtée. Ajoutez à cela la crainte de produire une réaction vive, surtout dans les parenchymes, et vous ne trouverez guère de cas où vous n'ayez à redouter au moins une de ces complications. On le voit par ces restrictions, les partisans de l'intervention condamnent leur pratique. Ajoutons enfin, pour ce qui est des plaies de la cavité thoracique, que l'opération de l'empyème tentée pour extraire les projectiles tombés dans cette cavité est pour le moins aussi grave que la présence du projectile, car tous les deux, projectile et empyème, ont le triste privilège de produire dans la plupart des cas une pleurésie purulente. Percy les abandonnait toujours. Nélaton attendait pour agir l'explosion des accidents. Legouest préconise quand même l'extraction. Ajoutons qu'il est des cas où l'on pourrait extraire immédiatement, lorsque par exemple la plaie a produit un pneumothorax et qu'elle est sur un point déclive, car dans ces cas on n'a guère à perdre en faisant l'extraction; mais alors quel avantage pour le malade?

Voyons un peu ce que nos malades auraient gagné à l'extraction primitive. Nous ne reviendrons pas sur cette malheureuse femme de M. Verneuil, qui a succombé à des accidents d'encéphalite. Notons cependant les manœuvres faites avant son entrée à l'hôpital, et qui avaient amené des douleurs vives et une hémorrhagie inquiétante.

Obs. II, III, IV et V. — Les malades qui font l'objet de ces observations, qui tous ont reçu des coups de revolver dans la poitrine, et qui tous ont guéri, ne pouvaient par l'extraction que voir devenir pénétrantes des plaies qui ne l'étaient pas (obs. II et III), et voir apparaître une pleurite purulente.

Obs. IV. — La maladie a suivi des phases réellement curieuses; son histoire est, à ce point de vue, des plus intéressantes. Qu'aurait-il gagné si l'on avait persisté à obtenir l'extraction? Pour le moins un retard dans l'évolution naturelle de la cure; pour le plus, une péritonite mortelle. Il en eût été de même pour les malades dont M. Weiss a bien voulu nous communiquer les observations.

Conclusions. — Nous n'avons eu en vue que les plaies produites par des projectiles de petit volume (balles de revolver) : 1° les dangers du séjour de ces balles dans nos tissus ont été singulièrement exagérés; 2° leur extraction est le plus souvent inutile; 3° elle est toujours ou presque toujours dangereuse.

Obs. I. *Plaie pénétrante de la région temporale* (observée dans le service de M. le professeur Verneuil). — Femme entrée à la salle Saint-Augustin pour une plaie de la région temporale faite par une balle de revolver tirée à bout portant. Hémorrhagie artérielle abondante et douleurs vives à la suite de manœuvres pratiquées par un praticien de la ville pour l'extraction du projectile. La compression fut faite dès l'entrée de la malade à l'hôpital; l'hémorrhagie cessa. M. Verneuil, appelé, pratique l'occlusion avec la baudruche collodionnée. Chute de la paupière supérieure aussitôt après l'accident, sans phénomène cérébral convulsif ni paralytique.

Pendant deux jours aucun phénomène nouveau : persistance des douleurs vives, hémicrânie cruelle. (Opiacés; injections de morphine; sangsues derrière l'oreille.)

Au quatrième jour, les douleurs à peine calmées réapparurent plus fortes; la fièvre devint vive. Craignant une rétention purulente sous la baudruche, l'occlusion est enlevée; il sortit à peine une gouttelette de pus. Le soulagement fut de courte durée. Pas d'ecchymose conjonctivale.

Au cinquième jour la fièvre est très vive, la température est à 40 degrés. Accès convulsif peu d'instants avant la visite, borné au côté gauche de la face, opposé à la plaie temporale. A l'accès succède un coma profond, qui venait à peine de se dissiper lorsque M. Verneuil passa devant son lit. Elle était alors dans un état de torpeur très prononcé, n'exécutant qu'avec lenteur quelques mouvements, et répondant de même aux questions qu'on lui posait. Le bras gauche est parétique, se meut avec peine, tandis que le droit jouit de son intégrité motrice, ainsi que les deux membres inférieurs; la face, dans sa partie inférieure, est légèrement déviée à gauche; la commissure gauche est légèrement abaissée; la langue dévie sa pointe à gauche; il y a évidemment un certain degré de paralysie du bras et de la face siégeant du côté opposé au traumatisme; c'est de ce même côté de la face que les convulsions avaient eu lieu.

Au sixième jour, la fièvre augmente, le délire est intense, et la malade succombe.

Autopsie. — Les parties molles sont enlevées; on voit facilement à la partie supérieure de la fosse temporale un orifice irrégulier large d'environ 12 millimètres, en partie obstrué par une esquille valvulaire au milieu de laquelle s'était fixé un petit fragment de plomb. Le trajet suivi par le projectile était dirigé de dehors en dedans, presque horizontalement, et un peu d'avant en arrière. Après avoir scié circulairement la boîte crânienne, on trouve les détails suivants : la dure-mère est déchirée en un point qui correspond au lieu de passage du projectile, partout ailleurs elle est saine; en écartant le cerveau, on constate un épanchement en nappe recouvrant la face interne de la dure-mère, qui revêt les fosses sphénoïdale et frontale droites, ayant même fusé jusque dans la fosse frontale gauche; les méninges en ces points sont imbibées, infiltrées par ce sang épanché, qui forme une couche de quelques millimètres d'épaisseur.

Poursuivant plus loin nos recherches, nous constatons que le lobe sphénoïdal du cerveau de ce côté est ramolli, infiltré de sang dans une assez grande étendue; en suivant la direction du ramollissement, on pénètre dans le tissu cérébral vers les masses centrales, où on découvre alors le projectile, qui est situé à la partie la plus inférieure interne et antérieure du lobe sphénoïdal; une zone assez étendue de ramollissement l'entoure; la partie la plus élevée du pédoncule droit est également ramollie. La coupe ayant

---

le plus jeune a 60 ans; ils avaient à leurs côtés leurs enfants et petits-enfants. Au dessert, l'aïeule a chanté une chansonnette.

Thompson (*loco citato*) raconte sérieusement ce qui suit : « Une Française qui avait commis un crime, fut condamnée, à l'âge de 20 ans, aux galères à perpétuité (100 ans d'après le code criminel de l'époque). Lorsqu'elle eut subi sa peine au bagne de Toulon, elle en sortit pour retourner au village natal. Mais, comme dans les *Sept sommeils d'Ephèse*, ou dans *la Belle au bois dormant*, tout y était changé; tous les habitants étaient morts, et personne ne put la reconnaître. Le cœur brisé, elle retourna à Toulon, obtint la faveur d'être réintégrée au bagne, et y mourut bientôt après. Le même auteur raconte le décès, dans un pays qu'il n'indique pas, d'une Française, Mlle Marie Mollet, qui, à la différence de Terentia, après avoir attendu inutilement pendant 115 ans l'homme dont elle devait faire le bonheur, se décida enfin à aller le chercher dans un autre monde.

Les centenaires hommes donnent également lieu à d'intéressantes observations.

Dans le midi de la France, nous relevons les décès ci-après. Le 10 juillet 1878, ont eu lieu, à Bordeaux, les obsèques de M. Jean Troplong, cousin de l'ancien président du Sénat sous l'Empire. Né en 1778, M. Troplong entra fort jeune dans la marine et fit plusieurs fois le tour du monde comme officier. Après la révolution de 1830, il rentra dans la vie privée. Au moment de sa mort, il venait d'atteindre sa centième année et avait fêté pieusement cet anniversaire. — Le *Conservateur d'Auch* raconte (février 1878) qu'un procès plaidé au tribunal d'Auch a révélé l'existence d'un homme de 104 ans. D'après son avocat, il jouit, malgré son grand âge, d'une santé parfaite. Il est propriétaire-cultivateur et habite la commune de Collion, canton de Vir-Fezensac (Gers). On lit dans les journaux de Tarbes, à la date du 20 décembre 1876, qu'un sieur Jean Bourguin y est décédé, cette même année, à l'âge de 107 ans.

mal porté, il est difficile de localiser d'une façon précise le siège exact du ramollissement; toutefois, il semble que le foyer de ramollissement ait atteint l'épaisseur des fibres motrices à son entrée dans la partie la plus élevée du pédoncule cérébral, à la base de la capsule interne; les fibres motrices ont été seules atteintes, puisqu'il n'y a eu aucun trouble de sensibilité pendant la vie. C'est évidemment le long du trajet que s'est creusé le projectile dans l'encéphale que s'est développée l'encéphalite. Il n'y avait pas de méningite, pas la moindre trace de pus en aucun point. Le moteur oculaire commun a été déchiré un peu avant son entrée dans la fente sphénoïdale, dans son trajet intraméningitique. Les autres organes qui pénètrent cette fente n'ont point été atteints, non plus que le sinus caverneux. Telles sont les lésions constatées à l'autopsie.

Nous avons résumé l'observation autant qu'il nous a été possible. Le lecteur voudra bien nous excuser cependant du long développement que nous lui avons donné, vu l'importance des faits au point de vue de la doctrine de la non-intervention. Les points intéressants ont été précédemment l'objet d'une critique assez complète pour que nous nous dispensions d'y revenir.

Obs. II (prise à la Pitié, grâce à l'obligeance de M. le professeur Verneuil). — Jeune fille de dix-sept ans, entrée le 23 mars 1879. Coup de revolver au-dessous du sein, au niveau des dernières fausses côtes droites. Plaie contuse sphérique, à bords peu contus, indiquant qu'un petit projectile a passé. D'après sa position, la balle a pu traverser la cavité thoracique et abdominale, intéresser le poumon et l'estomac. L'accident est arrivé à huit heures du matin. A huit heures du soir, entrée à l'hôpital. Etat général peu grave : facies rouge, mais non grippé; sommeil trois quarts d'heure après l'accident; ventre non ballonné, peu douloureux; un peu de dyspnée; pas de battements tumultueux du cœur; respiration entrecoupée; douleur dans l'épaule gauche et sur le trajet du phrénique au cou; plaie rouge; au-dessous de la peau on croit sentir un corps dur; rien à l'auscultation et à la percussion. (Opium et glace.)

Le 24 mars, amélioration; pas de dyspnée véritable; pas de fièvre.

Le 25 mars. Il paraît évident que la balle n'a pas pénétré; pas de complication viscérale.

Utilité de la non-intervention; cependant M. Verneuil, croyant sentir le corps étranger, s'est départi, sur les instances de la malade, de sa ligne de conduite habituelle; il a soudé la plaie et n'a rien trouvé. Dans cette circonstance, il n'en a rien été pour la malade; mais combien de fois n'a-t-on pas, en agissant de la sorte, porté préjudice au malade, et cela pour un corps étranger si bien toléré par nos tissus!

Obs. III (personnelle, prise dans le service de M. Verneuil). — Homme de trente-six ans, entré le 28 mars 1879. Balle de revolver au côté droit. Douleur vive; dyspnée; pas d'hémoptysie; parole nette; la pénétration est écartée; pas d'accidents. Guérison.

Obs. IV (personnelle, service de M. le professeur Rizet, à l'hôpital de Versailles). — Izoird, vingt et un ans, maréchal des logis au 7e cuirassiers. Accident survenu le 17 avril 1879. Balle de revolver d'ordonnance tirée à 1 mètre de distance, traversant un manteau épais et la courroie d'une bretelle, pénétrant dans le thorax au niveau du septième espace intercostal, à 5 centimètres au-dessous du mamelon droit. Chute sans perte de connaissance; hémorrhagie peu abondante au niveau de la plaie; hémoptysies considérables trois heures après l'accident, s'exaspérant pendant les accès de toux. Pendant deux jours l'hémoptysie continue, puis finit par disparaître. Epanchement médiocre à la base du poumon droit. Point de côté, matité, etc. Pas de réaction fébrile. Aucune recherche n'est tentée.

Etat du malade à sa sortie, le 16 mai : l'épanchement a disparu; l'état général est excellent.

Obs. V (personelle, prise dans le service de M. Ozanne, à l'hôpital civil de Versailles). — Bassages (Louis), vingt-six ans, employé de commerce, se tire trois coups de revolver de 7 millimètres à la région du cœur, le 26 janvier 1879, dans un restaurant. Appelé à lui donner nos soins, nous trouvâmes le blessé dans la situation suivante : perte de connaissance; le malade est à terre, la chemise entr'ouverte. Trois plaies au niveau du mamelon gauche; le sang coule à flot; jet à chaque systole. Aucune tentative d'extraction. (Eau froide sur la plaie). Transport à l'hôpital. Occlusion des plaies avec l'ouate collodionnée. Le malade reprend connaissance dix heures après l'accident. M. Ozanne a bien voulu nous donner des renseignements sur la marche ultérieure de la maladie. Suites simples. Signes d'épanchement sanguin dans la plèvre et le péricarde. Pleuropéricardite consécutive.

Guérison le 4 mars.

Obs. VI (résumée). *Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu; perforation consécutive d'une anse intestinale; guérison* (hôpital militaire de Versailles, service de M. le principal Hemard, in *Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaire*). — Chesnel, vingt ans, maréchal des logis au 11e d'artillerie. Coup de revolver à bout portant dans l'abdomen. Situation : 6 centimètres au-dessus du pli de l'aine, 9 centimètres en dehors de la ligne blanche, 8 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Symptômes immédiats : ténesme rectal; douleur vague le long du canal de l'urèthre et du canal inguinal, avec irradiation dans le testicule droit.

Exploration prudente avec une sonde de femme : pas de résultat; il y a perforation de toute l'épaisseur de la paroi. Rien du côté de la vessie ni du rectum. Symptômes de péritonite dans la nuit qui s'accentuent et s'aggravent les jours suivants. Généralisation. — Traitement ordinaire : cessation des accidents au bout de neuf jours.

Le 19 avril, apparition des signes d'un anus contre nature. L'examen des liquides a été fait au microscope et n'a donné lieu à aucun doute.

Guérison spontanée et complète le 10 juin.

Je dois les observations suivantes à l'extrême obligeance de M. Weiss, interne des hôpitaux, et je tiens à lui adresser tous mes remerciements.

Il avait servi sous Louis XVI. En décembre 1877, on voyait encore se promener à Saint-Geniès, petite commune des environs de Nîmes, un vieillard de plus 100 ans, ancien soldat de la Révolution, du Consulat et de l'Empire. Cet homme faisait partie du corps expéditionnaire qui alla prendre le pape à Rome en 1804, pour le conduire en France, à l'occasion du sacre de l'Empereur. Il avait alors une trentaine d'années. Il souffre encore d'une congélation partielle dont il fut atteint pendant la campagne de Russie. La *Gazette du Languedoc* mentionne, à la date du 27 novembre 1877, le décès, dans le petit village de Caujac, canton d'Auterive (Haute-Garonne), à l'âge de 104 ans, de Jean-Marie Naudenac, né à Fendeille, près de Castelnaudary. Il avait fait les campagnes de la Révolution. Ses facultés étaient intactes. Le 17 février 1878, décédait à Lyon M. Gaspard Danguin, né à Thizy le 25 janvier 1778. Dessinateur distingué, M. Danguin a fourni à la fabrique lyonnaise des modèles fort remarquables. En 1877, Joseph Nigon, ancien instituteur, décédait à 103 ans, dans la commune de Charoncière (Isère). Trois ans avant, une de ses petites-filles étant tombée dans un ruisseau assez profond, le centenaire se jeta à l'eau et put la retirer vivante. Dans les premiers jours de juillet 1879, il est mort à la Galle, près de Monsalvy (Cantal), un vieillard de 103 ans, M. Vallin, qui était né en 1776, sous le règne de Louis XVI. Il était fileur et travaillait encore sans lunettes.

Dans l'Ouest, nous relevons les décès suivants de centenaires.

En 1877, est décédé à 100 ans et 8 mois, le doyen des maires de France, M. Kenoux, maire pendant cinquante-trois ans de Pleumeur-Gautier (Côtes-du-Nord). Il était chevalier de la Légion d'honneur et commandeur de Grégoire le Grand. M. de Lambourg, émailleur à Saumur (Maine-et-Loire), a eu 100 ans le 28 janvier 1878. Il vivait encore à cette date, et continuait d'exercer son état. A Fontenay-le-Comte (Vendée), est mort, dans les premiers jours d'août 1879, un cultivateur

Obs. VII (Saint-Louis, 1878, inédite). *Plaie de la cuisse.* — En jouant avec son revolver, ce jeune homme s'est logé une balle dans les parties molles. Plaie contuse. Pas de recherches. Pas d'accidents.

Obs. VIII (Saint-Louis, 1878). — Jeune homme s'étant tiré un coup de revolver au-dessous du cœur. Blessure du poumon. Légère expectoration sanguinolente, mais surtout complication du côté de la plèvre. Pas d'emphysème, mais pénétration évidente. Fièvre. Pleurésie traumatique. Guérison au bout d'une quinzaine de jours.

Obs. IX (Saint-Louis, 1878). — Jeune homme s'étant tiré dans l'oreille une balle de revolver. Douleurs pharyngées et linguales. Difficultés de la déglutition. Pas d'accidents cérébraux immédiats. Exploration difficile. Au bout de quatre-vingt-dix-neuf jours, complications cérébrales. Méningite. Mort.

Autopsie. — La balle a traversé obliquement l'oreille moyenne, est sortie par la face inférieure du rocher, et est allée se loger dans la partie latérale droite de la langue, sous la muqueuse : d'où l'explication des phénomènes inflammatoires de ce côté. Ostéite de la face supérieure de la caisse ; l'os est rouge. La méningite est évidemment partie de là. Méningite générale.

A rapprocher du cas de Terrillon, où la balle s'était logée dans le rocher, et où il a pu l'extraire avec la gouge et le maillet. Emploi de l'appareil Trouvé.

Obs. X (Saint-Louis, 1878). — Coup de pistolet à la tempe droite. Délabrements extraordinaires. Plaie d'au moins 8 à 10 centimètres en tous sens. Projectile ayant labouré la fosse temporale, dénudé l'os, mais n'ayant pas perforé le crâne par le fait de l'obliquité du projectile. Plaie noire anfractueuse. Hémorrhagie. Guérison assez lente. Sorti au bout de un à deux mois. Cicatrice très rétrécie, en somme assez belle.

Obs. XI (Lariboisière, 1877). — Jeune homme s'étant tiré par mégarde une balle dans la main, qui a traversé l'éminence hypothénar sans toucher les os. On sent la balle sous la peau du côté opposé. Extraction par incision simple. Guérison.

Obs. XII (Saint-Louis, 1877). — Homme s'étant tiré un coup de revolver à la tempe, assez en avant pour que le projectile n'ait pas atteint le crâne, mais perforé les deux maxillaires supérieurs sans léser les yeux. Fracture des os du nez, d'où emphysème de la région. On sent la balle de l'autre côté, sous la peau. Pas d'accidents. Guérison.

Obs. XIII (Saint-Louis, 1877, Duplay). — Plaie au thorax par revolver. Pas de fracture de côtes. Duplay écarte la pénétration. Pas d'accidents. Guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Sur les maladies virulentes, et en particulier sur la maladie appelée vulgairement « choléra des poules », par M. *Pasteur*. (Voy. *Gaz. hebd.*, 1880, p. 97.)

Signes de la mort. — M. *G. Picard* adresse, de Lausanne, pour le concours du prix Dusgate, un mémoire intitulé : *Les signes de la mort.* (Renvoi à la future commission.)

Présence du mercure dans les eaux de Saint-Nectaire. — M. *F. Garrigou* adresse un complément d'information sur le procédé qui lui a permis d'affirmer la présence du mercure dans les eaux minérales de Saint-Nectaire.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Des lettres de candidature de M. le docteur *Lucas Championnière*, pour la section d'accouchements. — 2° De M. le docteur *Houzé de l'Aulnoit*, pour la section des correspondants nationaux. — 3° De M. le docteur *Tripier*, pour le prix Buignet, un *Précis d'électrologie médicale*.

M. *Broca* présente, au nom de M. le docteur *Henrot*, une note manuscrite sur le *transfert dans l'hémi-hypothermie*.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Duché*, une brochure sur la *Géographie médicale du département de l'Yonne*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente, au nom de MM. les docteurs *Nicolas* et *Demouy*, une *Note sur un cas d'empoisonnement par le laudanum*.

Il s'agit, dans ce cas, d'un empoisonnement par le laudanum chez un enfant de six semaines, et dans lequel les auteurs ont employé avec succès la respiration artificielle par la méthode de Sylvester.

Rapports. — M. *Jules Lefort* donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, d'une série de rapports dont les conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

Elections. — L'Académie procède au renouvellement des commissions d'élections pour les correspondants nationaux. Sont élus : MM. Peter, Woillez, Fauvel, Delpech, Lancereaux, Empis, Luys, Baillarger, Davaine et Oulmont, pour la 1re division ; MM. L. Le Fort, Rochard, Depaul, A. Guérin et Gosselin, pour la 2e division ; MM. Gavarret, Regnauld, Planchon, Chatin, Riche et Bouis, pour la 4e division.

Considérations médico-légales sur la simulation, par M. le docteur *Gallard*. — La question de la *simulation* n'a pas reçu dans les traités spéciaux tous les développements qu'elle comporte, par cette raison que les faits à l'occasion

âgé de 109 ans. Ce centenaire, nommé Louis Lucas, bêchait encore son jardin quelques jours avant sa mort. Il avait fait toutes les campagnes de la République et de l'Empire. M. Wedel, appelé le doyen des habitants de Poitiers, est mort dans cette ville, en 1878, à l'âge de 100 ans et 11 mois.

Le Nord (Paris compris) n'est pas moins riche en centenaires hommes. Dans les premiers jours de janvier 1878, un banquet de trois cents couverts réunissait à l'hôtel du Soleil d'Or, à Soissons, les petits et arrière-petits-enfants de M. Deliry, ex-jardinier, qui venait d'accomplir sa centième année. Le vénérable vieillard, encore plein de vigueur, a chanté au dessert. Cette curieuse fête de famille n'avait pas eu de précédent à Soissons depuis deux siècles. En janvier 1878, est mort au Ransay, à 102 ans et 6 mois, un ancien diplomate dont la carrière fut des plus tourmentées, Louis-Étienne Mirvault. Parti avec Lafayette, il fit les guerres d'Amérique, où il fut fait prisonnier par les Indiens à la suite d'un naufrage. Condamné à mort, il dut la vie à une négresse qui le fit évader. Recueilli par un bâtiment anglais en qualité d'Américain, et bientôt reconnu comme Français, il allait être, comme tel, pendu sans autre forme de procès, lorsqu'il eut la pensée de jouer, sur le violon d'un passager, des airs qui lui valurent, avec les applaudissements de l'équipage, la protection du capitaine et sa grâce. Le gouvernement de Louis XVIII lui confia un poste diplomatique, et, après la révolution de 1830, il fut appelé par le marquis de Vandeuil à régir ses propriétés en Picardie. Mme de Vandeuil, n'ayant pas d'enfants, le nomma son héritier, et cette succession, attribuée à une captation, lui attira, avec Alfred de Vigny, un procès qui a duré quinze années. — Les journaux du Pas-de-Calais des premiers jours de novembre 1879 nous apprennent qu'il existe, dans le canton de Lens, à Hulluch, un centenaire, M. A. Houzot, né le 1er novembre 1779. Il est médaillé de Sainte-Hélène. Le père Houzot a encore si bon pied, si bon œil, qu'on ne lui donnerait pas plus de 70 ans. — Il y a quelques jours (janvier 1880), la population de Merville

desquels on la voit se produire étaient infiniment plus limités autrefois, et par conséquent beaucoup plus rarement soumis à l'appréciation des experts qu'ils ne le sont aujourd'hui. On n'avait étudié avec soin la simulation qu'aux points de vue suivants : 1° dispense ou réforme du service militaire; 2° mendicité ; 3° aliénation mentale; et l'on ne signalait qu'en passant les simulations essayées pour se dispenser d'une charge ou d'un service public, en même temps que celles qui peuvent avoir pour but d'obtenir un avantage quelconque, et en particulier une réparation pécuniaire de l'auteur présumé de la maladie *simulée* ou *prétextée*.

Ce n'est pas que cette dernière cause de simulation n'ait été signalée de tout temps, car le principe de la responsabilité énoncé dans les articles 1382 et suivants du Code civil, en vertu desquels chacun doit la réparation du dommage qu'il cause même involontairement, soit par lui-même, soit par ses serviteurs, soit par sa chose, a toujours été appliqué au profit de ceux dont la santé a pu être altérée à un degré ou d'une façon quelconque par l'imprudence d'autrui. Mais la réparation n'était que très rarement réclamée, et en tout cas, le chiffre de l'indemnité allouée se maintenait toujours dans des limites fort restreintes, lorsqu'il s'agissait de la faire payer par de simples particuliers dont les ressources étaient le plus souvent insuffisantes. Il n'y avait donc pas alors un grand appât pour le lucre, ni par conséquent pour le dol et la fraude. Aussi les simulations étaient-elles fort rares.

Il n'en a plus été de même lorsque, au lieu de simples particuliers, on a pu mettre en cause de grandes compagnies industrielles, des financiers dont les richesses anonymes pouvaient satisfaire toutes les convoitises. Ces convoitises n'ont plus eu de bornes lorsqu'on a vu des indemnités scandaleusement excessives être attribuées, soit par transition amiable, soit même par décision judiciaire, à des individus dont le dommage éprouvé était loin de justifier d'aussi énormes réparations. Sous le moindre prétexte, on s'est cru autorisé à réclamer des sommes considérables; puis, une fois la réclamation faite, il a fallu la justifier, soit en exagérant la gravité des symptômes d'une maladie réelle, soit en attribuant à cette maladie une autre cause que celle d'où elle procédait réellement, soit enfin en simulant tout à fait. D'où trois formes bien distinctes qui sont étudiées successivement, avec de nombreux exemples à l'appui, dans trois chapitres dans lesquels on peut ranger tous les faits de simulation en matière de réparation civile :

1° Simulation complète d'une maladie ou d'une blessure qui n'existe pas ou n'a jamais existé.

2° Exagération d'une maladie ou d'une blessure réellement constatée dans les conditions indiquées, mais n'ayant pas la gravité qu'on lui attribue. Dans certains cas, cette gravité peut s'être accrue, soit par défaut de soins convenables, soit par des manœuvres coupables entreprises dans ce but. C'est ce qu'il est du devoir de l'expert de parvenir à découvrir.

3° Attribution à une cause déterminée d'une maladie réelle, mais qui est complètement étrangère à l'action de cette cause, soit qu'elle existât antérieurement à son application, soit même qu'elle ait débuté ultérieurement. C'est là le cas le plus difficile à déterminer et qui doit exercer le plus la sagacité de l'expert.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Observation de variole développée chez un nouveau-né concurremment avec une éruption de vaccine légitime : M. d'Heilly. — Observations de ladrerie chez l'homme : MM. Rathery et Duguet. — Abcès périnéphrétique ouvert à l'aide du thermo-cautère : M. Duguet. — Rupture de la vésicule biliaire et évacuation de son contenu dans un abcès de la région lombaire : M. Constantin Paul. — Discussion sur les avantages et les inconvénients des rideaux des lits dans les hôpitaux.

A propos de la communication de M. Gérin-Roze, dans la dernière séance, relative à deux enfants atteints de varioloïde moins de quatre mois après une vaccination régulière, M. *d'Heilly* communique l'observation d'un enfant nouveau-né entré dans son service avec sa mère atteinte de variole. Cet enfant a été vacciné immédiatement avec du vaccin de génisse; l'éruption vaccinale a évolué normalement, et cependant, concurremment avec elle, une éruption variolique s'est produite le huitième jour et l'enfant a succombé le onzième jour. Peut-on conclure de ce fait que la variole a éclaté malgré la vaccine? Evidemment non, car dans ce cas l'intoxication variolique a précédé l'inoculation vaccinale et la vaccine a évolué chez un enfant en puissance de variole. Le fait intéressant dans cette observation, c'est le défaut d'influence des deux virus l'un sur l'autre, la variole n'ayant pas empêché l'évolution de la vaccine, et n'ayant subi de la part de celle-ci aucune atténuation.

— M. *Rathery* communique une observation de ladrerie chez l'homme.

Les observations de cette nature sont rares, ce qui tient à ce que les cysticerques chez l'homme sont en général isolés et passent inaperçus jusqu'à l'autopsie, où on les découvre par hasard.

Le malade de M. Rathery est entré à l'hôpital Tenon le 5 novembre 1879; c'est un homme de trente-deux ans, originaire de Bourgogne, fixé à Paris depuis 1860, ne signalant

---

(Nord) conduisait au cimetière un des rares survivants de la meurtrière expédition de Saint-Domingue, Charles-François-Joseph Daisne, né à Merville, le 15 juin 1780. (Suit dans les journaux de l'arrondissement le détail de ses services militaires.)

Citons quelques décès de centenaires à Paris.

Le 29 avril 1875, est mort, dans cette ville, à l'âge de 100 ans 11 mois et 14 jours, le comte Jean-Frédérick de Waldeck. Le comte de Waldeck a joué un certain rôle. Dans sa jeunesse, il est page de la reine Marie-Antoinette. De 1794 à 1797, il sert, sous le général Bonaparte, en Italie et en Egypte. En 1839, il fait partie d'un voyage archéologique dans l'Amérique du Nord et du Sud. A 80 ans, il suit l'amiral Levaillant dans son voyage d'exploration de l'Afrique du Sud. En 1858, il publie son *Voyage archéologique et pittoresque dans le Yucatan*. En 1863, il lithographie lui-même et publie un atlas de dessins représentant les ruines célèbres de Polenque. Au Salon de 1869, il expose deux tableaux qu'il intitule : *Les loisirs d'un centenaire*. — En juillet 1876, on enterrait, à l'âge de 104 ans, un nommé Pierre Turpin, domicilié rue d'Eylau, n° 97. Il était tombé en enfance dans les six dernières années de sa vie, et passait son temps à faire des bouchons qu'il mettait dans un sac. — Le 21 octobre 1877, un officier en retraite du nom de Duroy, âgé de 104 ans, a assisté au mariage de deux de ses arrière-petites-filles, qu'il a conduites lui-même à l'église. Au dîner, il a chanté la chanson d'usage, et ouvert le bal le soir. — D'après le correspondant parisien de la *Review* de Londres, en octobre 1877, un nommé Brogués, demeurant rue d'Orléans, n° 99, a épousé, à 101 ans, une veuve de 99 ans. — Enregistrons, par ordre de dates, le décès, le 19 janvier 1878, d'un des membres les plus distingués de l'Académie des sciences, M. Antoine Becquerel, âgé de 100 ans. Il était né, le 7 mars 1788, à Châtillon-sur-Loing (Loiret). Tout le monde connaît ses beaux travaux sur l'électricité. En juillet 1879, est mort à Paris, à l'âge de 100 ans révolus, M. Martin Saint-

rien de particulier dans son genre d'alimentation. A son entrée à l'hôpital, il se plaint de douleurs assez vives à la nuque et au dos; de plus, il porte à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une petite tumeur qui le gêne par le frottement qu'elle exerce pendant la marche sur le scrotum, et dont il demande à être débarrassé. En le découvrant, on constate qu'il porte sur toute la surface du corps des tumeurs analogues, au nombre de trente environ, nombre bien faible comparativement à celui des cysticerques du porc ladre, mais assez considérable pour l'homme. Ces tumeurs, du volume d'un noyau de cerise ou d'une petite noisette, sont situées les unes, et c'est le plus grand nombre, dans le tissu cellulaire sous-cutané; les autres, dans les couches superficielles de quelques muscles, avec cette particularité qu'elles sont notablement plus nombreuses dans la région sus-diaphragmatique du corps que dans la région sous-diaphragmatique.

Il y a deux ans environ que le malade s'est aperçu pour la première fois de leur présence; depuis cette époque, elles ne paraissent pas avoir grossi et ont toujours été absolument indolentes.

D'après l'état de santé et l'intégrité de toutes les fonctions, il est probable que ces tumeurs superficielles constituent toute la lésion et que les viscères en sont restés indemnes. Cependant M. Rathery fait quelques réserves en ce qui concerne le cerveau; le malade a éprouvé en effet, à diverses reprises, des étourdissements; il a eu, à une époque qu'il ne peut préciser, une sorte d'attaque épileptiforme; mais, depuis longtemps, ces accidents n'ont pas reparu, et aujourd'hui les seuls symptômes observés sont quelques douleurs à la nuque et parfois une sensation générale de courbature. M. Rathery a enlevé et examiné trois de ces tumeurs; deux d'entre elles contenaient un cysticerque; dans la troisième il n'y en avait pas; mais ce fait n'a rien de surprenant, car il n'est pas rare de voir les tumeurs de cette nature subir une dégénérescence granulo-graisseuse dans laquelle le cysticerque disparait. On a signalé la coexistence fréquente chez l'homme du cysticerque et du tænia. MM. Broca, Féréol, Vallin, en ont publié des observations. M. Vallin, cherchant à expliquer la coexistence de ces deux entozoaires, se demande si chez un individu porteur d'un tænia, un œuf provenant de celui-ci ne pourrait pas pénétrer dans le sang et produire une sorte d'auto-infection.

Il est fort douteux, dit M. Rathery, que cette pénétration soit possible; les œufs du tænia ne sont pas libres; en effet, pour qu'ils le deviennent, il faut que les anneaux qui les renferment soient digérés ou putréfiés; par conséquent, on ne pourrait admettre l'*auto-infection* qu'en supposant qu'un anneau ait pénétré dans l'estomac et ait été digéré.

Chez le malade de M. Rathery, la coïncidence signalée par les auteurs, du tænia et des cysticerques, semble avoir existé, cet homme a rendu, à plusieurs reprises, des matières blanches ayant la forme de rubans; l'un de ces rubans avait près d'un mètre de long et présentait, d'après la description qu'en fait le malade, tous les caractères du tænia. Cependant M. Rathery a donné à son malade des tænifuges, sans lui faire rendre d'anneaux.

— M. *Duguet* présente un malade atteint de ladrerie, comme celui de M. Rathery. Ce malade, âgé de trente ans, est entré dans le service de M. Duguet en mai dernier et y a été traité, pendant deux mois, par le salicylate de soude, d'un rhumatisme articulaire aigu. En l'examinant au point de vue du rhumatisme et sans qu'il eût attiré l'attention sur aucune autre lésion, on constata à la surface de son corps l'existence d'un grand nombre de petites tumeurs (80 environ), du volume d'une noisette, absolument indolentes, disséminées irrégulièrement sur tout le corps, aux mollets, aux cuisses, sur le ventre, sur la poitrine, sur le dos. M. Duguet fit le diagnostic de ladrerie; pour le confirmer, il enleva une de ces tumeurs et lui trouva les caractères suivants : tumeur ovulaire mesurant 2 centimètres de long sur 12 millimètres de large, constituée par une coque fibreuse adventice de 0,001 millimètre d'épaisseur, adhérente aux fibres musculaires ambiantes, et par une vésicule incluse dans cette coque, peu adhérente à sa surface interne et pourvue d'un hile au pourtour duquel s'implante la petite vésicule qui contient le cysticerque. La tête de celui-ci est pourvue de quatre ventouses et d'une trentaine de crochets. Le malade ne s'était aperçu de l'existence de ces tumeurs que six semaines environ avant son entrée à l'hôpital, et n'en souffrait nullement, de sorte qu'une fois guéri de son rhumatisme, il a quitté l'hôpital sans réclamer aucun traitement; malgré cette absence de soins, ses tumeurs ont diminué et ont disparu pour la plupart, si bien qu'aujourd'hui il n'en reste que huit ou dix sur quatre-vingts. C'est là un cas intéressant de guérison spontanée de la ladrerie.

— M. *Duguet* présente un deuxième malade guéri d'un abcès perinéphrétique par incision, à l'aide du thermo-cautère.

C'est un maçon, âgé de trente-six ans. A son entrée à l'hôpital, il se plaint d'une vive douleur au niveau du carré des lombes du côté droit; depuis quelque temps, il a perdu l'appétit, il maigrit, il a de la fièvre; en explorant la région lombaire, on constate une sensibilité très vive à la pression, mais il n'y a ni gonflement ni œdème. 15 sangsues appliquées sur le point douloureux ne procurent aucun soulagement; un purgatif, des bains répétés et prolongés, n'ont pas plus de résultat. Après quelques jours d'état stationnaire, on constate de l'œdème, de l'empâtement de la région lombaire; l'existence d'un foyer n'est plus douteuse. M. Terrier, appelé auprès du malade, pratique, à l'aide du thermo-cautère, une

---

Léon, ancien élève de l'Ecole polytechnique, ancien chef de division à la préfecture de la Seine, plus tard caissier central du chemin de fer de l'Est. Il laisse une veuve âgée de 98 ans et demi, qui jouit d'une santé excellente. — On lit dans les journaux de Paris du 20 octobre 1879, le fait suivant : « Nous avons reçu la lettre de faire part ci-après : « MM. E. Pelpel et Hartman ont le plaisir de vous faire savoir que M. François Pelpel, père de notre sieur E. Pelpel, chevalier de la Légion d'honneur, et de M. G. Pelpel, fondateur de leur établissement en 1811, né à Caen le 21 octobre 1779, vient d'accomplir aujourd'hui, dans leur maison, et en bonne santé, sa centième année. »

N'oublions pas le décès récent, à Montmartre, à l'âge de 100 ans et 14 jours, de M. Pierre Véron, qui fut, pendant plus de cinquante ans, maire de cette commune. Nous avons personnellement connu cet aimable vieillard, dont la mémoire était prodigieuse, surtout pour les choses du passé.

M. Michaud, ancien graveur général de la Monnaie, est mort, le 26 décembre 1879, à l'âge de 97 ans, dans la ville de Versailles, qu'il habitait depuis un demi-siècle.

Le docteur Verrier de Villars cite, dans son mémoire sur le *jeune âge* (Paris, 1876), l'épitaphe suivante d'un centenaire enterré au cimetière de Châlons-sur-Marne :

Ci-gît Paul, qui, docile à cet avis du sage :
« Dans tout ce que tu fais, hâte-toi lentement »,
Pour gagner l'autre monde, alla tout doucement,
Et mit cent ans entiers à faire le voyage.

Terminons par la mention du décès à Conie (Eure-et-Loir), à l'âge de 101 ans 4 mois et 18 jours, du nommé Costa, qui avait servi sous l'Empire.

Il nous reste à interroger les documents officiels de notre pays, et voici ce qu'ils nous apprennent. En 1876, le recensement de la population a fait connaître le nombre ci-après de centenaires et presque centenaires de chaque sexe :

Sexe masculin. — Agés de 95 à 100 ans : célibataires, 90;

incision de 7 centimètres de longueur immédiatement au-dessous de la dernière côte et parallèlement à cet os. Cette incision, d'une profondeur d'environ 6 centimètres, donne issue à un demi-litre de pus. Le malade a guéri promptement, sans aucune complication ; aujourd'hui il a recouvré ses forces et a repris son travail.

Par une coïncidence comme on en observe parfois dans les hôpitaux, pendant que le malade de M. Duguet était en traitement, deux autres malades atteints de la même lésion entraient à l'hôpital Saint-Antoine, l'un dans le service de M. Hayem, l'autre dans celui de M. Perrier. Ces deux malades, opérés tous deux à l'aide du thermo-cautère, ont guéri sans accidents. Il est à remarquer que le dernier, âgé de soixante-trois ans, se trouvait dans des conditions d'âge et de forces qui pouvaient faire craindre une issue moins favorable. Sous quelle influence s'est développé chez ces malades le phlegmon périnéphrétique? Chez aucune il n'y avait de lésions du rein. Pour les deux derniers, on peut admettre comme cause de la maladie l'action des grands froids de décembre auxquels ils ont été exposés, mais cette cause ne saurait être invoquée pour le malade de M. Duguet, qui, travaillant dans une pièce chauffée, n'a eu à souffrir ni du froid ni de la fatigue.

La question de l'étiologie dans ce dernier cas reste donc sans solution.

M. *Constantin Paul*, à propos du malade de M. Duguet, communique une observation d'abcès de la région lombaire dans le foyer duquel la vésicule biliaire s'est rompue et brisée. Il s'agit d'une femme entrée dans son service pour une tumeur très douloureuse de la région lombaire droite. Cette tumeur, d'abord absolument ferme, s'est ramollie peu à peu, et M. Duplay, appelé à l'examiner, l'a creusée à l'aide du thermo-cautère. Malgré l'écoulement d'une quantité de pus qu'on peut évaluer à 200 grammes, la tumeur ne s'est affaissée que très incomplètement, et l'on a pu supposer qu'il s'agissait d'un abcès contigu à une tumeur solide ; cependant la partie restée dure après l'incision a continué à se ramollir en donnant une grande quantité de pus ; puis, tout à coup, il s'est produit par l'ouverture du foyer une évacuation considérable de bile ; l'écoulement de la bile a continué pendant deux jours; le foyer s'est cicatrisé et la malade a guéri. De cette observation il résulte que la vésicule biliaire peut s'ouvrir dans un abcès de la région lombaire. On s'explique difficilement que cela soit possible ; mais le fait clinique est là, et il faudra en tenir compte, et songer, quand on se trouvera en présence d'un abcès périnéphrétique, à la possibilité d'une lésion de la vésicule.

— M. *Vallin* fait hommage à la Société d'un travail traitant de l'action de la désinfection par l'air chaud; il déclare avoir publié ce travail dans un but de propagande, pour tâcher d'obtenir l'installation dans les hôpitaux d'appareils de désinfection analogues à ceux employés avec tant d'avantage dans certains hôpitaux de Londres.

— M. *Constantin Paul* partage complètement l'avis de M. Vallin sur la nécessité d'établir dans nos hôpitaux des appareils de désinfection ; mais, en attendant qu'on obtienne ces appareils, il réclame certaines mesures hygiéniques bien simples qu'on néglige et qui cependant donneraient des résultats considérables ; il demande, en particulier, l'obligation de changer les rideaux des lits, en même temps que les objets de literie, à la sortie de chaque malade. Ce changement de rideaux, M. Constantin Paul l'a obtenu dans son service, mais il voudrait que la mesure fût généralisée.

M. *Hervieux* dit que la question des rideaux a déjà été longuement discutée, qu'on a signalé leurs inconvénients, et qu'à la Maternité on s'est décidé à les supprimer. Au moment où la question de la suppression lui a été soumise, M. Hervieux reconnaît avoir fait quelques objections ; il a signalé les inconvénients de cette mesure dans les salles de la Maternité en particulier, exclusivement destinées à des femmes que leur situation met dans la nécessité d'être fréquemment découvertes ; mais aujourd'hui que la mesure est prise et a pu être jugée, il en reconnaît les avantages ; aussi déclare-t-il que si l'on doit poser la question administrativement, c'est la suppression qu'il faut réclamer.

M. *Hillairet* fait remarquer combien le changement de rideaux serait dfficile et quelle complication de frais de blanchissage et autres il entraînerait pour l'Assistance publique.

M. *Besnier* dit que, tout en conservant les rideaux et sans les soumettre à des blanchissages trop fréquents, on pourrait leur enlever toute influence nuisible comme réceptacles d'éléments de contage, en les passant à l'étuve à chaque changement de malade ; pour cela, il faudrait avoir les appareils réclamés avec tant de raison par M. Vallin.

M. *H. Gueneau de Mussy* est partisan de la suppression des rideaux ; en Angleterre, dit-il, où les femmes poussent presque à l'excès les sentiments de pudeur, il n'y a pas de rideaux aux lits et les malades n'en sont nullement gênées; on emploie, quand il est nécessaire de les découvrir, des paravents mobiles qui sont très commodes et suffisent pour les isoler convenablement.

Pour M. *Ferrand*, la gêne que peuvent causer à une femme les regards de ses voisines n'est, en présence des graves intérêts de l'hygiène, qu'une question assez secondaire ; mais il est une considération plus sérieuse en faveur de la conservation des rideaux : c'est la nécessité de cacher aux regards des

---

mariés, 142; veufs, 525. Total, 757. — De 100 ans et plus : célibataires, 5; mariés, 3; veufs, 40. Total, 48.

Sexe féminin. — Agées de 95 à 100 ans : célibataires, 311; mariées, 161 ; veuves, 1384. Total, 1856. — De 100 ans et plus : célibataires, 22; mariées, 10; veuves, 114. Total, 146.

Ainsi, en décembre 1876, vivaient en France, *d'après leurs déclarations*, 2807 personnes âgées de 95 à 100 ans et au-dessus, dont 194 centenaires et supracentenaires. Dans cette dernière catégorie, les hommes figuraient pour 48 et les femmes pour 146. C'est 1 centenaire homme pour 382 790 habitants du même sexe, et 1 centenaire femme pour 126 932; pour la population totale, 1 sur 232 112.

Rappelons que, dans l'ancien duché de Bourgogne, en 1786, on avait recensé 1 centenaire pour 50274 habitants. Le nombre des grands vieillards aurait-il réellement diminué, comme le prétend le docteur Vacher, en même temps que la durée moyenne de la vie se serait accrue?

Si nous consultons, non plus les recensements, mais les tables mortuaires de notre pays, nous trouvons, pour la période — assez anormale — 1866-73 (moins l'Alsace-Lorraine et moins la Seine en 1870), 729 centenaires sur un total de 7 409 776 décès, soit 1 pour 10 164. La classification des décès par âge n'étant pas identique pour les années antérieures, nous ne pouvons les prendre comme terme de comparaison. Mais nous devons faire remarquer que si, au lieu des décès de 100 ans révolus, nous considérons la catégorie de 90 à 100, nous avons le chiffre, relativement énorme, de 40 568 quasi centenaires, soit 1 sur 182 décès. Nous verrons plus loin quelle est la valeur de ce rapport, rapproché de celui que fournissent un certain nombre d'autres pays.

A. Legoyt.

(*A suivre.*)

voisins le spectacle si émouvant pour eux de l'agonie des mourants.

M. *Labbé* signale l'utilité des rideaux comme moyens de protection contre le froid et les courants d'air, au moment où l'on ouvre les fenêtres des salles.

Dr Bellon.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Cure des fistules vésico-vaginales par la suture métallique combinée avec la réunion immédiate secondaire. — Luxation sous-conjonctivale traumatique du cristallin. — La métallothérapie en chirurgie. — Modifications apportées à l'écraseur linéaire de Chassaignac.

M. *Verneuil* a abandonné depuis trois ans le procédé américain pour la cure des fistules vésico-vaginales; il pratique la cautérisation et la suture métallique. La méthode de Bosmann n'est pas sans difficulté dans son application, et elle offre des dangers réels. 12 fois sur 100 opérations, M. Verneuil a été très gêné par l'hémorrhagie; en outre, l'avivement, augmentant l'étendue de la fistule, nécessite un plus grand nombre de points de suture; chaque point de suture demandant environ dix minutes pour être placé, on voit que la durée de l'opération est augmentée notablement. C'est pour éviter cet inconvénient que M. Verneuil a adopté ce qu'il appelle la méthode italiano-belge, cette méthode ayant été remise en honneur par les chirurgiens belges et italiens.

M. Verneuil reçut dans son service une jeune femme opérée deux fois par M. Delens; la fistule restait large; une seule cautérisation avec le thermo-cautère suffit pour amener la guérison. M. Verneuil pensa alors à appliquer ce procédé sur des sujets cachectiques. C'est ainsi qu'une femme atteinte d'impaludisme fut guérie de sa fistule vésico-vaginale après une cautérisation au thermo-cautère et l'application de quelques points de suture.

Mais le thermo-cautère produit des escharres plus ou moins épaisses; M. Verneuil lui préfère maintenant une baguette de bois trempée dans l'acide sulfurique; il n'applique les points de suture que lorsque les granulations ont une tendance invincible à se réunir. Aussi il faut toucher les lèvres de la fistule plusieurs fois, et détruire l'épithélium. Cependant, s'il reste peu d'épithélium, on peut l'enlever avec un grattoir immédiatement avant de poser les points de suture. On n'est pas gêné par le sang, ce qui est important, et on diminue la durée de l'opération.

M. Verneuil a dans son service une malade qui avait une fistule de 4 centimètres de diamètre; il fit une cautérisation au thermo-cautère et appliqua plus tard cinq points de suture; cette application dura vingt minutes. Guérison sans accidents. M. Verneuil considère ce mode d'opérer comme le meilleur et le plus simple.

Il y a une autre considération à faire valoir en faveur de ce procédé. M. Verneuil reçut, il y a deux ans, une femme opérée trois fois en province : il restait une petite fistule. Opération par le procédé Bosmann; guérison apparente. Cependant l'urine coulait toujours; il y avait, en effet, une autre petite fistule; nouvelle opération, qui échoua cette fois. Avant de recommencer l'opération, il fallait attendre plusieurs mois; la malade ne pouvait prolonger son séjour à Paris. M. Verneuil fit un nouvel avivement avec un grattoir, il sutura et la guérison fut complète.

Avec quelque soin que l'on avive, on fait parfois une perte de substance plus considérable qu'on ne voudrait; avec l'acide sulfurique, cela n'est pas à craindre. Ce procédé n'est pas applicable à tous les cas; mais pour peu que la fistule soit profonde et les lèvres épaisses, on réussit mieux qu'avec les autres procédés.

M. *Périer* a employé ce procédé pour une fistule recto-vaginale; il obtint une réunion presque complète dès la première opération.

M. *Th. Anger*. Chez une femme guérie d'une fistule vésico vaginale, un des fils de la suture avait été l'occasion d'une fistulette qui ne se fermait pas. La cautérisation ne donna aucun résultat; la réunion immédiate secondaire échoua également. Il fallut une opération complète pour amener la guérison.

— M. *Fleury* (de Clermont) adresse à la Société une observation de luxation sous-conjonctivale du cristallin, suite d'un traumatisme (coup de corne de vache).

Au dessus de la cornée, on voyait une tumeur molle, jaunâtre, formée par le cristallin; une incision avec le bistouri donna issue à la lentille.

M. *Després*. Un travail a été fait par M. Fano sur ce sujet; Jarjavay en a publié deux observations; M. Després en a vu un cas.

M. *Tillaux* a présenté à la Société, il y a douze ans, un malade atteint de luxation sous-conjonctivale du cristallin.

— M. *Burq* lit un travail sur la métallothérapie en chirurgie. Voici les conclusions de ce travail :

Un diabétique à opérer étant donné (et je pourrais en dire tout autant d'un anémique ou d'un chlorotique), rechercher tout d'abord quelle est sa sensibilité métalliquo à l'aide des moyens aujourd'hui connus.

Le métal auquel le malade est sensible une fois trouvé, le lui administrer jusqu'à ce qu'on soit arrivé à ramener vers l'état normal la chaleur, la circulation capillaire, la sensibilité périphérique, ainsi que les forces musculaires, qui, comme dans la chlorose, sont toujours plus ou moins atteintes dans le diabète (nous nous en sommes assuré à Vichy même, en 1871-1872), et ne procéder qu'alors seulement à l'opération, quelle qu'elle soit, si, bien entendu, rien ne presse.

Nous n'avons dans la question aucune expérience personnelle, ni compétence, et l'observation que nous venons de rapporter, étant unique en son genre, ne saurait non plus nous autoriser à nous départir d'une réserve extrême; mais, par induction, nous nous croyons autorisé à dire que, plus le thermomètre, l'esthésiomètre et le dynamomètre auront fourni des cotes se rapprochant de la normale, plus les piqûres faites vers les extrémités deviendront rapidement sanglantes, plus alors les résultats de l'opération seront assurés et moins ils se feront attendre.

(Commission : MM. Verneuil, Nicaise, Berger.)

—M. *Després* (de Saint-Quentin), frappé des imperfections de l'écraseur de Chassaignac quand il s'agit de placer la chaîne dans cavités profondes, a pris pour modèle le serre-nœud de Levret. Il a rendu les deux branches de l'écraseur indépendantes; on les réunit dans une gaîne quand la tumeur est entourée par la chaîne.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Action de l'eau-de-vie et du vin sur la digestion : M. Leven. — Hémiopie chromatique homonyme : M. Galezowski. — Affaiblissement du tonus musculaire comme cause de l'incoordination des mouvements dans l'ataxie : MM. Debove et Boudet de Pârie. — Appareil pour comprimer les nerfs par un poids graduellement croissant : M. François-Franck. — Recherches sur les nerfs qui président à la fonction glycogénique du foie : M. Laffont. — Du bisulfite de soude comme réactif pour doser les albuminoïdes du sang, et des peptones dans le sang après les grandes hémorrhagies : M. d'Arsonval. — Action des bains très froids sur l'excrétion de l'azote et du phosphore : MM. Lépine et Flavard.

M. *Leven* communique le résultat de plusieurs expériences relatives à l'action de l'eau-de-vie et du vin sur les organes et les fonctions de la digestion. Des chiens auxquels on faisait faire des repas composés de 200 grammes de viande, et auxquels on ingérait des quantités variables de ces liquides, étaient sacrifiés au bout de cinq heures trois quarts. Lorsqu'ils avaient pris 75 grammes d'eau-de-vie ou 300 grammes de vin, on trouvait les parois de l'estomac congestionnées; la masse alimentaire n'avait pas subi de digestion appréciable et baignait dans un liquide abondant, clair, très légèrement acide et sans propriétés digestives. En outre, les tuniques sous-muqueuses ont paru dans ces cas imprégnées de pepsine. Au contraire, lorsque les animaux n'avaient avalé que 25 grammes d'eau-de-vie ou 150 grammes de vin, les aliments semblaient avoir subi des modifications beaucoup plus avancées que les expériences comparatives où il y avait eu privation complète de boissons alcooliques. L'eau-de-vie et le vin à doses modérées favorisent donc le travail digestif; à doses trop fortes, ils déterminent des congestions de l'estomac : d'où leurs inconvénients chez les dyspeptiques.

— M. *Galezowski* cite l'observation d'un malade syphilitique depuis vingt ans, atteint successivement d'une hémiplégie gauche, puis d'une hémiplégie droite, et qui actuellement a perdu la vision des couleurs, sauf celle du bleu, dans les moitiés internes des champs visuels de ses deux yeux. M. *Poncet* fait observer que ce malade ayant été deux fois hémiplégique, deux lésions latérales symétriques peuvent expliquer cette variété d'hémiopie, qui pourrait paraître en dehors de cette circonstance difficilement explicable.

— Au nom de MM. *Debove* et *Boudet de Pâris*, M. Franck fait connaître des recherches nouvelles sur l'ataxie locomotrice. L'incoordination des mouvements est attribuée par ces observateurs à l'inégalité du tonus des muscles qui entrent en jeu. Cette inégalité est démontrée : 1° par la palpation, qui fait reconnaître, par exemple, chez un ataxique, la moindre résistance des muscles de la cuisse comparés à ceux du mollet; 2° par l'auscultation microphonique, qui démontre l'affaiblissement du bruit musculaire coïncidant avec cette mollesse relative; 3° par l'augmentation du *temps perdu* dans les muscles dont la tonicité est affaiblie.

— M. *François-Franck.* L'appareil que je présente à la Société a pour but de soumettre les troncs nerveux à des compressions graduelles d'une valeur connue, tout en permettant de varier la surface d'application de l'organe compresseur. Le nerf mis à nu repose sur petite plaque métallique recouverte de caoutchouc durci; on laisse arriver sur sa portion libre une lame mousse équilibrée par un contre-poids et qui le touche sans le comprimer. Sur le dos de cette lame vient appuyer un levier également équilibré par un contre-poids, mais qui supporte une petite ampoule de verre soufflé où l'on fait arriver sans secousses des charges croissantes de mercure. Le mercure est contenu dans un tube gradué terminé par un tube en caoutchouc très fin muni d'un robinet, de façon à ce qu'on puisse limiter à volonté l'écoulement du liquide. On fait à chaque réouverture du robinet arriver dans l'ampoule 1/2 centimètre cube de mercure, c'est-à-dire un peu plus de 6 grammes, qui représenteront au niveau du nerf un poids beaucoup plus considérable, en raison de la longueur du bras de levier.

L'excitabilité du nerf est explorée à l'aide de courants induits appliqués au-dessus du point comprimé. Un cylindre faisant un tour toutes les 10 secondes enregistre les secousses musculaires provoquées par cette excitation, la rotation qui l'anime étant utilisée pour ouvrir le courant une fois par tour. Dans l'intervalle de deux excitations on augmente la charge de compression. Chez un même animal, la conductibilité cesse pour les nerfs sciatiques et pneumogastriques, quand le poids compresseur atteint un poids déterminé : 840 grammes chez le chien, 660 grammes chez le lapin. Chez le chien la conductibilité du sympathique paraît s'arrêter à 640 grammes. Ces résultats, que je donne ici à titre d'exemples et à l'appui de la présentation de l'appareil, varient avec l'étendue de la surface comprimante; ils s'appliquent au cas d'une lame mousse très étroite, agissant sur le nerf à la façon d'un fil à ligature ordinaire. Lorsque la compression est suspendue, la conductibilité reparaît assez vite dans le nerf. M. Franck poursuivra ultérieurement ces recherches : il se borne à indiquer les premiers résultats obtenus, et à constater qu'avec l'appareil qu'il présente il a pu expérimenter dans des conditions plus favorables que ne l'avait fait M. Weir-Mitchell avec un tube vertical contenant du mercure et fermé en bas par une membrane de caoutchouc.

— M. *Laffont.* La sécrétion du sucre par le foie, comme l'a démontré Claude Bernard, se produit sous l'influence d'un réflexe dont les voies centripètes suivent le pneumogastrique, et les voies centrifuges passent par le segment de la moelle compris entre la sixième cervicale et la première paire dorsale. En effet, la section de la moelle à ce niveau supprime les effets habituels de la piqûre du quatrième ventricule sur la fonction glycogénique. Dans le pneumogastrique, M. Laffont a reconnu que l'excitation du bout central du nerf dépresseur de Cyon déterminait l'exagération de la sécrétion sucrée au même titre que l'excitation du pneumogastrique lui-même. Dans les voies centrifuges, il a constaté le rôle important de la première paire dorsale, dont la section suspend la fabrication du sucre par le foie alors même qu'on excite le nerf dépresseur. La première paire dorsale, comme l'avait prévu Cl. Bernard, agit comme un nerf vaso-dilatateur; car l'excitation de son bout périphérique amène un abaissement de la tension artérielle dans l'abdomen.

— M. *d'Arsonval.* Le bisulfate de soude en solution saturée précipite les matières albuminoïdes du sang coagulables par la chaleur, mais non les albuminoïdes que la chaleur ne coagule pas, c'est-à-dire les peptones. C'est un réactif propre à doser ces deux ordres de substances. Quelques heures après de grandes hémorrhagies, faites expérimentalement chez un chien, on peut constater, grâce au bisulfate, que le sang de l'animal est beaucoup plus riche en peptones qu'à l'état normal. De plus, le sérum semble posséder les propriétés spéciales aux sucs digestifs : il change l'amidon en glycose, l'albumine de l'œuf en peptone; il intervertit le sucre de canne; il contient donc à ce moment des ferments sur la recherche desquels M. d'Arsonval fera de prochaines communications.

— MM. *Lépine* et *Flavard* font remettre une note relative à l'action des bains à très basse température sur l'excrétion de l'azote et du phosphore. Les expériences ont été faites sur un chien soumis à l'inanition et plongé dans de l'eau à 4 ou à 2 degrés. Chaque immersion durait un quart d'heure. L'acide phosphorique et l'urée, recherchés dans l'urine, y ont été trouvés en quantités relativement considérables. Le premier était en proportion double de l'état normal; la seconde en proportion plus grande encore.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Du coma diabétique, par M. Quincke. — Observation de diabète remarquable, au point de vue étiologique, par la disposition héréditaire; au point de vue anatomique, par une sclérose diffuse des hémisphères cérébraux; au point de vue symptomatique, par l'apparition de phénomènes nerveux graves, accompagnés de dyspnée (auxquels Kussmaul a donné le nom de *coma diabeticum*). On suppose que cette névropathie est due à l'action de l'acétone circulant dans le sang, et, en effet, l'urine contenait peu de sucre, tandis qu'elle prenait une teinte rouge sombre (vin de Bourgogne) par l'addition d'un peu de perchlorure de fer. D'autres incriminent l'éther acétique. Quincke penche vers cette dernière opinion. Dans des expériences faites sur des chiens avec l'éther acétique, il a pu reproduire quelques-uns des symptômes observés chez sa malade. « En somme, dit-il, pour le coma diabétique comme pour l'urémie, le tableau symptomatique est changeant, ce qui tient, sans doute, à ce que, dans les deux cas, plusieurs substances toxiques peuvent agir isolément ou combinées. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 1.)

De l'emploi de l'acide sclérotinique, par M. Stumpf. — Ce corps, qui serait, d'après Draggendorf, la substance active de l'ergot de seigle, a été expérimenté sur une assez vaste échelle à la clinique de Munich, et a donné de bons résultats dans les hémorrhagies de toute nature. Il s'emploie en injection hypodermique, ou en potions quand on n'est pas pressé. La dose varie de 2 à 5 décigrammes. Malheureusement il est très instable, et l'injection hypodermique provoque dans la moitié des cas des tuméfactions douloureuses ou des abcès. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV.)

Traitement chirurgical des prolapsus du vagin et de la matrice, par M. H. Lossen. — Combinaison de la kolporrhaphie antérieure et postérieure exécutées en une séance. Neuf observations sommaires. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 40.)

Du sort de l'ammoniaque dans l'organisme des diabétiques, par M. Adamkiewicz. — L'ammoniaque, qui ne fait guère que traverser l'organisme sain et reparaît en grande partie dans les urines, disparaît, au contraire, avec rapidité chez le diabétique. En même temps, la quantité de sucre diminue au point de disparaître entièrement. Ce fait intéressant pourrait être le point de départ d'un traitement rationnel de la glycosurie. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVI.)

La morve aigue chez l'homme, par M. Mosler. — Relation d'un cas observé à la clinique de Greifswald, remarquable par l'absence complète du jetage nasal. Transmission de l'affection à un infirmier. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV.)

De l'acide hippurique dans l'organisme, par M. Lœbisch. — L'auteur admet l'action du sulfate de soude comme antidote de l'acide phénique. Pour reconnaître l'existence d'une intoxication phénique, il recommande de traiter l'urine par le chlorure de barium, pour mettre les sulfates en évidence. Si les sulfates ont disparu, on peut en conclure qu'effectivement l'acide phénique circule dans le sang. (*Wien. med. Presse*, 1879, n°s 50-52.)

Hernie congénitale étranglée dans un diverticulum péritonéal, par M. Wolberg. — L'intérêt de cette observation consiste dans ce fait que le diverticulum siégeait entre la peau et les muscles de l'abdomen, tandis que dans les cas de ce genre publiés jusqu'ici (21 cas environ), il existait entre le péritoine et le *fascia iliaca*. L'anomalie avait été reconnue pendant l'opération, mais il n'était venu à l'idée de personne qu'elle pût être tellement superficielle. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 46.)

La cure radicale des hernies, par M. Socin. — Opération pratiquée dix-sept fois. Extirpation du sac, avec ou sans suture de l'ouverture interne du canal : méthode antiseptique. « Avec cette méthode, ces opérations sont sans danger. » Les hernies crurales sont plus faciles à opérer et les résultats sont plus durables; dans les hernies inguinales, le cordon spermatique est un obstacle réel à la guérison, et les anciens herniotomistes avaient vu clair en prescrivant de toujours l'enlever. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXIV, p. 391.)

De l'inertie utérine, par M. Braun. — Surtout au point de vue du traitement. L'auteur passe en revue toutes les méthodes employées et se montre particulièrement sévère pour les meilleures : le seigle ergoté, « dont on peut toujours se passer »; l'expression utérine, « qui ne donne aucun résultat », etc., etc. (*Wien. med. Presse*, 1880, n°s 1-2.)

Traitement de l'alopécie, par M. Ellinger. — L'alopécie frontale, si commune de nos jours, serait due au lavage habituel de la tête à l'eau froide. L'eau forme avec les plaques épidermiques de la matière sébacée une émulsion qui reste à la base des poils, se sèche et finit par comprimer le cheveu au point de le faire tomber. Quand l'alopécie a son point de départ dans la nuque, elle tient à la position forcée qu'une mode bête fait donner tous les jours aux cheveux ramenés de chaque côté vers les oreilles et maintenus à grand renfort de pommades. Il faut éviter les lavages trop répétés de la tête, ou du moins essuyer avec le plus grand soin les cheveux, porter les cheveux courts et préférer à la brosse les frictions de sable fin pour les nettoyer. (*Virchow's Archiv*, t. LVII.)

BIBLIOGRAPHIE

Maladies des voies digestives, par le docteur Damaschino, 1 vol. in-8°. Paris, 1880. Germer Baillière.

M. Damaschino, alors qu'il remplaçait à la Faculté, en 1874, M. le professeur Axenfeld, a pris pour sujet de ses leçons les maladies des voies digestives. Ces leçons, recueillies par un de ses internes, M. Letulle, et revues avec soin par l'auteur, forment le livre qu'il offre aujourd'hui au public médical. Un travail de ce genre n'a pas, comme l'auteur le fait remarquer lui-même, le cachet attrayant d'une œuvre originale et choisie. Ce qu'on peut demander en pareil cas, c'est un traité complet de la matière, exposant fidèlement l'état de la science, une critique éclairée des différents travaux publiés sur les différents sujets, qu'on doit traiter; un livre didacdique, en un mot. Ce programme a été scrupuleusement rempli.

M. Damaschino a suivi dans ses descriptions l'ordre anatomique, c'est-à-dire la marche la plus logique et la plus simple. Toutefois, les difficultés ne lui ont pas manqué, et dès le début il s'est trouvé en présence de l'étude des angines, sorte de terrain mixte commun aux maladies des voies respiratoires, aux fièvres éruptives, à certaines diathèses, etc. Il est difficile en effet de décrire l'angine scarlatineuse, rubéolique, varioleuse, syphilitique, en dehors de ces maladies dont elles font essentiellement partie ; et d'un autre côté, les phénomènes angineux acquièrent souvent en pareil cas une importance telle, qu'on ne peut faire l'histoire des angines sans les mentionner, au point de vue des troubles qu'elles peuvent apporter dans l'accomplissement des fonctions digestives. C'est affaire de mesure. L'auteur a dû passer en revue les différentes sortes d'angines : catarrhales, phlegmoneuses, herpétiques, etc. L'histoire de l'angine diphthéritique réclamait naturellement des développements particuliers en raison de sa gravité et des symptômes éloignés : paralysie, albuminurie, qu'elle peut provoquer. On sait avec quel succès M. Damaschino s'est occupé des maladies infantiles, et ce sujet lui était essentiellement familier. Les trois chapitres consacrés à l'angine diphthéritique sont des plus intéressants, et abondent en considérations cliniques dont le lecteur appréciera l'importance.

En abordant l'étude des maladies proprement dites de l'estomac, l'auteur signale l'embarras dans lequel il s'est trouvé en présence de certains états pathologiques communs à plusieurs de ces maladies, états le plus ordinairement secondaires ; mais offrant, quelle que soit leur cause, un ensemble de symptomes qui leur créent une sorte d'individualité, de telle sorte qu'il est difficile de ne pas leur consacrer une description particulière. On sait combien l'existence de la

dyspepsie, telle qu'on la comprenait il y a vingt ans, est aujourd'hui discutée. Là où on ne voyait qu'un trouble fonctionnel sympathique, une sorte de névrose, on s'efforce aujourd'hui de trouver des lésions bien déterminées et on revient franchement aux idées de Broussais qui rapportait à l'inflammation tous les symptômes dyspepsiques.

Pour M. Damaschino, la dyspepsie n'est pas une entité morbide. C'est un symptôme qu'on peut rencontrer dans les maladies d'estomac et dans beaucoup d'autres. Les lésions qu'on a voulu lui attribuer se rapportent à la gastrite aiguë ou chronique, au catarrhe de l'estomac. Les causes de la dyspepsie envisagées à ce point de vue sont innombrables. On peut dire que tout désordre un peu sérieux de l'organisme détermine la dyspepsie ; et si on admet dans son étiologie, comme il est naturel, la plupart des maladies chroniques, quel que soit leur siège, nous ne voyons pas pourquoi on ne décrirait pas la dyspepsie des maladies aigues, fièvres ou phlegmasies, dans le début desquelles elle intervient constamment et se manifeste avec des symptômes qui ne permettent pas de la confondre avec l'embarras gastrique proprement dit. Le docteur Beau, qui avait étendu plus que tout autre le champ de la dyspepsie, avait fini par en faire le substratum presque nécessaire de tout état morbide. C'était, pour lui, le préliminaire indispensable de toutes les maladies aiguës ou chroniques. Malheureusement il était difficile de savoir si la dyspepsie n'étant pas elle-même le premier symptôme de ces maladies. Nous croyons cependant qu'il existe une véritable dyspepsie dont la durée peut être indéterminée, qui s'allie ou non à d'autres états morbides dont elle est d'ailleurs parfaitement indépendante, et qui n'est caractérisée par aucune lésion de tissu bien déterminée jusqu'à présent. Ce serait une simple névrose de l'estomac et, en dehors d'elle, la plupart de ces dyspepsies généralement décrites devraient être rapportées à des états inflammatoires aigus ou chroniques de l'estomac, caractérisés par des lésions de la muqueuse ou de l'appareil glandulaire. On l'appelle, si on veut, dyspepsie essentielle, quitte à ne voir avec M Lasègue, dans cette dénomination, qu'une preuve de notre ignorance sur ses véritables causes.

Après avoir passé en revue les différentes maladies de l'estomac, M. Damaschino étudie les affections intestinales. Nous signalerons particulièrement un chapitre très complet sur l'occlusion et ses nombreuses causes. L'auteur insiste avec raison sur les différences que la maladie peut présenter dans sa marche et dans sa durée. Nous avons eu occasion d'observer plusieurs cas d'obstruction intestinale fort différents dans leur évolution ; les uns se terminant en quelques jours ; les autres procédant par accès d'étranglement des plus violents, séparés par des intervalles de calme pouvant faire croire à la guérison. Nous croyons qu'il y aurait avantage à distinguer avec plus d'insistance qu'on ne le fait habituellement les occlusions intestinales complètes ou incomplètes. Tandis que les brides, les enroulements, les étranglements, internes déterminent ordinairemnut des occlusions à marche rapide, nous voyons au contraire les invaginations, les tumeurs, amener des occlusions moins violentes, plus accessibles au traitement, laissant plus d'espoir de guérison.

Nous ne voudrions pas terminer cette rapide analyse du livre de M. Damaschino sans insister sur les qualités particulières qui nous ont frappé dans ces différentes leçons. Les descriptions y sont toujours nettes et claires, remarquables par la sobriété des détails, la mise en valeur des faits principaux, le soin avec lequel sont évitées les discussions inutiles. C'est un véritable ouvrage didactique où l'érudition ne se traduit que par la façon précise avec laquelle sont formulées les conclusions de l'auteur. Point d'hésitations embarrassantes pour l'élève, et c'est ce qu'il faut en pareille matière.

Blachez.

Index bibliographique.

Thérapeutique médicale, par M. le docteur S. Quissac. 1 vol. in-8 de 420 pages. — Paris, 1879. J. B. Baillière et fils.

Nous n'aurions pas cru jusqu'à ce jour qu'il y eût encore un médecin, certainement instruit, puisqu'il porte le titre d'agrégé d'une grande Faculté, qui pût repousser absolument les moyens d'investigation moderne. Si nous repoussons la doctrine de ceux qui veulent ne plus avoir recours qu'aux instruments, et prétendent que tout le diagnostic repose sur leur emploi, nous reconnaissons que presque jamais ces moyens de recherches ne suffisent pour établir un diagnostic précis. Mais nous ajoutons hardiment que, dans mainte circonstance, leur emploi lève tous les doutes et détermine letraitement. Or M. Quissac n'en admet même pas l'usage. Son ouvrage de thérapeutique, basé sur de telles théories, reste bien souvent dans le vague. Pour qu'on ne puisse nous taxer d'exagération, nous reproduisons le texte de ses conclusions : « La thérapeutique ne peut être comprise que tout autant que l'on donne à la pathologie les bases sans lesquelles il n'y a pas de médecine possible, bases qui ne sont autres que l'*affection* et la *maladie*. Et ce ne sera point dans les laboratoires, pour si bien outillés qu'ils soient, qu'on trouvera les éléments nécessaires pour arriver à la détermination des états morbides. L'hippocratisme ne saurait voir dans les moyens physiques ou chimiques (microscope, thermomètre, sphygmographe, hématomètre, etc.), si haut prônés par la médecine moderne, que des moyens généralement inutiles (parfois trompeurs, dangereux) quand il s'agit de médecine pratique.

VARIÉTÉS

Les spécialités pharmaceutiques.

Ce n'est pas seulement en France que la question des médicaments secrets et nouveaux et celle de la vente des spécialités pharmaceutiques préoccupent l'opinion. Nous trouvons en effet, dans la *Gazette hebdomadaire de pharmacie suisse* (n[os] 49 à 52), une série d'articles dus à M. Huber (de Bâle) qui, reproduisant et commentant les considérations que nous avons développées sur ce sujet, précisent les dénominations de *remèdes secrets* et de *spécialités pharmaceutiques*, et établissent ce que paraissent désirer les médecins et les pharmaciens suisses. Nous aurons sans doute à revenir sur ce sujet lorsque s'ouvrira devant la haute assemblée fédérale la discussion du message qui vient de lui être adressé et qui est signé par MM. Hammer, président, et Schiess, chancelier du Conseil fédéral suisse. Nous nous bornerons donc à reproduire aujourd'hui les principaux articles de ce projet de *Loi fédérale concernant l'annonce et la vente des médicaments dits secrets, des produits similaires patentés et des spécialités pharmaceutiques;* puis nous résumerons très brièvement les arguments développés dans l'exposé des motifs qui le précède.

Voici les principaux articles du projet de loi :

Article premier. — La vente et l'annonce de toutes les substances médicales connues sous les noms de remèdes secrets, médicaments patentés et spécialités pharmaceutiques, comme en général de tous les produits médicaux affectant une forme ou un emballage spécial, accompagnés ou non de l'indication de leur composition, sont placées, dans toute l'étendue de la Confédération, sous la surveillance des autorités fédérales et cantonales.

Art. 2. — L'annonce et la vente des remèdes dits secrets, spécialités pharmaceutiques, etc., sont interdits dans les cas suivants : *a*. Lorsque ces préparations contiennent des poisons ou des substances toxiques, dont l'usage, sans contrôle, pourrait nuire à la santé et provoquer des cas d'empoisonnement. — *b*. Lorsque le prix de vente de ces substances n'est point en relation avec leur valeur réelle, de sorte qu'on doive admettre qu'il ne s'agit que

d'une exploitation du public. — *c.* Lorsque les annonces sont de nature à porter atteinte à la moralité publique. — *d.* Lorsque ces substances sont offertes comme un remède contre les maladies contagieuses.

Sont assimilés aux remèdes secrets les brochures ou imprimés recommandant des remèdes secrets ou des traitements spéciaux, en tant qu'ils rentrent dans la catégorie de ceux dont la vente est interdite dans l'intérêt public, en raison de l'un ou de l'autre des motifs énumérés dans les lettres *a*, *b*, *c*, *d* ci-dessus.

Art. 3. — La vente en détail de toutes les spécialités médico-pharmaceutiques indiquées dans l'article 1er et non prohibées par l'autorité compétente ne peut avoir lieu que dans les officines placées sous la surveillance des autorités sanitaires cantonales, c'est-à-dire dans les pharmacies publiques et, dans la mesure admise par les règlements cantonaux, dans les pharmacies privées des médecins et des vétérinaires.

Il peut être fait une exception à la règle ci-dessus en faveur des préparations hygiéniques et alimentaires et des cosmétiques qui, sous tous les autres rapports, peuvent également être soumis, par l'autorité compétente, aux dispositions de la présente loi, en tant que cela paraît nécessaire dans l'intérêt de la santé publique.

Art. 6. — Les contraventions aux prescriptions prohibitives entrées en vigueur seront punies, par les autorités cantonales compétentes, administratives ou judiciaires, d'une amende de 20 fr. jusqu'à 200 fr. La confiscation de l'article prohibé sera prononcée conjointement avec l'amende. L'éditeur d'un journal est responsable des annonces publiées dans sa feuille. Le tout sans préjudice des dispositions des lois civiles et pénales des cantons, concernant les lésions corporelles, les dommages causés à la santé, les fraudes, etc.

L'exposé des motifs de ce projet de loi fait ressortir énergiquement son importance. « Si nous jugeons nécessaire, y est-il dit, de contrôler, au moyen de la loi sur les fabriques, l'industrie vraie et saine qui fait venir des pays les plus éloignés les matières premières nécessaires à la vie et à son comfort, combien plus encore avons-nous le devoir de surveiller une industrie malsaine, la fabrication de médicaments secrets, industrie qui, considérée au point de vue sanitaire aussi bien qu'à celui de l'économie nationale, constitue un dommage public! L'industrie des médicaments secrets est une puissance qui effraye tous ceux qui en ont pénétré les ressorts. La France exporte annuellement pour 105 millions de francs de ces « spécialités »; l'Angleterre encaisse annuellement aussi 60 à 70 000 livres sterling pour patentes délivrées de ce chef; en 1878, il a été introduit en Suisse, de France, d'Allemagne et d'Italie, 1505 quintaux métriques de médicaments secrets et produits pharmaceutiques tout préparés. Ce qui représente un prix d'achat de 900 000 francs à 1 million et une valeur vénale de 1500 à 1 800 000 francs. D'après un tableau dressé par Richter et qui contient 938 analyses, 22 pour 100 des médicaments secrets sont vénéneux, 25 pour 100 peuvent devenir dangereux, 52 pour 100 ne contiennent que des médicaments inoffensifs, mais qui sont cotés à un prix infiniment supérieur à leur valeur réelle.

C'est en s'appuyant sur des arguments sérieux que le Conseil fédéral suisse a soumis aux délibérations de l'Assemblée un projet de loi basé sur le système de répression. Nous suivrons avec intérêt la discussion de ce projet de loi, et nous nous attacherons, s'il y a lieu, quand le moment sera venu, c'est-à-dire au mois de juin prochain, à en discuter les divers articles.

En même temps que nous était adressé ce *projet de loi*, nous recevions communication d'une *pétition adressée au Sénat et à la Chambre des députés par les réunions médicales et pharmaceutiques de Marseille et concernant les réformes à apporter aux lois et règlements qui régissent la médecine et la pharmacie.* Cette pétition a surtout pour objet de discuter les lois qui régissent l'exercice de la médecine. Elle conclut à la suppression du titre d'officier de santé, mais avec certains ménagements pour ceux d'entre eux qui auraient sept années d'exercice ou qui seraient lauréats de l'Institut ou de l'Académie de médecine. Elle s'occupe de l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers, de l'exercice illégal de la médecine, de la condition des médecins experts devant les tribunaux, etc. Elle propose enfin l'institution de conseils de discipline chargés d'appliquer des peines disciplinaires contre les médecins qui auraient été infidèles aux lois de l'honneur. Nous craignons bien que la pétition de nos confrères marseillais ne puisse aboutir au moins à présent à un résultat pratique. On ne saurait, pour le moment, toucher à cette question de l'exercice de la médecine sans examiner, avec détails, toutes les dispositions de la *Loi de ventôse an XI*. Les pouvoirs publics ne consentiraient pas, sans doute, à des réformes partielles. Nous croyons donc inutile d'insister longuement sur cette pétition.

L. L.

Correspondance. — Nous avons reçu, à la date du 12 février, une lettre relative à des intérêts professionnels et non signée. Nous ne pourrions répondre au désir de l'auteur qu'après en avoir conféré avec lui.

Académie royale de médecine de Belgique. — Programme des concours :

1879-1880-1881.

1° Élucider l'histoire des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie. — Prix : 5000 francs. Clôture du concours : 1er avril 1880.

2° Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. — Prix : Une médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 15 juillet 1880.

3° Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre autant que possible à la réponse des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies (*question reprise du précédent programme*). — Prix : Une médaille de 800 francs. Clôture du concours : 1er mai 1881.

1879-1882.

Déterminer la nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus. — Prix : Une médaille de 1000 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1882.

1880-1882-1883.

1° Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal (*question reprise du programme 1877-1879*). — Prix : Une médaille de 600 francs. Clôture du concours : 1er février 1882.

2° Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles. — Prix : Une médaille de 2000 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1883.

Prix de 300 *francs.* — L'Académie se réserve de décerner chaque année, *en dehors de ses concours*, deux prix de 300 francs chacun aux auteurs des meilleurs mémoires, concernant les sciences médicales, qui lui auront été soumis à l'état de manuscrits. — Tous les travaux présentés pendant l'année seront renvoyés, dans ce but, à l'appréciation d'une commission spéciale.

La revision du *Codex*. — M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre une excellente mesure, qui était attendue depuis longtemps. Il a décidé qu'il serait rédigé une nouvelle édition du *Codex* ou formulaire officiel des préparations médicinales et pharmaceutiques. Ce sera la quatrième édition; la dernière est de 1867. Une commission spéciale vient d'être nommée. Elle se compose de MM. Gavarret, président; Chatin, vice-président; Dumont et de Beauchamp, *délégués du ministre;* et, sous le titre de *membres ordinaires*, MM. Baillon, Bouchardat, Hayem, Regnauld, Sée (Germain), Vulpian, Wurtz, Baudrimont, Bouis, Bourgoin, A. Milne-Edwards, Planchon, Riche.

Sont nommés, en outre, *membres-adjoints avec voix consultative :* MM. Blondeau, Durozier, Jungfleisch, Marty, Schaeffile, Pierre Vigier.

HÔPITAL TENON. — *Legs Bourdon.* — M. E. Bourdon, chirurgien des hôpitaux, dont le monde médical déplore encore la perte si prématurée, a légué toute sa bibliothèque aux internes de l'hôpital Tenon. C'est un noble exemple auquel tous les gens de cœur applaudiront et qui, nous l'espérons, trouvera des imitateurs.

(*Presse médicale.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La Faculté de médecine de Montpellier possède, en ce moment, deux étudiantes, toutes deux étrangères : l'une Russe, l'autre Roumaine.

— Le médecin qui exerce à Ecouen, chef-lieu de canton de Seine-et-Oise (près Paris), céderait, pour raison de santé et moyennant une modeste rémunération, sa clientèle à un docteur en médecine de la Faculté de Paris (Français).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Ont été nommés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : MM. Guillard, agrégé des Facultés de médecine, professeur d'histoire naturelle; Pitres, agrégé des Facultés de médecine, professeur d'anatomie générale et d'histologie; Masse, agrégé des Facultés de médecine, professeur de médecine opératoire; Jolyet, docteur en médecine, professeur de médecine expérimentale.

— Le nombre des places mises au concours par l'arrêté du 14 juin 1879 (agrégation de médecine, section des sciences anatomiques et physiologiques) serait porté de six à sept. — Cette place sera affectée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

ECOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Held, aide-préparateur, est nommé préparateur, en remplacement de M. Guillin, démissionnaire. — M. Soufflet (Léopold-Firmin) est nommé aide-préparateur, en remplacement de M. Held, appelé à d'autres fonctions.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Bertrand (Marie-Joseph-Hector), médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Bachon (Alexandre-Pierre-Paul), médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix.) M. Tachard (François-Caprais-Elie), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Saint-Omer. — (Ancienneté.) M. Jossot (Paul), médecin-major de 2e classe au 49e régiment d'infanterie. — (Choix.) M. Liénard (Gustave-Emile), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

INTÉRÊT PROFESSIONNEL. — Une Société des médecins du XIXe arrondissement vient de se constituer à la Villette pour la défense de nos intérêts professionnels. Dans une séance tenue le 12 courant, à la mairie des Buttes-Chaumont, ont été élus : *président*, M. le docteur Marty; *vice-présidents*, MM. Cattiaux et Royer; *secrétaire-trésorier*, M. Pivion.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de :

1° M. le docteur Edouard de Lamardelle, de Saint-Christophe.

2° M. Francisco-Antonio Mejia (de Porto-Rico), étudiant en médecine, décédé le 12 février 1880, à l'âge de vingt-trois ans. (Ce jeune homme a succombé aux suites d'une variole contractée à l'hôpital.)

3° M. le docteur Alexis Bintot, médecin principal de 1re classe des armées.

4° M. Budd (William), d'Edimbourg, bien connu par ses travaux sur la *Fièvre typhoïde*, et l'un des médecins les plus estimés de l'Angleterre.

5° M. Pagenstecher (Alexandre), directeur de l'hôpital ophthalmologique de Wiesbaden.

6° M. Cutter, médecin consultant aux eaux de Spa, mort à Londres.

— On annonce également la mort de M. le docteur Jacques-Etienne Belhomme, décédé à Neuilly à l'âge de quatre-vingts ans. M. le docteur Belhomme s'était particulièrement fait connaître par ses études sur l'anatomie du cerveau et sur la pathologie mentale.

MORTALITÉ A PARIS (du vendredi 6 au jeudi 12 février 1880). — Population probable : 2 millions d'habitants. — *Nombre total des décès :* 1521, se décomposant de la façon suivante : *Affections épidémiques ou contagieuses :* fièvre typhoïde, 102; variole, 70; rougeole, 10; scarlatine, 3; coqueluche, 14; diphthérie et croup, 39; dysentérie, 1; érysipèle, 5; affections puerpérales, 9; autres affections épidémiques, 2. — *Autres maladies :* bronchite, 97; pneumonie, 215; phthisie pulmonaire, 203; diarrhée infantile, 43; autres causes, 708.

Bilan de la semaine. — On voit que les sévices épidémiques de la fièvre typhoïde, de la variole et des deux formes de diphthérie (angine membraneuse et croup) restent à peu près les mêmes. On remarquera que cette semaine, comme la précédente, le 28e quartier (Gros-Caillou) et le 40e (Saint-Louis) restent les plus chargés, c'est à la présence des deux hôpitaux militaires (Gros-Caillou et Saint-Martin) qu'ils le doivent. C'est que les épidémies typhiques frappent tout particulièrement les jeunes hommes qui habitent les casernes, puisque la semaine précédente plus de 1/5 des décès typhiques, et cette semaine précisément 1/5, sont fournis par elles. Il y a encore lieu d'expliquer que si la semaine précédente et celle-ci la pneumonie amène tant de décès dans le quartier de la Salpêtrière, c'est exclusivement par suite de la population sénile domiciliée dans l'hôpital de ce nom.

On constatera encore que, depuis plusieurs semaines, la variole frappe surtout le quartier de la Sorbonne; il y a là un noyau local dont il importe de prévenir les praticiens.

En résumé, on voit que malgré une notable diminution sur l'ensemble des décès, portant surtout sur les bronchiques et les phthisiques, dont les rigueurs de la saison ont éclairci les rangs, l'état de la santé publique reste mauvais, surtout par le fait des trois épidémies signalées qui frappent particulièrement les jeunes.

VENTE DE LIVRES DE MÉDECINE. — La vente des livres de M. le docteur Bauche, contenant des collections de journaux et autres ouvrages de fonds, aura lieu mardi prochain, 24, à la salle Sylvestre.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'action nerveuse, deuxième étude, par le docteur Rames. Une brochure in-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

La circulation du sang. Des mouvements du cœur chez l'homme et chez les animaux. Deux réponses à Riolan, par Harvey. Traduit en français, avec une introduction historique et des notes, par M. Ch. Richet. 1 vol in-8, avec 2 planches et 10 figures dans le texte. Paris, G. Masson. 5 fr.

Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie, comprenant la technique et les applications du microscope à l'histologie végétale, à la physiologie, à la clinique, à l'hygiène et à la médecine légale, par H. Beauregard et V. Galippe. 1 vol in-8 de 900 p, avec 570 fig. dans le texte. G. Masson. 15 fr.

Manuel d'anatomie descriptive, par le docteur Léon Moinac (de Bayonne). Tome Ier, *Manuel de l'amphithéâtre*. 1 vol. in-18 de 820 pages, avec 235 gravures sur bois, intercalées dans le texte. Paris. H. Lauwereyns. 18 fr.

Le second volume, qui est sous presse et paraîtra prochainement, est payé d'avance.

Contribution à l'étude de la folie puerpérale, par le docteur Garcia Rijo. In-8 de 84 pages et un grand tableau. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée, par Ch. Tomes. Traduit de l'anglais et annoté par le docteur Cruet. 1 beau vol. in-8 de 450 pages, avec 180 fig. dans le texte. Paris, O. Doin. 10 fr.

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur Dujardin-Beaumetz; recueillies par le docteur Eugène Carpentier-Méricourt et revues par le professeur. Troisième fascicule : *Traitement des maladies de l'intestin.* 1 fascicule grand in-8 de 230 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Prix de l'ouvrage complet. 16 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

PILOCARPINE ET JABORANDI.

Il y a sept ans à peine que le *jaborandi* a été introduit en Europe par M. le docteur Coutinho (de Pernambuco), et déjà il a été employé dans nombre de cas; son étude physiologique est très bien faite, et l'on a isolé son principe actif, la *pilocarpine.*

A plusieurs reprises nous avons entretenu les lecteurs de la *Gazette* de ce médicament; chaque découverte a été signalée par nous, chaque communication analysée; aujourd'hui, après la publication des remarquables leçons de M. Vulpian, nous croyons le moment venu de présenter une étude d'ensemble, qui permette d'embrasser d'un seul coup d'œil les propriétés physiologiques et les diverses applications thérapeutiques du jaborandi.

Nous rappellerons sommairement que le jaborandi est un arbuste de la famille des *Rutacées,* le *Pilocarpus pinnatus* ou *pinnatifolius,* qu'on rencontre surtout dans l'Amérique méridionale. Depuis longtemps les indigènes de ces contrées avaient reconnu les propriétés *syalagogues* et *diaphorétiques* de cette plante, quand M. Coutinho l'importa en Europe, en 1873. Presque aussitôt M. Gubler l'étudia, et le résultat de ses recherches fut publié par son interne, M. A. Robin (*Journal de thérapeutique,* 1re année, p. 882 et suiv.). Puis parurent les travaux de H. Baillon (*Journal de pharmacie et de chimie,* janvier 1875), de Gubler (*Journal de chimie et de pharmacie,* février 1875), de Planchon (*ibid.,* avril 1875), de Bochefontaine et Galippe (*Gazette médicale,* 46e année, 4e série, t. IV, p. 92 et suiv.); les leçons de M. le professeur Vulpian (École de médecine, 7 juin 1875 et suiv., et *Progrès médical,* 3e année, p. 229 et suiv.); les recherches de Hardy et Bochefontaine (Société de biologie, 1875, in *Gazette hebdomadaire,* 1875), de Czernicki (*Gazette hebdomadaire,* 2e série, t. XII, p. 214), d'Émery Desbrousses (*Gazette hebdomadaire,* 2e série, t. XII, p. 280), de Dumas (Thèse inaugurale, Paris, 1875), etc., et quelques autres mémoires intéressants.

Les remarquables travaux de M. E. Hardy permirent, presque dès le début, de constater que le principe actif du jaborandi est un alcaloïde qu'il isola le premier et qu'il désigna sous le nom de *pilocarpine.* Ce point une fois bien établi, il devenait beaucoup plus facile de faire une étude physiologique exacte et de déterminer l'action du médicament.

Les phénomènes les plus frappants produits par le jaborandi sont la salivation et la diaphorèse. Ces deux symptômes apparaissent fort peu de temps après l'ingestion du jaborandi et presque aussitôt après l'injection de la pilocarpine; sur l'homme, ils se montrent avec une extrême intensité et durent environ deux heures. La salive coule ordinairement avec une telle abondance qu'il n'est pas possible au malade de cracher. Ces deux phénomènes sont, en général, corrélatifs; cependant, dans quelques cas, la salivation ou la sudation se produisent avec une telle abondance par rapport à l'autre phénomène, qu'un des deux paraît manquer. Dans un certain nombre de cas, il y a en même temps de la diurèse.

La première question qui se présentait était de savoir comment étaient modifiés, dans leur composition chimique, les liquides obtenus par l'action du jaborandi. Des recherches à ce sujet furent faites par MM. Ball et E. Hardy (*De l'action physiologique du jaborandi au point de vue de l'excrétion de l'urée,* in *Gazette hebdomadaire,* novembre 1874), puis

FEUILLETON

Les centenaires.

(ÉTUDES DE MACROBIOTIE.)

(Fin. — Voyez les numéros 5, 7 et 8.)

Pays divers — 1° *Italie.* — Nous avons vu que le recensement opéré sous Vespasien avait fait découvrir, dans la huitième division administrative, 124 centenaires. En 1861, on n'en a trouvé que 2 dans la même circonscription, pour une population de 2 millions d'habitants. Or il n'est guère probable que, sous Vespasien, cette région fût plus peuplée que de nos jours. La statistique officielle signale 472 centenaires sur les 4108305 décès constatés de 1872 à 1876 (5 ans), soit 1 sur 8704. L'Italie aurait donc plus de centenaires que la France (1 sur 10164). En 1877, le rapport est encore plus favorable à l'Italie : 100 centenaires pour 787817 décès, ou 1 sur 7878.

2° *Russie.* — On attribue à ce pays des faits de longévité tout à fait extraordinaires. De tous ceux que nous avons recueillis, et dont le plus grand nombre est absolument incroyable, nous n'en reproduirons que deux, auxquels des détails biographiques étendus paraissent donner un certain degré de probabilité. Les journaux russes de février 1878 racontent que l'homme probablement le plus âgé de la terre vivait, à cette date, dans la ville d'Andrew, gouvernement de Kelatz. Il entra au service de l'Etat en 1782, à 21 ans, et prit sa retraite en 1833, à 71 ans. Il était âgé en 1878 de 116 ans. Sa santé était excellente. Il visitait souvent des parents qui habitent Varsovie, et ne reculait jamais devant un verre de bon *wodko* (liqueur du pays).

Le fait suivant est moins remarquable. Dans la Pologne, vivait encore en novembre 1878, à Sompolno, gouvernement

par MM. Bougaul et Robin. D'après ces premiers auteurs, la somme de l'urée excrétée par la sueur, l'urine et la salive est inférieure à la quantité normale. M. Robin croit, au contraire, que la quantité d'urée est augmentée dans la sueur et la salive. Pour ce qui est de la salive, M. Bougaul est arrivé aux mêmes résultats que MM. Ball et Hardy.

Mais ce n'est pas seulement sur ces sécrétions principales que le jaborandi fait sentir son influence; il semble jouir de propriétés analogues sur toutes les sécrétions; il n'est pas rare de voir s'exagérer sous son influence les sécrétions de toutes les muqueuses et les larmes; il y a alors des vomissements, de la diarrhée, de la toux. Enfin Sydney Ringer et Gold (*The Lancet*, 20 janvier 1875) ont pu, chez deux nourrices, augmenter la sécrétion lactée.

Parmi les autres phénomènes observés chez l'homme, nous signalerons ici les troubles de l'accommodation (John Tweedy, *The Lancet*, janvier 1875, Martindale); il y a contraction de la pupille et diminution de la sensibilité rétinienne. En même temps l'on peut constater des troubles cérébraux, des bourdonnements d'oreilles et même des vertiges. Pour M. Robin (*loc. cit.*), il y a diminution de la tension artérielle avec accélération des battements du cœur. Pour MM. Guido Tizzoni et Chiouoni, l'accélération du cœur est accompagnée d'une augmentation de la tension intracardiaque. Les mêmes auteurs ont vu que l'abaissement de la température, qui coïncide avec la diaphorèse, atteint à peine 1 degré, tandis que la diminution du poids du corps s'élève souvent à 706 grammes (*Clinica di Bologna*, fascicule V, mai 1875).

Avant d'arriver à l'étude des indications thérapeutiques du jaborandi, nous allons analyser les différents phénomènes que nous venons de passer en revue, et étudier physiologiquement le mode d'action de la pilocarpine sur les différents tissus et appareils. Sous ce rapport, les expériences les plus importantes sont dues à M. le professeur Vulpian, qui fit de l'étude de cette plante l'objet de plusieurs leçons (*loc. cit.*), et qui en ce moment publie une nouvelle série de recherches (*Leçons sur les substances toxiques et médicamenteuses*, in *Revue internationale des sciences*, 2e année, n° 12, 15 décembre 1879).

Si, après avoir introduit des canules dans les conduits des glandes salivaires, on injecte à l'animal une solution de pilocarpine, on recueille très rapidement dix à quinze fois plus de salive qu'à l'état normal. Cette action sur les glandes salivaires est la plus énergique qu'on connaisse. Ce résultat est surtout remarquable pour la salive parotidienne, qu'il est presque impossible de se procurer par tout autre moyen. On observe des effets analogues sur le foie, le pancréas, les reins. Si l'on pousse un peu loin l'expérience, on constate chez les mammifères comme chez l'homme une hypercrinie des muqueuses, des fosses nasales, du larynx, des bronches, de l'estomac, de l'intestin, pour peu que la dose injectée soit considérable. L'hypersécrétion de la muqueuse gastro-intestinale est telle qu'elle peut s'accompagner de la production d'ecchymoses et même quelquefois de véritables hémorrhagies.

Ces effets, d'après les recherches de M. Vulpian, seraient à peu près les mêmes, quel que soit l'âge de l'animal sur lequel on les étudie; ce résultat diffère un peu de celui qui a été obtenu par Sydney Ringer et Gould, lesquels ont constaté (*loc. cit.*) que le jaborandi est moins actif chez les enfants que chez les adultes. Nous remarquerons, à ce propos, qu'il y a encore dans l'histoire trop récente du jaborandi des questions de doses qui ne sont point fixées. N'est-ce pas ainsi qu'il faudrait interpréter les résultats de Sydney Ringer et Gould chez les enfants? D'après les recherches de M. Vulpian, les effets produits par le jaborandi sont identiquement les mêmes chez l'homme et chez le chien adulte; or, ces résultats sont encore absolument les mêmes chez les jeunes chiens; pourquoi n'en serait-il pas de même chez les enfants? M. Vulpian employait, chez les jeunes animaux, des doses de jaborandi presque égales à celles qu'il donnait aux animaux adultes, tandis que les deux médecins anglais se contentaient d'administrer des doses moitié moindres; c'est là probablement la cause de cette différence de résultats, qui, au premier abord, pourrait paraître singulière. Le Jaborandi étant un médicament peu toxique, nous croyons, jusqu'à plus ample information, qu'il faudrait, chez les enfants, essayer des doses assez fortes.

L'exagération des sécrétions produites par le jaborandi est telle qu'il était fort intéressant de savoir si l'atropine, qui tarit toutes ces sécrétions, avait assez de puissance pour enrayer les effets de la première substance. Or, déjà les recherches faites chez l'homme permettaient de prévoir qu'il en serait ainsi. M. Vulpian avait vu, dans son service, l'administration de 1 milligramme d'atropine diminuer considérablement la diaphorèse et la salivation provoquée par le jaborandi. Si sur un chien, après avoir excité la salivation par la pilocarpine, on injecte une petite quantité de sulfate d'atropine, on voit aussitôt cette salivation s'arrêter. L'antagonisme va plus loin : si, en effet, on injecte dans la veine crurale d'un chien chloralisé ou non une dose un peu forte de pilocarpine, on

---

de Kalisch, une veuve israélite âgée de 100 ans. Elle demeurait chez sa fille, âgée de 80 ans, lorsqu'il lui prit la fantaisie de se remarier. Elle épousa, en effet, un négociant, son coreligionnaire, âgé de 88 ans, nommé Moïse Nachmiel.

Il n'existe, ou du moins il n'a été publié jusqu'à ce jour aucun document sur la population russe classée par âge, ni sur sa mortalité également par âge.

3° *Scandinavie.* — D'après le professeur W. Karupp (*Manuel de l'assurance sur la vie*), un recensement opéré en Norvège en 1763 aurait révélé l'existence de 150 couples mariés depuis 80 ans, et dont le plus grand nombre devait, à cette date, avoir dépassé 100 ans. Le docteur Kuborn (*Causes de la mortalité de la première enfance*, Paris et Bruxelles, 1878) attribue au même pays, d'après une expérience de dix années, une mortalité moyenne annuelle de 74 centenaires et au-dessus, dont 16 hommes et 58 femmes, soit, pour une moyenne de 28 000 décès par an, 1 centenaire pour 378 décès. A ce taux, c'est la Norvège qui, en Europe, compterait le plus de grands vieillards. Ajoutons que c'est le pays qui a la moindre mortalité en Europe.

Les auteurs danois mentionnent le décès à 146 ans (?) d'un individu dont la vie aurait été continuellement agitée. Né en 1624, il serait décédé en 1770. A 111 ans, il épousa une femme de 60 ans. Au décès de celle-ci, il se proposait de contracter un second mariage avec une fille de 18 ans, lorsque la mort le surprit. — Le fait de longévité suivant et récent est beaucoup plus probable. Le 29 décembre 1877, est décédé, à Copenhague, à l'âge de 102 ans 11 mois et 11 jours, un négociant du nom de Johan-Joseph Rouge, marchand de verrerie. Jusqu'à l'âge de 100 ans, il dirigea lui-même son commerce et servit au magasin. Le 10 décembre 1874, le roi le décora. Même après 100 ans, ce remarquable vieillard allait tous les soirs prendre place à la même petite table, dans l'un des cafés les plus fréquentés de Copenhague, buvant son verre de grog et lisant les journaux. Sa mort fut causée par un grand refroidissement.

constate un ralentissement très notable des battements du cœur; or, dans ces conditions, l'administration de l'atropine suffit pour ramener à son rhythme normal le cœur ainsi ralenti. Le cœur de la grenouille mis en contact avec une solution de pilocarpine s'arrête, l'atropine lui rend ses mouvements. Nous ne reviendrons pas sur le rétrécissement de la pupille par le jaborandi, effet supprimé facilement par l'atropine.

Il y a, si l'on veut s'en souvenir (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1875), une grande analogie entre ces divers effets du jaborandi et ceux d'une autre substance, celle-là très toxique, la *muscarine*. Quand le cœur arrêté par la muscarine a été rendu à ses contractions par l'atropine, une nouvelle dose de muscarine reste sans effets; il en est de même pour tous les autres phénomènes où il y a antagonisme, ce qui nous a fait émettre l'opinion que l'atropine pourrait bien être le contre-poison de l'*Ammanita muscaria*, tandis que la réciproque ne serait pas vraie : et que quand bien même on pourrait espérer obtenir des résultats par de fortes doses, on serait forcé de s'abstenir, la muscarine exposant à des dangers trop graves.

Dans le cas du jaborandi, nous sommes en présence d'effets comparables; une fois l'action du remède neutralisée par l'atropine, de nouvelles doses sont sans effet. Mais l'innocuité de fortes doses nous autoriserait, le cas échéant, à essayer de combattre une intoxication par l'atropine au moyen de la pilocarpine, en répétant les doses et en les administrant fortes et rapprochées. Ce n'est pas là, du reste, une vue de l'esprit absolument sans fondement jusqu'ici : dans un cas d'empoisonnement par l'atropine, Sydney, Ringer et Gould ont administré la pilocarpine et obtenu de bons résultats. (Voy. *The Lancet*, 20 janvier 1880.)

Pour en avoir fini avec l'étude du jaborandi, il nous reste à préciser le mécanisme de son action. Ici deux théories sont en présence : l'une émise par M. Gubler; l'autre, par M. Vulpian.

Suivant le regretté professeur de thérapeutique, l'action du jaborandi est d'emblée parenchymateuse; son élimination se fait par les glandes salivaires sudoripares, etc., et c'est à ce moment qu'il agit directement sur les cellules sécrétoires pour augmenter leur activité. En même temps il excite les extrémités périphériques des nerfs centripètes de ces glandes; cette excitation transmise aux centres nerveux est réfléchie par les nerfs vasculo-moteurs qui cessent de maintenir contractés les vaisseaux des glandes et permettent ainsi l'afflux de la quantité de sang nécessaire pour suffire à cette sécrétion exagérée.

M. Vulpian oppose d'abord à cette théorie ce fait qui résulte des recherches de M. E. Hardy : que le jaborandi n'est pas éliminé par les glandes salivaires, et que même l'élimination par le foie est douteuse.

D'autre part, M. Carville coupe le nerf lingual avant qu'il ait incisé les filets de la glande sous-maxillaire; il sectionne le pneumogastrique à la base du crâne, et le ganglion cervical supérieur. Il isole ainsi totalement la glande sous-maxillaire des centres nerveux. Or, s'il injecte alors du jaborandi dans le sang de l'animal, il voit la sécrétion salivaire s'activer comme si la communication avec le système nerveux était intacte. Il faut donc mettre de côté toute action réflexe, et admettre que le jaborandi agit directement sur les nerfs qui se distribuent à la glande sous-maxillaire. Mais sur lequel de ces nerfs, lingual ou sympathique, son action est-elle excitante? est-elle paralysante?

Les recherches de Keuchel, Bernard, Heidenhain, Schiff, Vulpian, Eckhardt, Adrian, ont établi que la dilatation des vaisseaux de la glande sous-maxillaire n'a pas pour conséquence nécessaire une augmentation de la sécrétion salivaire. M. Vulpian, dans une autre série d'expériences, a prouvé que l'atropine supprime la sécrétion de la glande sous-maxillaire sans faire cesser les conditions dans lesquelles on peut provoquer l'hyperhémie de cet organe. D'après lui, l'action du jaborandi se porte sur les extrémités nerveuses, sans agir sur la cellule glandulaire. « Or cette action périphérique, dit M. Bochefontaine (*Revue des sciences médicales*, 3e année, t. VI, 2e fascicule, p. 584), n'est pas le résultat d'une paralysie de la corde du tympan. Elle ne résulte pas davantage de l'excitation des fibres glandulaires du grand sympathique, car ces fibres conservent leur activité sécrétoire dans la glande sous-maxillaire chez les animaux atropinisés, quand on les faradise, et cependant le jaborandi est impuissant à mettre en jeu cette activité. Restent deux hypothèses, ou bien : excitation des terminaisons glandulaires de la corde du tympan par le jaborandi, ou bien paralysie des extrémités périphériques des fibres sympathiques qui se rendent à la glande sous-maxillaire. »

On serait tenté d'admettre que le jaborandi excite les extrémités périphériques de la corde du tympan, si l'on se base sur l'antagonisme de cette substance avec l'atropine. Mais les observations physiologiques et cliniques montrent que les sueurs sont indépendantes de la congestion vasculaire, et

---

De la Suède, nous ne connaissons que le décès, en janvier 1778, à l'âge de 98 ans, du baron Cederstroem, le doyen des généraux de la Suède et probablement de l'Europe.

La statistique officielle des décès par âge attribue : 1° à la Norvège, pour la période sexennale 1866-72, 83 centenaires sur un total de 208 831 décès, soit 1 sur 2516 décès, le rapport le plus élevé que nous ayons encore constaté; 2° au Danemark, pour les dix années 1865-1874, 19 sur 353 017 décès, ou 1 pour 18 579; 3° à la Suède, pour les années 1865-1876, 38 sur 983 891, ou 1 sur 25 893.

Amérique du Sud. — Ce pays prétend, lui aussi, posséder l'homme le plus âgé du globe. « Cet homme, dit la *Gazette de Cologne* du 1er août 1878, vit en Colombie. A une réunion de médecins à Bogota, le docteur Luiz Hernandez a lu un rapport sur une visite qu'il a faite à un cultivateur de sang mêlé du nom de Miguel Solis, demeurant dans un village au pied de la Sierra Mesillo (État de San Salvador). Solis a déclaré avoir 180 ans *seulement;* mais ses voisins affirment qu'il est plus âgé. Les plus vieux de ces derniers assurent se souvenir parfaitement de Solis alors qu'ils étaient de tout jeunes enfants, et déjà à cette époque il passait pour être centenaire; et, en effet, on possède un écrit de sa main établissant qu'en 1712 il a contribué à la construction du couvent de Saint-François, près Saint-Sébastien. Le docteur Hernandez trouva Solis occupé à travailler son jardin. Sa peau ressemblait à un vieux parchemin; ses longs cheveux blancs étaient enroulés autour de sa tête en forme de turban, et ses yeux avaient encore un tel éclat, que le docteur se sentait en quelque sorte mal à l'aise quand il les arrêtait sur lui. Solis répondit avec clarté et précision à toutes les questions que lui adressa son visiteur; il attribua son grand âge à son extrême sobriété et à la régularité de ses habitudes. « Je ne fais qu'un repas par jour, mais très substantiel. Je mange peu de viande, seulement les 1er et 15 de chaque mois, et bois beaucoup d'eau. Je laisse mes aliments refroidir avant d'y toucher, et je me suis toujours bien trouvé de cette habitude. Je ne reste pas à table

que l'affaiblissement, ou mieux la paralysie du grand sympathique, entraîne un excès de la sudation. Il résulterait donc de là que le jaborandi, qui produirait la salivation en excitant la corde du tympan, amènerait la diaphorèse en paralysant le nerf du grand sympathique. Cette double interprétation paraît peu probable à première vue, et nous comprenons que M. Vulpian la repousse ; car, pour lui, les glandes salivaires et sudoripares doivent entrer en activité sous l'influence d'une même action physiologique.

D'après M. Vulpian, on doit se représenter ces glandes comme tendant à sécréter d'une façon continue à l'état normal. Les fibres nerveuses qu'elles reçoivent du grand sympathique sont dans un état d'activité constante à des degrés variables : semblables à « des freins physiologiques, pour restreindre, modérer, enchaîner leur travail sécrétoire ». Le système nerveux sympathique remplit, à l'égard des glandes salivaires et sudoripares dans un état d'action constante, un rôle comparable à celui des fibres nerveuses qui entretiennent le tonus vasculaire. Suivant que l'action modératrice de ces fibres nerveuses est augmentée ou diminuée, il en résulte des modifications dans le travail sécrétoire des glandes. Si on excite le grand sympathique, la sécrétion diminue ou s'arrête. Si on le paralyse, la sécrétion augmente : « Le Jaborandi et l'atropine agissent de cette manière, le premier en relâchant le frein, le second en le resserrant. » Ainsi, par élimination, M. Vulpian arrive à cette conclusion, que le jaborandi agit pour exciter les sécrétions salivaire et sudorale en paralysant les extrémités périphériques du nerf grand sympathique. Du reste, cette théorie a l'avantage de rendre compte de l'action du jaborandi, non seulement sur les autres appareils sécréteurs, mais encore sur le cœur et sur la pupille ; action que sa similitude avec celle de la muscarine tendait déjà à faire regarder comme paralysante.

Une substance ayant comme la pilocarpine une composition chimique précise, jouissant de propriétés puissantes et bien définies, et ne présentant qu'un degré assez faible de toxicité, devait rendre en thérapeutique de grands services, ou tout au moins être l'objet de nombreux essais ; la pilocarpine n'a pas manqué à ses promesses.

Parmi les propriétés dont elle est douée, son activité sialagogue et sudoripare se présentait en première ligne et devait tout d'abord donner lieu à des recherches, soit qu'il s'agisse de provoquer la sueur comme dans certaines affections de l'appareil respiratoire pour produire un effet révulsif; soit qu'on pût espérer, en soustrayant une grande quantité d'eau à l'économie, favoriser la résorption d'un épanchement ; soit enfin qu'on désirât substituer l'excrétion par la sueur à celle par l'urine, supprimée ou trop diminuée par un état pathologique des reins.

C'est dans ces conditions que furent administrées les premières doses de jaborandi par Coutinho, par Gubler, etc. C'est ainsi que M. Vulpian vit disparaître en deux jours l'épanchement très appréciable d'une pleurésie à son début. Signalons encore la remarquable observation de M. Créquy, dans laquelle il relate l'histoire d'un malade atteint d'un épanchement pleurétique considérable, et qui le vit se résorber en quinze jours sous l'influence de quatre prises de jaborandi de 5 grammes chacune (*Société de thérapeutique*, 2 mars 1875, in *Gazette hebdomadaire*, mars 1875). Le jaborandi se trouve naturellement indiqué dans les œdèmes, quand il s'agit non seulement de favoriser la disparition du liquide, mais encore de réveiller les fonctions des glandes de la peau.

Cependant il existe, même dans ces cas, des contre-indications qui, si elles ne s'opposent pas absolument à l'usage du jaborandi, font cependant qu'il n'est pas toujours applicable, et surtout qu'il faut, dans la grande majorité des cas, lui préférer son alcaloïde. En première ligne, se trouvent les troubles gastriques, les vomissements, qui ne sont pas rares après l'administration du jaborandi. De plus, nous avons vu que, si l'action de la pilocarpine prédomine sur les glandes salivaires et sudoripares, elle agit sur toutes les sécrétions. Or, dans nombre de cas, cette absence d'élection exposerait à des dangers plus sérieux que ceux qu'on veut éviter ; par exemple des congestions hépatiques rénales, etc.

En résumé, la pilocarpine est un sudorifique actif et constant, peu ou pas toxique, qui cependant ne peut être appliqué que chez des sujets dont l'appareil digestif est en bon état, et alors qu'on ne craint pas d'activer le fonctionnement des grands appareils glandulaires de l'économie.

L'action de la pilocarpine sur le cœur n'a été jusqu'ici l'objet d'aucune application thérapeutique méthodique ; elle a fourni des contre-indications à l'usage du jaborandi ; voilà tout. Cependant on trouvera, espérons-nous, un jour son application dans le traitement des affections cardiaques aussi bien que celle de l'atropine, ainsi que nous le souhaitions déjà il y a quelques années (*Gazette hebdom.* 1876).

La pilocarpine a été employée en collyre (Galezowski) dans les troubles de l'accommodation.

Jusqu'ici les applications thérapeutiques que nous avons

---

plus d'une demi-heure par repas, et je trouve qu'il me faut vingt-quatre heures pour digérer complètement ce que j'absorbe pendant cette demi-heure. » Les Indiens du voisinage sont convaincus que Solis a vendu son âme à une divinité malfaisante, et le vieillard, chose singulière, les confirme dans cette pensée. »

En septembre 1878, est mort, à San Joaquim, province de Barcelona (Venezuela), un sieur Jose Antonio Burgos, à l'âge de 119 ans. Il était officier au service du roi d'Espagne Charles IV, fonda la ville d'Aragna, fut capitaine recruteur de la province, et était oncle de l'ancien président de la république de Venezuela, Jose Gregorio Monagas, qui abolit l'esclavage le 19 avril 1854.

A la fin de 1877, est décédé, d'après les journaux du pays, à Capivary, province de Saô Paulo (Venezuela), un vieillard de 129 ans (?) du nom de Mello. On lui attribue 205 descendants.

Afrique. — Nous empruntons au *Bulletin de la Société de géographie de Bordeaux* la notice suivante sur la salubrité du climat algérien : « D'après les observations du docteur Bertherand, qui a enregistré, de 1864 au 1er juillet 1877, les décès d'individus ayant dépassé 80 ans dans la province et la ville d'Alger, le total de ces décès, de 80 à 118 ans, aurait été de 1390, pour une population moyenne de 2868977 habitants. Seule la ville d'Alger a contribué à ce total pour 1330. D'après une moyenne de 13 années et demie d'observations, on compte, par année, 102,96 de ces décès. En n'ayant égard qu'aux centenaires proprement dits, ils étaient au nombre de 162, se divisant comme suit :

« 80 âgés de 100 ans, 46 âgés de 101 à 105 ans ; 23 âgés de 105 à 110 ans ; 11 âgés de 110 à 115 ans ; 1 âgé de 117 ans ; 1 âgé de 118 ans.

» Des 1390 décédés de 80 ans et au-dessus, 531 étaient des hommes, 859 des femmes. Les décès de 100 ans et plus se répartissaient ainsi par sexe : 50 hommes et 112 femmes. Les diverses nationalités étaient représentées dans ces décès

signalées sont toutes basées sur l'étude physiologique de la pilocarpine; celles qu'il nous reste à énumérer sont moins précises.

Parmi elles, nous citerons tout d'abord l'emploi de la pilocarpine dans la rage humaine. (*Rage humaine traitée par le jaborandi*, par Balzer, in *Progrès médical*, 3e année, septembre 1875, p. 516). Nous croyons devoir nous borner à cette simple mention.

On a vu plus haut qu'on peut employer le jaborandi pour obtenir l'excrétion par la sueur d'énérata qui ne sont plus éliminés par l'urine. C'est ainsi que la pilocarpine agit dans l'urémie, en permettant de gagner du temps, et en empêchant la mort d'être le résultat d'une crise convulsive, par exemple. A ce point de vue, les observations de Bœgehold sont d'un grand intérêt. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 26, p. 331, 1879, et in *Gaz hebdom.*, janvier 1880.)

Citons enfin l'emploi de la pilocarpine dans la fièvre intermittente. C'est à R. Rokitanski qu'on doit les recherches les plus complètes sur ce sujet. Cet auteur en effet a administré la pilocarpine en suivant très méthodiquement l'action du médicament. Le malade sur lequel il a fait ses expériences, était depuis longtemps sous le coup de l'infection palustre : au moment où on lui administra la pilocarpine, il avait une fièvre quarte. Le médicament fut donné deux fois seulement au début du frisson; et l'accès fut notablement supprimé la première fois, et supprimé la seconde, la sueur et la salive coulèrent abondamment. Les unes ne se remontrèrent pas, et la rate, très volumineuse au début, diminua avec une très grande rapidité. Un mois après, les accès n'avaient pas reparu. La dose employée avait été de 5 milligrammes à chaque injection.

Jusqu'ici nous n'avons pas parlé des doses. Pour l'infusion de Jaborandi, elles varient de 4 à 6 grammes Quant à l'injection de pilocarpine, en général il ne faut pas dépasser 1 centigramme. Avec des doses de 3 à 5 centigrammes M. Pitois a vu se produire les accidents ci-après : « sensation de distension cérébrale, état nauséeux et vomissements, faiblesse considérable, respiration parfois suspireuse et entrecoupée, pouls très rapide et presque imperceptible, frissonnements, hébétude, vue obscurcie, puis sommeil lourd, paresse physique et intellectuelle; » ces accidents mirent deux jours à disparaître. (Thèse inaugurale, 1879. Paris, n° 162, p. 16 et 17.)

Du reste, jusqu'à ce jour, on ne connaît pas un seul cas d'empoisonnement mortel par le jaborandi.

M. Vulpian (*Revue internationale des sciences* 1879, n° 12, p. 522 et suiv.), n'a pas vu d'accident mortel sur des chiens avec des doses de 20 à 25 centigrammes de pilocarpine. Mais dans une seule observation, la mort s'est produite avec 35 centigrammes L'infusion de feuilles en injection intra-veineuse est beaucaup plus toxique. Chez les animaux morts ou sacrifiés après injection de jaborandi, on constate une violente congestion de la muqueuse gastro-intestinale avec production d'ecchimoses.

On voit d'après ce qui précède que le jaborandi est une substance douée de propriétés physiologiques très énergiques, et comparativement peu dangereuse. Jusqu'ici ses applications thérapeutiques sont très limitées, mais on peut espérer que sa grande puissance sudorifique et sialagogue sera de plus en plus utilisée, soit comme agent révulsif, soit pour favoriser l'élimination de substances nuisibles introduites ou développées dans l'économie; c'est en multipliant les expériences qu'on arrivera sous ce rapport à un résultat plus utile.

H. Choupre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

De l'emploi du catgut pour les ligatures d'artères dans la continuité, par le docteur Eugène Bœckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg.

Toutes les pièces qui servent aux pansements antiseptiques ont déjà été soumises à de nombreuses modifications; mais aucune n'est appréciée aussi diversement que le catgut. Tandis que les uns reprochent à ce fil de se dissoudre trop rapidement, et de ne donner que des garanties éphémères contre l'hémorrhagie, d'autres l'accusent d'être trop raide et de s'éliminer tout aussi bien que les fils de soie ordinaires.

Billroth, dans son dernier compte rendu clinique (Vienne, 1879), déclare y avoir renoncé tout à fait, parce que le catgut qu'on lui avait présenté n'offrait aucune solidité et répandait une odeur de putréfaction.

Ces opinions contraires proviennent, d'une part, de la diversité des produits vendus sous le nom de catgut, et de l'autre, de la manière d'employer ce fil. Mais, pour ma part, j'ai acquis la conviction que le *catgut de bonne qualité* est le meilleur agent de déligation pour les ligatures d'artères, malgré de légers inconvénients auxquels il est facile de remédier.

---

par 822 musulmans nés dans le pays; 268 juifs indigènes; 155 Espagnols; 104 Français; 30 Italiens; 11 Anglais originaires de Malte. »

L'*Akbar* nous apprend qu'une veuve du nom d'Aïcha Bensohora, née en Turquie, est décédée à Bel-Abbès, le 14 décembre 1878, à l'âge de 112 ans. Ce journal donne sa généalogie, et ajoute qu'elle était mère de huit enfants, dont le plus jeune avait 60 ans.

Nous omettons un assez grand nombre de faits de même nature qu'enregistrent les feuilles algériennes; mais sans accorder une confiance absolue aux déclarations, soit des intéressés eux-mêmes, qui n'ont probablement pas conservé le souvenir de la date de leur naissance, soit des témoins des actes de leur décès. Nous doutons, en effet, que le docteur Bertherand lui-même ait pu vérifier l'exactitude de ces déclarations, dans un pays où il n'existe pas même d'état civil régulier.

Nous terminerons la partie statistique de cette étude par le rapport à 100 décès des centenaires morts dans le plus grand nombre des pays d'Europe et aux dates les plus rapprochées :

Pays.	Années ou périodes.	Centenaires pour 100 décès.
Italie............	1877	0,01
France...........	1876	0,01
Prusse...........	1876	0,02
Autriche.........	1876	0,01
Belgique.........	1876	0,01
Hollande........	1877	0,01
Suède...........	1877	0,01
Norvège.........	1866-72	0,04
Danemark........	1865-74	0,01
Espagne.........	1865-70	0,01
Roumanie........	1872-74	0,13 (?)
Portugal.........	1862	0,13 (?)
Royaume-Uni.....	1876	0,12 (?)

On est frappé de l'identité du rapport afférent à huit des

Tout d'abord, un catgut qui répand une odeur de matière animale en putréfaction est mal préparé et doit être rejeté. Un autre inconvénient, qui dépend aussi en majeure partie d'un mode vicieux de préparation, c'est l'inégale résistance des fils. Des fils de grosseur semblable, pris dans un même flacon, supportent, les uns des tractions assez fortes, et d'autres se rompent à la moindre tension. Cela est surtout vrai pour les produits de certains établissements, qui n'ont pas été convenablement macérés dans l'huile phéniquée. Mais je dois dire que le catgut de la fabrique de Schaffouse (Suisse), dont je me sers habituellement, a une résistance très uniforme. Le fil n° 2 se déchire difficilement avec les mains, et je l'emploie pour lier les grosses artères et même des pédicules ovariques. Le fil n° 1 offre naturellement une résistance moindre, mais il est très suffisant pour les petites artères, et d'ailleurs assez fin pour qu'on puisse se passer du n° 0. Quant aux nos 3 et 4, ce sont presque des cordes à boyaux grosses et raides, dont je ne conçois l'usage que pour des sutures osseuses.

Il faut, d'ailleurs, se rappeler que le catgut exige une constriction beaucoup moins forte que la soie, puisqu'il ne doit pas couper les parties qu'il enserre. Pourvu que le nœud ne glisse pas et arrête le sang c'est tout ce qui est nécessaire, tandis que les fils de soie doivent être serrés, de telle façon qu'ils coupent les tissus le plus vite possible pour débarrasser la plaie d'un corps étranger. Il en résulte que, pour lier des artères de même calibre, on peut employer des fils de catgut moins gros et moins résistants que des fils de soie.

Une dernière remarque qui a son importance pratique. Les fils de catgut non seulement ne sont pas cirés, mais ils sont huilés. Ils glissent donc facilement entre les doigts, et il faut plus de soin pour les serrer convenablement. De plus, la pulsation artérielle peut relâcher le premier nœud, s'il est simple, avant qu'on n'ait eu le temps de le consolider par un second. On devra donc toujours commencer par un nœud de chirurgien et le maintenir serré pendant quelques secondes avant de passer au second nœud. Enfin, pour rendre le fil de catgut moins raide et moins glissant, on fera bien de l'essuyer avec un linge au sortir du flacon d'huile, et de le tremper dans de l'eau phéniquée à 5 pour 100; c'est une manipulation préparatoire qu'il est utile de faire avant de commencer l'opération.

Faute de ces petites précautions, un certain nombre de nœuds glissent à peine appliqués. Toutes les fois qu'un aide nouveau et inexpérimenté me faisait les ligatures dans une amputation, j'ai vu des fils se détacher par le simple frottement d'une éponge. Tandis que les nœuds bien faits résistent aussi bien avec le catgut qu'avec la soie.

Tous les chirurgiens convertis à la méthode antiseptique ont commencé par faire des sutures avec le catgut, avant de l'employer pour les ligatures. La première fois qu'on fait cet essai, on est presque effrayé en voyant la portion de fil, incluse dans les tissus, être complètement dissoute ou réduite à un mince filament dès le cinquième ou le sixième jour, et c'est avec appréhension qu'on se sert de cette substance pour lier des artères un peu volumineuses. Cependant l'expérience vient bientôt démentir cette crainte, et, pour ma part, je n'ai plus guère vu d'hémorrhagie secondaire après les amputations, depuis que je lie toutes les artères indistinctement au catgut.

Le raisonnement amène à la même conclusion; en effet, toutes les nombreuses expériences faites sur l'oblitération des artères par la ligature montrent que, dès le troisième ou le quatrième jour, l'artère est fermée par un caillot adhérent à la tunique interne, et que la présence du fil après cette époque est plutôt dangereuse qu'utile, puisque, en coupant et mortifiant l'artère, elle risque de ramollir et de détacher le caillot oblitérateur.

Aussi, dès les premières années de ce siècle, Scarpa, voulant éviter ce danger, interposait un petit rouleau entre l'anse et l'artère, et retirait le fil dès le quatrième jour après l'avoir dénoué. La torsion d'Amussat, l'acupressure de Simpson, la forcipressure de ces dernières années, tendent au même but : débarrasser la plaie le plus tôt possible des corps étrangers qui ont assuré l'hémostasie primitive.

Si donc le catgut se résorbe vers le cinquième ou le sixième jour, c'est une qualité plutôt qu'un défaut; d'autant plus que cette substance ne provoque pas de suppuration et n'empêche pas la réunion par première intention. Ces qualités sont surtout précieuses pour les ligatures d'artères dans la continuité qui se font dans une plaie nette, de médiocre étendue et très propice à la suture. Or, du moment qu'on obtient dans ces opérations une réunion immédiate véritable, on échappe pour ainsi dire à tous les dangers des ligatures d'artères, et en particulier au plus redoutable, à l'hémorrhagie secondaire, qui, d'après certaines statistiques, fait périr le tiers ou le quart des opérés.

Aussi ai-je peine à comprendre qu'en Angleterre, sous les yeux de Lister, on s'ingénie à empêcher la résorption du catgut en le faisant macérer dans de l'acide chromique. Si l'on veut un fil solide, qui ne se résorbe pas, pourquoi se donner tant de peine et ne pas revenir à l'ancien fil de soie ou de lin, qu'on peut, au besoin, faire bouillir dans une solution phéniquée, à l'exemple de Billroth et de Czerny? On a soutenu que ces fils pouvaient s'enkyster dans les tissus; effectivement, ils y séjournent quelquefois un certain temps sans réaction; mais il est rare qu'à la longue ils ne s'éliminent pas en formant un abcès. Billroth, dans ses extirpations de goître, a si bien reconnu la fréquence de cet accident que, dans ses dernières opérations, il a renoncé à couper les fils

---

pays ci-dessus. L'écart de la Norvège ne nous surprend pas ; il confirme tous les faits que nous avons recueillis pour ce pays. Les coefficients de la Roumanie et du Portugal ne sauraient nous inspirer une bien grande confiance; nous en dirons autant de celui de l'Angleterre, qui, d'ailleurs, s'applique à la catégorie des décès de 95 à 100 ans, les documents officiels de ce pays ne contenant pas une division spéciale pour les centenaires.

III

Des causes des grandes longévités, les unes sont personnelles et en quelque sorte volontaires; les autres impersonnelles et dues à certaines circonstances déterminées.

Au premier rang des premières, plaçons la tempérance. Tous les faits que nous avons pu recueillir sur le mode d'existence des centenaires sont affirmatifs dans ce sens. Le Vénitien Cornaro, mort, en 1566, plus que centenaire, attribue sa longévité à la sobriété. « Elle est, dit-il, agréable à Dieu, amie de la nature, fille de l'intelligence, sœur de la vertu. Elle est une source de vie, de santé, de gaieté; elle entretient la régularité de l'intelligence et de l'humeur. » Le Smyrnien Francesco Hongo, consul à Venise, décédé dans sa ville natale en 1702, à l'âge de 113 ans, n'avait jamais bu de vin ni de spiritueux. Dans les dernières années de sa vie, il ne s'était nourri que de bouillon; jamais malade, il faisait chaque jour, sans fatigue, une promenade de plusieurs heures. Marié cinq fois, il avait eu 49 enfants. On raconte — et c'est ici que commence la légende — qu'à 100 ans ses cheveux blancs tombèrent pour faire place à des cheveux noirs; dans sa cent douzième année, et pour la troisième fois, il lui poussa des dents.

En 1860, le ministre français de l'agriculture et du commerce ayant invité, par voie de circulaire, les préfets à recueillir et à lui adresser des renseignements sur les conditions d'existence des individus décédés dans des âges élevés, en reçut des documents pleins d'intérêt, desquels il résulte

près du nœud et les laisse pendre par l'angle inférieur de la plaie (*Wiener Wochenschr.*, 1879, article de Wœlffler, assistant de Billroth). C'est revenir à l'ancienne pratique de la chirurgie et renoncer aux avantages de la réunion immédiate complète, telle qu'on peut l'obtenir avec les ligatures de catgut. Pour ma part, dans cinq extirpations de tumeurs profondes du cou, trois goîtres et deux kystes athéromateux (voy. *Bullet. gén. de thérapeut.*, 1879, n° 7), je n'ai vu aucune des nombreuses ligatures au catgut être éliminée par suppuration; toutes se sont résorbées sous les téguments réunis. Récemment M. R. Barwell (*On deligation for aort. aneur. with a new species of ligature*, *Brit. med. Journal*, 1879. vol. I, p. 816, et *Centralblatt für Chirurg.*, 1879, p. 471), ayant à lier sur le même sujet l'artère carotide et la sous-clavière pour un anévrysme de l'aorte, s'est servi de bandelettes plates taillées dans la tunique moyenne de l'aorte du bœuf. Il reproche au catgut de ne pas convenir pour la ligature des grosses artères dans la continuité; il craint que le fil, par sa forme ronde, ne coupe la tunique interne et ne prédispose à l'hémorrhagie. Son compatriote Jones, dans ses célèbres expériences du commencement de ce siècle, avait cependant répondu victorieusement à cet argument, puisqu'il avait prouvé que la rupture de la tunique interne par le fil de soie est une condition favorable à l'oblitération des artères.

Mais, au lieu de m'engager dans une discussion de textes et de vivisections, qui prêtent toujours à la contradiction, je crois préférable d'ajouter quelques observations nouvelles aux exemples déjà connus de ligatures d'artères par le catgut.

En négligeant les faits concernant de petits vaisseaux, comme la radiale ou la cubitale, je donnerai la série intégrale des ligatures d'artères par le catgut, pratiquées dans mes salles, tant par moi-même que par mon adjoint, le docteur Jules Bœckel, depuis l'introduction de la méthode antiseptique. Certaines de ces observations ont déjà été publiées ailleurs, et ne paraîtront qu'en résumé; d'autres sont inédites.

Obs. I. *Ligature antiseptique de l'artère axillaire* (par le docteur Eugène *Bœckel*). — Madeleine Statz, âgée de dix-sept ans, est admise à la salle 34 pour un œdème chronique du bras gauche, avec commencement d'hypertrophie éléphantiasique de la peau. Après six semaines de traitements divers, on lie l'artère axillaire, le 3 juillet 1876, avec les précautions de la méthode antiseptique; les fils de catgut sont coupés près du nœud, et la plaie est suturée complètement. Les épingles sont retirées le 5 juillet; la plaie est guérie et reste telle. Amélioration passagère de l'œdème.

Obs. II. *Ligature antiseptique de l'artère humérale* (par le docteur Jules *Bœckel*). — G. K., ouvrier de fabrique de Schilltigheim, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital, salle 105, pour un anévrysme spontané du pli du coude. Ligature de l'humérale le 20 novembre 1876; suture de la plaie; on retire les épingles le 22 novembre; le malade quitte l'hôpital le 23. L'anévrysme diminue lentement, la plaie reste fermée.

Obs. III. *Ligature antiseptique de l'artère humérale* (par le docteur Eugène *Bœckel*). — Antoine P..., mécanicien à Épinal, âgé de trente-cinq ans, entre à l'hôpital de Strasbourg, salle 105, pour un large anévrysme de l'artère cubitale, occupant la moitié supérieure de l'avant-bras droit. Le 20 décembre 1876, on incise directement la tumeur, en grande partie remplie de caillots rougeâtres. On trouve une fente allongée sur l'artère cubitale, qu'on lie au-dessus et au-dessous de cette ouverture. Un point de la poche fournit encore du sang rutilant, probablement une branche récurrente de l'interosseuse. Elle se déchire plusieurs fois sous la pince, quand on essaye de la saisir. On se décide alors à lier l'artère humérale au-dessus du pli du coude; les chefs du catgut sont coupés court, la plaie de la ligature est fermée entièrement; dans celle de l'anévrysme, on introduit un gros tube de caoutchouc. Pansement antiseptique. Le 22 décembre, on enlève les épingles, la réunion est parfaite. La poche anévrysmale dans le voisinage guérit par suppuration en quatre semaines; on constate pendant tout ce temps que le fil de catgut, autour de l'humérale, ne s'élimine pas, et qu'il s'absorbe graduellement sous la cicatrice (1).

Obs. IV. *Ligature antiseptique de la carotide externe* (par le docteur Eugène *Bœckel*) (2). — Catherine Klein (de Runzenheim), âgée de cinquante-six ans, se fait admettre à la salle 34 pour un énorme sarcome du lobe droit de la glande thyroïde, du poids de 625 grammes. Pendant l'extirpation, pratiquée le 1er juillet 1878, on coupe dans la profondeur une bride qui résiste, et il en résulte une forte hémorrhagie qu'on arrête provisoirement avec des pinces hémostatiques. Après l'extirpation de la tumeur, on constate que l'une des pinces a été placée sur la carotide externe, et que son bord trop tranchant a blessé ce vaisseau. On le dissèque avec soin et l'on place une ligature au catgut, de chaque côté de la pince. On estime que le fil central n'est qu'à 1 centimètre de la bifurcation de la carotide primitive, ce qui exposerait à une hémorrhagie secondaire avec un fil de soie.

Tous les fils à ligature, au nombre de dix à douze, sont coupés court et la plaie est entièrement, fermée à l'exception de la place pour un tube à drainage. Guérison par première intention de la plaie; la malade se lève le 9 juillet et rentre chez elle le 17.

Obs. V. *Ligature antiseptique de l'artère fémorale* (par le docteur Jules *Bœckel*) (3). — Franck Elias, âgé de quinze ans, terrassier, est apporté à l'hôpital, salle 105, le 23 août 1879, au soir, atteint d'un coup de couteau au niveau de l'anneau des adducteurs, qui a donné lieu à une hémorrhagie très grave. L'interne de garde débride la plaie à plusieurs reprises pour arriver sur l'artère; mais sans succès. M. Jules Bœckel, chirurgien-adjoint est appelé, et, trouvant les muscles fortement mâchurés, se décide à

(1) Ces trois premières observations ont fait l'objet d'une note à l'Institut, par le docteur Jules Bœckel (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 2 avril 1877, et *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1877, p. 75).

(2) Cette observation est publiée *in extenso* dans le *Bullet. génér. de thérapeutique*, 1879, p. 294, avec d'autres extirpations de goîtres.

(3) Cette observation, ainsi que la suivante, ont été communiquées à la Société de médecine du Haut-Rhin. Séance du 9 novembre 1879.

---

que ces conditions avaient été à peu près les mêmes pour tous les grands vieillards, savoir : une grande sobriété; un travail régulier et le plus souvent en plein air; une marche quotidienne plus ou moins prolongée, mais sans fatigue; le coucher tôt, mais aussi le lever tôt; un certain calme, une certaine sérénité de l'esprit qui fait accepter sans une trop vive émotion les inévitables épreuves de la vie; un bien-être relatif; une intelligence modeste; enfin, le plus souvent, la vie en famille. Ils indiquent aussi des cas d'une vie prolongée en l'absence de tout ou partie de ces conditions; mais ces vieillards, que nous appellerons exceptionnels, sont représentés comme ayant joui d'une organisation privilégiée.

L'heureuse influence du mariage sur la durée de la vie est universellement admise. Tous les documents officiels sont unanimes à représenter la vie moyenne des mariés des deux sexes comme plus longue que celle des célibataires, des séparés ou divorcés et des veufs. Les *remariages* ne paraissent pas être défavorables à la prolongation de la vie. Nous avons cité, dans ce sens, le grand âge de la femme divorcée de Cicéron, Terentia, morte à 117 ans, après s'être mariée trois fois selon les uns, quatre fois selon d'autres. D'après Thompson, un Jacques Gay, de Bordeaux, mort à 106 ans, avait épousé 16 femmes (?). L'Ecossaise Mac Donald, morte au même âge, se maria 13 fois (?), et survécut à ses 13 maris. D'après le docteur Elsner, on ne citerait qu'un fait de longévité exceptionnelle chez une célibataire, c'est celle de la modiste française, établie à Berlin, Marie Mollet, arrivée, comme nous l'avons dit, à sa cent quinzième année. Elle fut accompagnée à sa dernière demeure par 45 vieilles filles entrées fort jeunes chez elle, et qui n'avaient pas voulu la quitter.

Enfin, rappelons que Francesco Hongo s'était marié cinq fois et avait eu 49 enfants.

Au premier rang des causes impersonnelles, mentionnons l'hérédité, que les préfets signalent aussi et fréquemment. Nous avons cité, dans ce sens, la grande longévité des mem-

lier la crurale à la pointe du triangle de Scarpa. L'incision de 6 centimètres est entièrement suturée par-dessus le fil de catgut. La plaie inférieure, élargie à 10 centimètres, est également réunie, à l'exception de la place pour un tube à drainage.

La réunion des plaies se fait complètement par première intention; la température la plus élevée est de 37°,8, le 24 août au soir.

Le 27 août, on enlève les dernières épingles à suture et le tube à drainage. Le trajet de ce dernier fournit seul un peu de pus et guérit en quelques jours.

Obs. VI. *Ligature antiseptique de l'artère fémorale* (par le docteur Jules *Bœckel*) (1). — Levy (Henri), âgé de dix-neuf ans, employé de bureau, se blesse le 8 octobre 1879 avec un grattoir au niveau de l'anneau des adducteurs. Hémorrhagie grave que le docteur Kien arrête au moyen du tourniquet, pour permettre le transport du blessé à l'hôpital.

Le docteur Jules Bœckel élargit la plaie à 10 centimètres et lie d'abord la grande anastomotique qu'il trouve divisée ainsi que le nerf saphène. Le sang ne s'arrêtant pas encore, il débride l'anneau des adducteurs et lie la fémorale avec du catgut à 1 centimètre plus haut. L'hémostase est complète. Suture. Pansement antiseptique.

Du troisième au sixième jour, la température du soir monte à près de 39 degrés; la plaie se désunit superficiellement en quelques points; mais la partie profonde reste réunie et le catgut n'est pas éliminé. Le blessé quitte l'hôpital le quatorzième jour, et revient encore plusieurs fois faire constater sa guérison.

(*A suivre.*)

Médecine mentale.

Délire épileptique. Coexistence chez un épileptique d'un double délire : l'un chronique, avec idées de persécution; l'autre de nature mystique, passager et consécutif aux attaques; par le docteur Garnier.

Le délire des persécutions est, comme on sait, l'un des troubles intellectuels que l'on observe le plus fréquemment, et cette variété de folie est aujourd'hui bien connue. Mais quand, chez un malade atteint de ces conceptions délirantes, on constate en même temps que les signes propres à cette espèce clinique certaines particularités qui ne lui appartiennent plus, on est amené à en rechercher l'origine dans la coexistence d'un autre trouble psychique.

L'observation que nous publions est un exemple bien net de cette double influence perturbatrice à laquelle un même individu peut être simultanément soumis; elle est intéressante surtout en ce qu'elle montre comment le médecin arrive à reconnaître, d'une façon précise, à laquelle de ces deux espèces de délire le malade obéit à un moment donné. Elle a été recueillie dans le service du docteur Magnan, à l'asile Sainte-Anne.

(1) Communiqué à la Société de médecine du Haut-Rhin (voy. plus haut).

Obs. — Le nommé N... (Charles), âgé de cinquante et un ans, ouvrier couvreur, entre à l'asile Sainte-Anne le 17 octobre 1879, dans le service de M. Magnan. Il a été arrêté la veille, dans l'église Saint-Roch, au moment où il se déshabillait complètement en disant qu'il allait monter au ciel. D'après le certificat d'entrée, ce malade a déjà été traité pour des idées de persécution, avec hallucinations.

Dès les premières questions que nous eûmes à poser à N..., il fut facile de nous convaincre que nous avions affaire au délirant persécuté.

Au surplus, rien de bien particulier à signaler dans son attitude; il ne semble point inquiet, et c'est sans difficulté aucune qu'il répond à nos interrogations.

Il nous raconte qu'il a à se plaindre de son fils, qui a monté, dit-il, toute sa famille contre lui et lui a dérobé ses économies. D'après les renseignements que nous avons obtenus quelques jours plus tard par la fille du malade, ces griefs ne sont pas absolument imaginaires, et N... a bien eu, en effet, à souffrir des procédés de son fils à son égard; il n'y a donc, en somme, dans cette partie de son récit, qu'un peu d'exagération.

Depuis des années, il s'aperçoit qu'on l'interpelle dans la rue. Un jour, entre autres, il a entendu en passant sur le boulevard Sébastopol : « On va te prendre ton argent... tu es un avare... tu ne profiteras pas de ce que tu amasses... quand tu rentreras chez toi, tu ne trouveras plus rien. » A ce moment, il s'est retourné, afin de découvrir ceux qui lui adressaient ces paroles; mais il n'a vu personne.

N... assure très catégoriquement n'avoir jamais commis d'excès de boisson. Aucun tremblement, du reste, soit de la langue, soit des mains.

« Mais pourquoi, lui dîmes-nous, vous êtes-vous mis tout nu en pleine église Saint-Roch? — Je ne sais pas ce que vous voulez dire. — Comment! vous ne vous rappelez pas être allé à Saint-Roch, avoir laissé vos vêtements, en disant que vous vouliez monter au ciel? — Non, monsieur, je ne me souviens pas d'avoir rien fait de semblable.»

Sur cette réponse très-nette, nous crûmes devoir donner à nos questions une direction particulière. Nous apprîmes alors qu'il arrivait quelquefois à notre malade d'uriner au lit, de se mordre la langue, d'éprouver des vertiges. A propos de ce dernier ordre de symptômes, le fait suivant s'était produit trois semaines auparavant : N... (Charles), en travaillant, a été précipité d'un échafaudage sans qu'il ait été à même de comprendre comment cette chute avait pu se produire. « Vous aurez eu, lui dîmes-nous, un étourdissement, un vertige. — Je ne saurais pas vous renseigner, je ne me suis souvenu de rien, et l'on a dû me dire que j'étais tombé de mon échafaudage; j'avais une blessure à la tête, mais ce n'était pas grave, c'est guéri maintenant. » Nous trouvons, en effet, à l'occiput les traces de sa chute récente. A plusieurs reprises, des accidents analogues sont survenus, et maintes fois, dans la rue, N... a été étourdi, dit-il, pendant un instant, ne sachant s'il allait tomber, et pendant deux ou trois heures, après ces vertiges, il était comme hébété; quand il revenait complètement à lui, il lui semblait qu'il sortait d'un rêve.

---

bres de la famille de Thomas Parr en Angleterre. Un journal français de médecine a raconté qu'aux environs de Varsovie, vivait, en 1870, un vieillard de 112 ans, nommé Lazare Fuchs, qui remplissait très exactement, malgré son grand âge, les fonctions de sacristain de la synagogue. Cet homme était issu d'une race de centenaires; son père avait atteint, dit-on, 120 ans, et son grand-père 126.

L'influence du climat est également admise. Cependant on ne saurait la dégager nettement des autres causes de longévité qui ont pu agir simultanément. Si toutes choses pouvaient être égales d'ailleurs, on serait tenté de croire que les climats méridionaux sont moins salubres que ceux du nord. En omettant la Russie, où une fécondité extrême engendre nécessairement une mortalité exceptionnelle, on trouve, en effet, un moindre nombre relatif de décès au nord (Angleterre, Scandinavie) qu'au midi de l'Europe.

On peut admettre que le séjour à la campagne favorise les grandes longévités, la vie moyenne des populations rurales étant notablement plus longue que celle des villes, mais surtout des grandes villes. Cependant les documents anglais attribuent à ces dernières villes, et notamment à Londres, un certain nombre de centenaires, décédés même dans des quartiers infects.

L'influence du bien-être, quand il est uni à la sobriété, et si son effet n'est pas neutralisé par certains éléments perturbateurs (agitations de la vie politique ou commerciale, etc.), ne saurait être niée non plus. Les documents anglais indiquent cependant, comme nous l'avons vu, des décès de centenaires dans les classes inférieures de la société et jusque dans les asiles d'indigents. Nous en avons également signalé quelques-uns en France.

L'influence des professions n'est pas douteuse. On ne trouverait pas un centenaire, par exemple, parmi les ouvriers des mines (surtout des mines de plomb et de cuivre): parmi les peintres décorateurs, les maçons, les ouvriers boulangers, les débitants de spiritueux et autres personnes exerçant des

Nous étions suffisamment renseigné sur ce que nous désirions savoir au sujet du *morbus sacer*. A n'en pas douter, N... (Charles) est un épileptique.

Questionné au point de vue des antécédents héréditaires, notre malade nous apprit que sa mère avait eu des attaques d'épilepsie; et comme nous insistions pour savoir si d'autres proches parents n'avaient jamais rien présenté de particulier : « Ah! il y a une de mes tantes qui s'est pendue, parce qu'un jour son mari, un ancien capitaine, était sorti sans mettre ses guêtres. »

Tels sont, en substance, les faits; et bien que les détails n'y abondent pas, ils renferment pourtant les éléments essentiels pour la démonstration d'une vérité clinique d'une importance considérable en pathologie mentale.

Il n'est pas inutile d'exposer en deux mots, en quelque sorte, le processus qui amène, dans ce cas particulier, à la constatation des deux espèces de délire chez ce malade.

Tout d'abord les réponses de N... apprennent d'une façon précise que son délire appartient à la variété de folie que l'on a appelée « délire partiel ». Il a les hallucinations auditives spéciales au délire des persécutions... On parle à côté de lui... son fils lui en veut... on lui a pris son argent.

Ce trouble psychique remonte à une date déjà ancienne, ainsi que l'attestent des certificats antérieurs.

Mais les questions se poursuivent, et brusquement une réponse déterminée apporte à notre observation des éléments de nature tout autre. N..., invité à s'expliquer sur les excentricités commises à Saint-Roch, s'étonne qu'on lui impute de pareils faits, attendu que rien ne lui rappelle qu'il en est l'auteur. Une semblable affirmation éveille l'attention, et cette idée se présente à l'esprit : « N... serait-il épileptique? » On sait, en effet, que, d'une part, les attaques de *morbus sacer* sont parfois accompagnées de délire, soit que ce délire précède ces attaques ou les suive, dernier cas qui est de beaucoup le plus fréquent; que, d'autre part, la caractéristique de ce trouble intellectuel, d'origine épileptique, est d'être tout à fait inconscient : nul souvenir des actes accomplis pendant ce délire ne lui survit.

Eh bien, nous trouvons chez N... cette absence de souvenir, car rien ne peut nous faire supposer que son étonnement, sa surprise, quand on lui rappelle le fait de l'église Saint-Roch, sont simulés.

Il est vrai que N... ne dit point qu'il ait jamais eu des attaques d'épilepsie. Mais personne n'ignore que cette névrose ne dénonce pas toujours bruyamment son existence, et se traduit souvent, au contraire, par des symptômes qui ne sont significatifs que pour le médecin; et encore faut-il que ce dernier aille à leur recherche, car il est exceptionnel qu'on y attire son attention. Que les attaques, par exemple, soient nocturnes, et elles passent inaperçues. Seulement, comme l'attaque épileptique s'accompagne du relâchement des sphincters et plus particulièrement d'une émission d'urine, le malade, à son réveil, est surpris de trouver son lit mouillé, et ce fait, qui le frappe, sera enregistré plus tard.

En outre, la langue est parfois surprise entre les arcades dentaires au moment du tonus maxillaire, d'où morsure plus ou moins profonde de cet organe, et le médecin peut constater ce fait, soit par les cicatrices qui en témoignent, soit par le dire même du malade, interrogé à cet égard.

Chez N..., on constate les évacuations nocturnes assez fréquentes d'urine, les morsures de la langue; mais, bien plus, il y a le fait des vertiges auquel ce malade est sujet, accident qui, à lui seul, pourvu qu'il se produise d'une certaine façon, suffit à constituer la grande névrose.

En présence de ces faits, il est bien permis de conclure que N... est atteint de *morbus sacer*, et que, sous l'influence d'une attaque récente, il sera entré dans une période délirante, au cours de laquelle il est allé à Saint-Roch et s'y est conduit comme on sait; l'origine épileptique du délire nous est révélée par l'absence de tout souvenir de ce qu'il a pu faire ou dire à ce moment.

Quant aux antécédents héréditaires, leur intervention étiologique est ici bien remarquable. C'est, pour le délire vésanique, le fait du suicide d'une tante... C'est, pour ce qui regarde l'épilepsie, la transmission directe par la mère de la névrose similaire.

Ainsi donc nous voilà en présence de deux espèces de délire chez le même malade. Ces troubles psychiques marchent côte à côte, mais ne se confondent point, malgré cette évolution simultanée. Supposons notre malade en proie à un délire très actif, commettant sous l'impulsion de ses conceptions maladives une série d'actes divers. Saurons-nous dire : tel ou tel acte doit être attribué à l'une ou l'autre des deux espèces de délire?

Cette distinction est possible, et nous serons à même de reconnaître où finit le délire épileptique, où commence le trouble vésanique. Toute cette phase délirante, que l'oubli complet, absolu, voile totalement au malade, est marqué du sceau de la grande névrose. Au trouble vésanique simple appartient cette autre période, éclairée par les souvenirs du pauvre aliéné, qui nous raconte plus ou moins volontiers, à dire vrai, ses hallucinations, ses craintes, ses actes accomplis sous l'influence des conceptions délirantes.

Il est encore un autre trouble intellectuel auquel le délire épileptique se trouve assez souvent associé, c'est le délire alcoolique. Ici, de même, on saura sous quelle influence est placé le malade, dans telle phase délirante, suivant que le souvenir des actes accomplis durant cette même période est ou n'est pas conservé.

Il nous a été donné d'observer fréquemment des cas vraiment bien intéressants, où, à travers l'enchevêtrement, pour

---

professions dangereuses. La profession agricole, au contraire, c'est-à-dire le travail régulier et en plein air, est essentiellement favorable à la durée de la vie. La grande majorité, la presque totalité des centenaires, lui appartient.

Une grande fécondité ne paraît pas compromettre la santé des femmes mariées. En 1805, mourait, dans l'Inde anglaise, une Mme Mills dans sa cent dix-huitième année. Son convoi fut suivi par 295 enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants. Presque à la même époque, décédait, en Angleterre, à l'âge de 106 ans et dans une maison d'indigents, Agnès Melbourne, mère de 21 enfants, dont 20 garçons, qui presque tous lui survécurent.

L'influence du calme, des habitudes régulières, du séjour prolongé dans un même lieu, doit être mise au nombre des conditions de longévité. Un certain John Burnett mourut, en 1734, à 109 ans, dans la maison où il était né. Il avait épousé 6 femmes, dont 3 après avoir dépassé 80 ans. Un nommé Wrench, mort en 1785, s'éteignit à 101 ans, dans la chambre où il était né. Deux de ses femmes avaient mis au monde 32 enfants. Nous avons mentionné le décès, à Carlisle, du pasteur Braitwhaite, mort à 110 ans, après avoir été constamment attaché, à partir de l'âge de 8 ans, à l'église dont il devint le desservant.

On trouve également des exemples de grande longévité chez des serviteurs restés toute leur vie au service de la même famille. Rappelons, d'après Thompson, le cas d'un nommé Robertson, mort en 1793, à Edimbourg, à 139 ans (?), après avoir été attaché, pendant 120 ans (?), à la même famille comme surveillant d'une mine. Margareth Wood, morte en 1797, fut également pendant 100 ans au service de la même maison. Elle, ses parents et ses grands parents y étaient restés pendant environ 400 ans!

Thompson croit avoir remarqué que les hommes de grande taille ont la vie plus courte que les autres, et il explique cette différence de longévité par la facilité avec laquelle les premiers succombent aux accidents et notamment aux chutes.

ainsi parler, des deux délires, il nous était possible de dire, en consultant les souvenirs du malade, quels faits étaient imputables à l'épilepsie, quels autres étaient dus au délire toxique. On comprend aisément de quelle importance est une telle donnée en pathologie mentale, au point de vue médico-légal. Le degré de responsabilité n'est évidemment point le même, suivant qu'un acte délictueux est accompli par un malade sous le coup du délire épileptique ou sous l'influence toxique.

N... (Charles) est un aliéné qui, vraisemblablement, est condamné à passer une grande partie de son existence dans les asiles. Une amélioration pourra se produire dans son état sous l'influence d'un traitement approprié; mais il y a toute probabilité que ses hallucinations ne disparaîtront jamais d'une façon complète et définitive, et qu'il restera sous l'empire de son délire de persécution. Ce pronostic est basé, d'abord sur l'ancienneté de ses conceptions imaginaires, ensuite sur les antécédents héréditaires.

Quant à l'épilepsie, le traitement par le bromure de potassium, auquel notre malade a été soumis aussitôt son arrivée à Sainte-Anne, tendra certainement à rendre plus rares les atteintes du mal; mais il ne suffira sans doute pas à prévenir toute attaque nouvelle, et partant le délire dont elle peut être suivie. En admettant chez N... une grande amélioration de son délire de persécution, il y aurait encore à se préoccuper, avant de lui signer sa sortie de l'asile, des conséquences de cette mise en liberté, au point de vue du *morbus sacer*. On sait, en effet, qu'entre tous les troubles intellectuels le délire épileptique est celui qui met à l'actif de la folie les actes de la plus grande gravité, comme aussi, du reste, de la plus complète irresponsabilité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL

Sur l'action physiologique de l'acide salicylique sur la respiration. Note de M. Ch. Livon. — En administrant à dose élevée du salicylate de soude en injection intraveineuse (8 grammes, par exemple, pour un chien de 16 kilogrammes), le premier effet, quelquefois immédiat, avant même la fin de l'injection, qui demande toujours plusieurs minutes, est un ralentissement du rhythme respiratoire ; puis survient une accélération qui peut porter le nombre des inspirations à cent cinquante à la minute. Cette augmentation est ensuite suivie d'un ralentissement qui précède la mort, survenant par arrêt de la respiration. Le ralentissement seul se manifeste si les doses sont faibles (expérience sur les cobayes).

L'action ne se fait pas moins sentir sur l'acide carbonique exhalé, qui traduit le degré d'activité de la respiration.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Yungfleisch comme membre titulaire dans la section de pharmacie.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur *Th. Gallard*, qui se porte candidat dans la section d'hygiène et de médecine légale. — 2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur *Desachy*, et relatif à un procédé de pesage des nouveau-nés par l'air comprimé. (*Accepté.*)

M. *Béclard* présente, au nom de M. le docteur *Jonathan Langlebert*, un instrument désigné sous le nom de *porte-caustique uréthral.*

M. *Henri Roger* offre en hommage un exemplaire de la dixième édition du *Traité pratique d'auscultation*, édition pour laquelle il s'est adjoint M. *Henri Barth.*

M. *Bernutz* présente, au nom de M. le docteur *Armaingaud* (de Bordeaux), une brochure intitulée : *Relation d'une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux dans une école de jeunes filles.*

M. *Pidoux* offre en hommage, au nom de M. le docteur *Ferrand*, un volume intitulé : *Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire.*

M. *Verneuil* présente, au nom de M. le docteur *Lucas-Championnière*, un exemplaire de la deuxième édition d'un ouvrage intitulé : *Chirurgie antiseptique, principes, mode d'application et résultats du pansement de Lister.*

M. *Duplay* présente, au nom de M. le docteur *Bourguet* (d'Aix), une brochure intitulée : *De l'immobilisation de l'anse intestinale dans quelques opérations graves de hernie étranglée.*

L'Académie devant le Sénat. — A l'occasion du procès-verbal, M. *Raynaud* demande que des remerciements soient adressés à M. Théophile Roussel pour l'énergie avec laquelle il a défendu les intérêts de l'Académie devant le Sénat.

La proposition de M. Raynaud est adoptée après une courte réponse de M. Broca.

M. *le Président* annonce la mort de M. Antoine Favre, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Marseille, membre correspondant.

Elections. — L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national dans la section de chirurgie et d'accouchements.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Azam (de Bordeaux); en deuxième ligne, M. Védrène (de Vincennes); en troisième ligne, M. Hermann (de Mulhouse); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Bourguet (d'Aix), Duboné (de Pau), Michel (de Nancy).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 31, M. Du-

Cependant, il trouve, et dans les géants et dans les nains, des exemples de vieillesse prolongée. Un Mac Donald, mort, en 1760, à 157 ans (?), mesurait 7 pieds 7 pouces (anglais). Un nommé Charles Brizart, le fermier le plus grand et le plus gros de son comté, mourut en 1785, à 107 ans. Mais, dans le sens contraire, Elsbeth Watson, morte à 150 ans (?), n'avait que 2 pieds 2 pouces (anglais). « C'était, d'ailleurs, une forte femme, si on peut appliquer ce mot à une pygmée. »

A. Legoyt.

Récompenses honorifiques. — Une médaille d'honneur en or, de 1re classe, a été décernée à M. le docteur Sicre (Joseph), médecin à Saint-Marcel, près Marseille, pour le dévouement exceptionnel dont il a fait preuve en prodiguant ses soins aux habitants du hameau de Sausset, commune de Carry-le-Rouet (Bouches-du-Rhône), où sévissait une violente épidémie de fièvre typhoïde.

Nécrologie. — On annonce la mort à Alger de M. le docteur Romain Legoff, médecin stagiaire du Val-de-Grâce, qui, à la suite d'une opération subie par lui pour fournir le sang nécessaire à une transfusion sur un blessé, en 1875, avait été pris d'une pleurésie purulente.

— M. le docteur Favre (Pierre-Antoine), doyen de la Faculté des sciences de Marseille, correspondant de l'Institut, ancien professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Légion d'honneur, est mort le 18 février, à Marseille, à l'âge de soixante-sept ans.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Sentoux (de Paris); de M. le docteur Schatz, médecin du XIe arrondissement; de M. le docteur Desbarreaux-Bernard, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de Toulouse; de M. le docteur Engel père, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, ancien professeur à la Faculté de Strasbourg; de M. le docteur Doyère, de Bonnebosq (Calvados).

boué obtient 25 suffrages, M. Azam 23, M. Védrène, 6, M. Hermann 5, M. Michel 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin. Le nombre des votants étant de 59, majorité 30, M. Duboué obtient 31 suffrages, M. Azam 25, M. Michel 2; il y a 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. *Duboué*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie dans la section de chirurgie et d'accouchements.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre correspondant dans la section de médecine vétérinaire.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Baillet (de Toulouse); en deuxième ligne, *ex æquo*. MM. Boulet, Mégnin et Saint-Cyr. Le nombre des votants étant de 53, majorité 27, M. Baillet obtient 44 suffrages, M. Mégnin 5, M. Saint-Cyr 1.

En conséquence, M. *Baillet*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national dans la section de médecine vétérinaire.

Bureau municipal d'hygiène au Havre. — M. *Lagneau* donne lecture d'un rapport dans lequel il approuve l'idée qu'a eue la municipalité havraise d'organiser un bureau sanitaire dans le genre de celui qui fonctionne à Bruxelles. Ce bureau publie chaque semaine un bulletin détaillé, indiquant non seulement la cause des décès, mais encore la nature des diverses épidémies qui sévissent dans les quartiers de la ville.

M. Lagneau exprime le désir de voir un bureau sanitaire de ce genre fonctionner dans toutes les grandes villes de France, et notamment dans Paris. Il propose, en outre, de voter des remerciements au conseil municipal du Havre, et particulièrement aux organisateurs du bureau : MM. Siegfried et Gibert.

MM. *Gueneau de Mussy* et *Larrey* appuient la proposition de M. Lagneau, en ce qui touche l'établissement d'un bureau sanitaire qui exercerait une surveillance sur toute la ville, et signalerait l'apparition des épidémies et les moyens de les combattre.

Des grandes tumeurs kystiques et fibro-cystiques non cancéreuses de l'utérus. — M. le docteur *Péan* divise ces tumeurs en trois variétés : 1° les tumeurs par rétention due à l'oblitération temporaire ou permanente, ou à des atrésies congénitales ou accidentelles du col de l'utérus. Parmi ces dernières, il insiste surtout sur les tumeurs de la muqueuse, qui forment un bouchon au-dessus duquel les liquides normalement exhalés sont retenus. A ce sujet, il rappelle l'observation de l'intéressante malade qu'il a présentée dernièrement à l'Académie, et dont il avait montré les pièces, le jour même de l'opération, trois années auparavant.

La seconde variété comprend les tumeurs utéro-cystiques. On sait que ce nom a été donné par l'auteur aux kystes développés dans l'épaisseur des fibres musculaires du col ou du corps de l'utérus, et qui sont susceptibles, comme les précédentes, en se développant du côté de l'abdomen, d'acquérir un assez grand volume pour compromettre l'existence. Il insiste sur la difficulté du diagnostic de ces sortes de tumeurs, sur l'utilité de les respecter tant qu'elles peuvent être aisément tolérées par l'organisme, et sur les avantages que donne l'hystérotomie quand leur grand volume met la vie en danger.

La troisième variété comprend les tumeurs fibro-cystiques. Il a désigné autrefois sous ce nom les tumeurs à la fois fibreuses et kystiques, qui se développent dans le corps et dans le col de l'utérus. Après avoir insisté sur leur diagnostic, il établit que, s'il convient de respecter ces tumeurs tant qu'elles sont peu volumineuses et qu'elles ne compromettent pas la vie, il ne faut pas hésiter, dans le cas contraire, à les combattre par un traitement chirurgical. Il propose, en conséquence, d'ouvrir ou même d'enlever par la voie vaginale celles qu'il est possible d'atteindre de ce côté. Il note, en passant, comme il l'a fait observer pour une malade présentée récemment à l'Académie, que si ces tumeurs sont sessiles, larges, trop profondément situées pour être extraites, il ne faut pas, lors même que la partie kystique constitue la presque totalité de la tumeur, trop attendre du traitement par l'incision et la suppuration.

Lorsque la tumeur se développe du côté de l'abdomen pour compromettre l'existence, il démontre que l'hystérotomie seule peut donner des chances sérieuses de guérison. Lorsque la portion liquide de la tumeur prédomine, une incision courte faite aux parois abdominales, et la ponction des loges, suffisent pour extraire la tumeur; quand, au contraire, la partie solide est tellement volumineuse que, pour l'extraire, il faudrait prolonger l'incision jusqu'à l'épigastre, il a obtenu les meilleurs résultats de son procédé de morcellement qui permet de diminuer le volume de la tumeur sans augmenter la durée de l'opération, et en mettant à l'abri des hémorrhagies. C'est sans doute parce que les chirurgiens qui ont appliqué son procédé l'ont fait autrement que lui, qu'ils en ont obtenu des résultats moins favorables.

En terminant, M. Péan donne la statistique des 46 hystérotomies qu'il a pratiquées en vue d'enlever des tumeurs solides et liquides de l'utérus; elles se répartissent ainsi : fibromes, 32; hypertrophie, 1; tumeurs fibro-cystiques, 8; tumeurs utéro-cystiques, 4; tumeur par rétention, 1. Or il résulte de la pratique que, comme le faisait observer dernièrement M. Duplay à l'Académie, les hystérotomies sont bien autrement favorables pour des tumeurs kystiques et fibro-cystiques que pour des tumeurs entièrement solides. Tandis que les 32 hystérotomies pratiquées pour fibromes et hypertrophie ont donné 20 guérisons et 12 insuccès, sur 8 tumeurs fibro-cystiques il y a eu 5 guérisons et 3 insuccès. Les 4 tumeurs utéro-cystiques lui ont donné 4 guérisons, et celle dans laquelle il y avait à la fois tumeur par rétention et kyste interstitiel de l'utérus a été également suivie de guérison.

Cette proportion de 10 guérisons sur 13 opérées est, comme on le voit, bien plus favorable que la statistique générale qui nous vient de l'étranger. L'auteur fait observer que ces résultats sont encourageants, puisqu'il considère comme relativement rares les cas dans lesquels les fibromes nécessitent l'intervention chirurgicale, tandis que la marche des tumeurs fibro-cystiques est bien autrement menaçante.

Société de chirurgie.

Séance du 18 février 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Des abcès froids tuberculeux. — Élection d'un membre titulaire.

M. *Lannelongue* lit un mémoire sur les abcès froids et en particulier sur les abcès froids tuberculeux. D'où viennent les abcès froids qui ne sont pas symptomatiques ? On invoque bien le mauvais état de la constitution. M. Lannelongue appelle abcès froids tuberculeux des abcès froids qui ont pour point de départ un tubercule local; et alors on peut encore établir deux catégories : les abcès froids *coïncidant* avec des lésions osseuses à marche chronique, et les abcès froids ne coïncidant pas avec des lésions osseuses.

Les premiers ne sont ni migrateurs, ni ossifluents, car il n'y a pas de rapport anatomique entre la suppuration osseuse et l'abcès. M. Lannelongue cite plusieurs observations : affection osseuse d'une phalange et abcès froids à l'avant-bras; *spina ventosa* au pouce et à l'auriculaire, abcès froids à l'avant-bras; dans une autre observation, les abcès froids ne siégeaient pas sur le membre atteint de lésion osseuse.

Quelle interprétation faut-il donner de ces faits? On peut

admettre un état général, la tuberculose, se manifestant également dans le tissu cellulaire et dans le tissu osseux. Ne pourrait-on pas dire aussi que des produits de dégénérescence tuberculeuse se sont introduits dans les réseaux lymphatiques et se sont fixés en divers points du membre? Souvent les viscères n'ont presque rien; ce sont de préférence les lésions des petits os qui donnent les abcès tuberculeux.

Il y a une autre variété d'abcès froids tuberculeux : ici la lésion osseuse fait défaut. M. Lannelongue en cite des exemples. Sous la peau on trouve d'abord un noyau dur comme un grain de riz; puis le noyau grossit et se ramollit au centre. A l'examen histologique, on trouve de la matière tuberculeuse entourée de bourgeons charnus; car la matière tuberculeuse provoque une inflammation qui produit des bourgeons charnus, et plus tard la membrane pyogénique. L'abcès est alors contenu dans une membrane qui bourgeonne à l'intérieur. A l'extérieur, la poche est déchiquetée et les tissus sont détruits autour; les petits vaisseaux sont oblitérés; il se fait une sorte de destruction par voisinage, et la poche s'étend. On peut appliquer aux abcès par congestion le même mode d'extension en faisant entrer en ligne le poids du pus.

Quelquefois la résolution se fait; le liquide peut être résorbé, et il ne reste que des bourgeons charnus qui, devenant fibreux, laissent une induration. Parfois la terminaison a lieu par ulcération durant longtemps, l'évolution tuberculeuse se continuant dans la paroi de l'abcès.

Si la membrane pyogénique joue un grand rôle dans l'évolution de l'abcès, il faut la modifier ou la détruire. M. Lannelongue applique une bande d'Esmarck sur le membre et gratte la poche. On peut encore recourir aux injections ou au drainage. Avant la découverte de la méthode antiseptique, M. Lannelongue intervenait rarement quand il s'agissait d'abcès par congestion. Maintenant il ouvre les abcès par congestion quand cela est possible, quand l'abcès est accessible sans trop de délabrements. Il fait une large incision et des injections avec une solution d'acide phénique au cinquième; en introduisant de gros tubes à drainage, on fait pénétrer les injections dans tous les points de la poche. Cette pratique n'a provoqué aucun accident.

M. *Le Dentu* a rencontré sur des adultes des cas analogues à ceux observés par M. Lannelongue sur des enfants. Il est important de savoir si l'examen histologique a été fait souvent, et si M. Lannelongue considère toujours les abcès qu'il a décrits comme des abcès tuberculeux. M. Le Dentu admet qu'un certain nombre a cette origine, mais il peut établir que certains abcès ne sont pas d'origine tuberculeuse.

En effet, il y a environ deux ans, il a observé à l'hôpital Saint-Antoine un homme qui avait à l'avant-bras et à la main une série d'abcès échelonnés, gros comme des noix ou des noisettes, et paraissant profonds. Une ponction exploratrice donna du pus. Cette forme correspond à la lymphangite chronique abcédée. Il est clair que ce fait diffère des observations de M. Lannelongue. Le malade avait eu une écorchure à la main quelque temps auparavant. Les abcès furent ouverts et cautérisés; la guérison eut lieu rapidement.

Depuis, M. Le Dentu a observé un nouvel exemple de lymphangite chronique suppurée. Un malade du service de M. Lallier avait une suppuration profonde de l'avant-bras. Quelque temps auparavant, il avait de nombreuses écorchures à la main et aux doigts. Sur le bras du côté opposé existait une altération osseuse. C'était une lymphangite chronique suppurée profonde. M. Le Dentu fit plusieurs ponctions. Le malade est à peu près guéri.

M. Lannelongue s'est trouvé entraîné à parler du traitement des abcès par congestion. M. Le Dentu ne partage pas son opinion sur ce point, car il n'a pas été heureux dans ses essais d'intervention active.

M. *Verneuil*. Les vaisseaux lymphatiques peuvent être le siège de petits abcès froids sous-cutanés, par un procédé embolique, le tubercule étant puisé dans un autre foyer. Dans un mémoire sur l'adénite des glandes sudoripares, M. Verneuil a cru montrer que certains petits abcès froids de la joue ou de la marge de l'anus avaient pour origine ces glandes enflammées.

Il admet également les abcès consécutifs à la lymphangite chronique tuberculeuse ou non tuberculeuse.

Au point de vue du traitement, il faut faire une distinction, suivant que les abcès se montrent sur des adultes ou sur des enfants. Quand il s'agit d'abcès par congestion chez des adultes, l'intervention du chirurgien donne souvent des résultats lamentables.

M. *Desprès*. La plupart des inflammations chroniques se développent dans les lymphatiques, du reste comme les inflammations aiguës. Les abcès froids venant d'une côte sont très accessibles, ceux de la colonne vertébrale ne le sont pas; pour les premiers, tout réussit; pour les seconds, l'intervention est presque toujours fâcheuse.

M. *Nicaise*. Il y a longtemps qu'on a étudié les abcès tuberculeux chez l'adulte, à l'occasion de la fistule à l'anus chez des individus qui ne devenaient tuberculeux que plus tard. Dans l'abcès par congestion, la poche c'est le réservoir; dans l'abcès tuberculeux, la poche c'est la maladie elle-même. M. Nicaise croit que la thérapeutique des abcès par congestion doit être modifiée; une opération faite de bonne heure avec les précautions de la méthode antiseptique rendrait des services réels.

M. *Lucas-Championnière*. La destruction de la paroi est utile dans le traitement des abcès froids. M. Championnière emploie la curette de Volkmann et obtient la réunion de la plaie en trois jours. Les abcès par congestion étendus ne sont pas susceptibles de modifications dans toute leur surface. Quand la lésion osseuse est accessible ou guérie, la guérison de l'abcès peut être obtenue. Quand la lésion est inaccessible ou non guérie, on peut obtenir une diminution de la poche, et n'avoir qu'une fistule conduisant à l'os malade. La fistule peut être guérie secondairement par un autre mécanisme. C'est ainsi que M. Championnière a curé une fistule, enlevé un séquestre et fait une injection de chlorure de zinc; la guérison vint rapidement.

Il peut arriver des accidents avec la chirurgie antiseptique, quand le pansement est mal fait, ou bien quand l'ouverture de l'abcès est au voisinage d'un orifice naturel; dans ce dernier cas, il vaut mieux renoncer à l'intervention chirurgicale.

M. *M. Sée*. Le tubercule peut se développer primitivement en dehors des poumons; la matière tuberculeuse entraînée par les lymphatiques ou les veines peut amener ensuite la phthisie pulmonaire ou une tuberculisation généralisée. Il est donc indiqué de détruire l'abcès tuberculeux en ruginant ses parois.

— *Élection*. — M. *Nepveu* est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie par 20 voix sur 30 votants.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. A. MOREAU.

Expérience de Galvani : M. Laborde. — Effets thérapeutiques du nitrate d'aconitine : M. Laborde. — Du sens de l'espace : M. Mathias Duval. — Croissance de l'embryon et du fœtus : M. Hamy. — Structure et développement des tubercules : M. Kiener. — Formation des ovules : M. Cadiat.

M. *Laborde* présente à la Société l'appareil dont M. de Boyer s'est servi pour l'étude du bruit musculaire. Une patte de grenouille suspendue à une potence plonge par l'extrémité de son nerf dans une petite cuvette de mercure. Lorsqu'on met

en contact réciproque les bouts libres de deux fils métalliques dont les extrémités opposées sont mises en rapport, d'une part avec le mercure, d'autre part avec la patte de la grenouille, celle-ci se contracte énergiquement. C'est l'expérience de Galvani amplifiée et facilitée. M. Pouchet fait observer que le contact cuivre-mercure modifie les conditions de l'expérience classique.

— M. *Laborde* offre à la Société une thèse faite à son instigation, sur les effets thérapeutiques du nitrate d'aconitine. Ce médicament produit des résultats merveilleux dans le traitement des névralgies faciales, à la condition qu'elles ne soient pas symptomatiques d'une tumeur intracrânienne, alors même qu'elles auraient résisté à l'opium et à la quinine. Il doit être employé à la dose de 4 milligrammes et être extrêmement pur. Le meilleur est celui que prépare M. Duquesnel.

— M. *Mathias Duval* reprend et développe quelques-unes des idées de Cyon sur le rôle des canaux semi-circulaires, et y ajoute quelques faits nouveaux. On sait depuis Flourens que la fracture d'un canal semi-circulaire détermine la rotation de l'animal dans une direction en rapport avec celle du canal brisé. D'autre part, les deux seules autopsies connues de sujets atteints de vertige de Ménière présentaient des hémorrhagies dans ces canaux. Il semble donc que ces parties de l'oreille interne soient les organes périphériques du sens de l'espace. On sait, en outre, qu'après avoir tourné rapidement sur soi-même, si l'on ferme les yeux, on croit tourner encore (phénomène de Purkinje) : persistance d'une sensation qui implique la nécessité d'un organe central qui la perçoit et l'emmagasine. Cet organe ne serait-il pas le cervelet, que l'on considère comme le centre coordinateur des mouvements? S'il en est ainsi, il faut qu'il y ait une communication entre les canaux semi-circulaires et le cervelet. Or, cette communication existe; car, en faisant des coupes du bulbe, on reconnaît que le nerf auditif envoie au-dessus des barbes du *calamus scriptorius* un gros faisceau qui passe dans le corps restiforme et se dirige vers le cervelet.

M. *Laborde* confirme les faits annoncés par M. Mathias Duval en rappelant que la section d'un canal semi-circulaire horizontal et la piqûre du pédoncule cérébelleux inférieur produisent chez la poule exactement les mêmes phénomènes.

— M. *Hamy*. La croissance de l'embryon humain se fait suivant une progression qui a été peu étudiée. Ajoutant ses recherches personnelles à celles de Thompson, Coste, Kölliker et Ecker, M. Hamy conclut que, dans une première période, cette croissance se fait régulièrement, mais lentement. A partir du deuxième mois et demi de la vie intra-utérine, c'est-à-dire au moment où les annexes du fœtus sont formées et développées, elle devient très rapide sans cesser d'être régulière. Enfin elle se ralentit à la fin de la grossesse. M. Hamy montre des courbes présentant d'une façon graphique le résultat de ses recherches. Les nègres semblent grandir moins rapidement et restent jusqu'à la naissance plus petits que les blancs, ce qui explique peut-être la facilité des accouchements dans la race noire.

— M. *Kiener* a étudié la formation et la structure des tubercules des séreuses chez des cobayes adultes. Les tubercules sont distribués dans toutes les parties des séreuses, mais surtout sur le trajet des vaisseaux sanguins et lymphatiques où ils apparaissent comme un renflement fusiforme du vaisseau, et dans l'angle de bifurcation des vaisseaux sanguins, enfin dans les lobules adipeux. Ils apparaissent sous la forme d'une tache laiteuse constituée par un tissu embryonnaire et par un riche réseau capillaire dont le développement se fait par bourgeonnement des vaisseaux anciens ou par la genèse d'un nouveau réseau angioblastique. Bien que les animaux inoculés par M. Kiener aient toujours été adultes, les séreuses examinées présentaient au moment du développement des tubercules l'aspect d'un réseau vasculaire embryonnaire. A mesure que les tubercules grandissent, les taches laiteuses deviennent plus épaisses, des cellules épithélioïdes se forment autour des petits vaisseaux, la tunique musculaire des petites artérioles devient opaque, et leur endothélium, par suite d'une modification du protoplasma, subit une sorte de dégénérescence vitreuse. La dégénérescence vitreuse envahit les capillaires à une seule tunique et les transforme en cylindres vitreux dont la section transversale donne l'image d'une *cellule géante*. Ces cellules résultent donc de la transformation des capillaires, et M. Kiener a pu voir sur plusieurs préparations des capillaires se perdre dans une de ces prétendues cellules, preuve manifeste de la continuité qui existait antérieurement entre elles et ces vaisseaux. En définitive, le tubercule est le résultat de la déviation pathologique d'un peloton vasculaire qui au début a atteint un degré d'organisation assez élevé.

M. *Malassez* reconnaît l'exactitude des faits avancés par M. Kiener, dont il a pu étudier les préparations. Il croit cependant que les cellules géantes sont dues à la dégénérescence des cellules vaso-formatives plutôt qu'à celle des capillaires.

— M. *Cadiat* croit que les ovules, au lieu de se développer aux dépens d'un épithélium spécial (épithélium germinatif de Waldeyer), formé dès le début de la vie embryonnaire et poussant à travers l'ovaire des prolongements appelés cordons glandulaires, se constituent isolément dans des cellules sphériques et granuleuses appelées par lui *ovoblastes*, qui commencent à se différencier à partir du cinquième ou sixième jour.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

De l'atrophie de l'estomac, par M. Nothnagel.

Chez un jeune homme de vingt-trois ans qui présentait tous les symptômes de l'anémie pernicieuse progressive, on trouva à l'autopsie les lésions de l'atrophie de l'estomac. A ce propos, Nothnagel présente des considérations intéressantes sur cette affection peu connue, et sur la possibilité de la diagnostiquer.

L'*atrophie de l'estomac*, pour les Anglais, comprend deux lésions principales qui ne se rencontrent pas forcément accouplées, la cirrhose des parois et la disparition des glandes. On peut donc observer trois sortes de faits : 1° ceux où les glandes ont disparu sans que les parois soient hypertrophiées ou la capacité diminuée; 2° ceux où la cirrhose n'a déterminé qu'une disparition incomplète des glandes; 3° ceux où les lésions sont combinées.

Au *premier* groupe, surtout bien étudié par Fenwick, (*The Lancet*, 1877), correspondent les phénomènes graves de dénutrition de l'anémie générale progressive, et il est probable qu'un certain nombre d'observations rapportées sous ce dernier titre relèvent de la lésion stomacale. La conservation du pannicule adipeux tient à ce que la digestion intestinale reste normale. Les symptômes gastriques, vomissements, éructations, manque complet d'appétit, sensations douloureuses, n'existent pas toujours : c'est pourquoi le diagnostic n'est possible que par exclusion, ou lorsque les phénomènes du côté de l'estomac sont suffisamment nets.

La symptomatologie du *deuxième* groupe est très incomplète. En général les lésions fonctionnelles sont plutôt mécaniques; l'épaississement des parois peut être constaté à la palpation (résistance égale, lisse, représentant exactement, mais en petit, les limites de l'estomac). Dans le cas observé par Nothnagel, le malade ne pouvait manger que peu et par petits morceaux : la déglutition de chaque bol alimentaire était suivie d'un sentiment de plénitude de l'estomac. On pourrait utiliser aussi le tympanisme stomacal artificiel, le cathétérisme d'après Leube, etc. Mais il ne faut

pas oublier que dans la plupart des observations les symptômes rappelaient surtout ceux du carcinome ou de l'ulcère rond.

Dans le *troisième* groupe enfin, on trouve la réunion des symptômes comme des lésions anatomiques. C'est à ce groupe qu'appartenait le cas cité plus haut, et l'étude attentive des phénomènes avait permis à Nothnagel d'établir le diagnostic pendant la vie. (*Deutsch. Archiv für. klin. Med.*, t. XXIV, p. 353.)

Recherches sur les rapports des maladies des reins et l'hypertrophie du cœur, par MM. Grawitz et Israel

Expériences intéressantes sur des lapins auxquels on liait l'artère rénale (ce qui déterminait des maladies diverses de l'organe), ou bien auxquels on enlevait totalement un rein.

Le première effet de la ligature de l'artère est de produire une néphrite hémorrhagique. Plus tard cette lésion se transforme, suivant les cas, en néphrite insertitielle ou en néphrite parenchymateuse, c'est-à-dire que le rein s'atrophie ou devient gras. De ces deux altérations secondaires, la première peut être considérée comme normale ; la seconde, au contraire, ne s'établit que chez animaux débilités. On voit d'après cela que les auteurs avaient la possibilité d'étudier les changements que provoquerait dans le cœur : 1° l'extirpation d'un rein ; 2° l'atrophie d'un rein ; 3° la dégénérescence graisseuse d'un rein.

Disons de suite que ces changements sont indépendants de la lésion expérimentale et relèvent uniquement de l'*âge* des animaux. Tant que les animaux *sont jeunes*, le rein intact augmente rapidement de volume en même temps que sa fonction s'active. Au bout de deux ou trois semaines, la quantité d'urine est aussi considérable qu'avant l'opération, et l'on peut constater que le rein sain pèse double, tandis que l'autre s'est peu à peu atrophié.

D'ailleurs les animaux restent en bonne santé : la compensation est parfaite. Le cœur ne participe aucunement à ce travail.

Il n'en est pas de même chez les *animaux âgés*, chez lesquels l'augmentation de volume du rein s'établit lentement et n'arrive jamais à un degré suffisant. L'urine reste au-dessous de la quantité normale. « Il y a là, disent les auteurs, un véritable déficit dont l'influence est très variable sur la santé des animaux. » Un certain nombre d'entre eux périssent d'urémie ; d'autres continuent à vivre, mais jouissent d'une santé chétive. D'autres enfin arrivent au bout d'un certain temps à reprendre une parfaite santé, mangent et jouent comme d'habitude. Chez ces derniers, on constate *toujours* l'existence d'une hypertrophie du ventricule gauche du cœur qui peut être considérée comme compensatrice du développement défectueux du rein.

La conclusion de ce fait s'applique aisément à la pathologie. Toutes les fois que la fonction du rein sera compromise, l'hypertrophie du cœur en sera la suite fatale et d'ailleurs avantageuse. Mais ce n'est pas précisément sar ce point que porte la discussion ; mais bien sur celui de la pathogénie. L'hypertrophie du cœur est-elle mécanique? c'est peu probable. Des expériences très minutieuses permettent d'affirmer que les lésions du rein que nous venons de décrire ne déterminent jamais une augmentation de la pression artérielle, quels que soient les changements intervenus du côté du cœur.

Il ne reste plus qu'à attribuer l'hypertrophie en question à un état particulier du sang, qui posséderait des propriétés irritantes pour l'organe central de la circulation. Les auteurs pensent que cet effet est produit par la petite quantité d'urée non éliminée par les reins et retenue dans le sang. En effet, on peut, en injectant directement dans les vaisseaux de petites doses d'urée, provoquer une exagération persistante du fonctionnement cardiaque se traduisant surtout par une augmentation de la vitesse du torrent sanguin. Mais cette dernière partie de la démonstration laisse à désirer. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVII.)

BIBLIOGRAPHIE

Les martyrs de la science, par M. Gaston Tissandier. 1 vol. grand in-8, illustré de 34 gravures sur bois. — Paris. Maurice Dreyfous.

De la lecture des attachants récits que M. Tissandier vient de livrer au public se dégagent deux sentiments profonds, invincibles : l'admiration et la tristesse. L'admiration, elle n'a pas besoin d'être expliquée. Devant la plupart de ces princes, de ces héros de la science, on se sent comme en présence de puissances mystérieuses, inspirées, forçant la nature, comme l'antique Sibylle, à ouvrir son sanctuaire et à parler.

.... Dehiscent
Attonitæ magna ora domus...

Aujourd'hui l'on est tenté de saluer leurs noms comme on dit que Newton ne manquait jamais de saluer le nom de Dieu, en se découvrant. Mais on ne s'étonne pas de l'effroi qu'ils inspiraient jadis au vulgaire, et qu'ils aient passé pour sorciers et magiciens. Pour le peuple de Ravenne, Dante était *celui qui revient de l'enfer*, tant l'enfer terrible qu'il avait peint paraissait vraisemblable. Que pouvaient être ces gens qui prétendaient connaître les secrets du ciel et de la terre, affirmaient l'éternité de la matière, voyaient des taches dans le soleil proclamé incorruptible, imprimaient des livres, travaillaient les métaux, braquaient des lunettes sur les astres, brûlaient jusqu'à leurs meubles pour fabriquer des poteries; qu'étaient-ils, sinon des suppôts du diable? Là commence la tristesse; mais tant que l'injustice et la persécution viennent de la foule, on est comme résigné, parce que l'esprit de la foule, c'est précisément cet amas de ténèbres où l'on sait bien que la lumière ne peut pénétrer sans résistance, et parce que d'ailleurs cet esprit est souvent ce que le font ceux qui ont charge de le conduire. Le fanatisme ou le calcul politique des maîtres, qu'ils aient sur la tête une couronne ou une tonsure, voilà ce qui afflige et révolte. Or, la science rencontrait à cet égard, au moyen âge, une situation particulière. Dans les sociétés naissantes, science et religion marchent de pair ou plutôt ne font qu'un. Dans cette société qui se reconstituait au quinzième et au seizième siècle, les sciences, naturelles ou philosophiques, — qui n'étaient pas condamnées, comme à l'origine même d'une civilisation, à une initiation longue et pénible, mais qui, au contraire, au contact des monuments souvent très hardis de la science antique, s'étaient élancées dans la carrière avec une sorte de fougue, — les sciences s'étaient heurtées à un ordre de choses établi qu'elles dérangeaient, à un corps de dogmes immuables qu'elles ébranlaient, à une force toute-puissante et armée, la force ecclésiastique, qu'elle troublait et qui n'était pas d'humeur à se laisser détruire. Aussi que de persécutés coup sur coup! Galilée, dont le monde entier connait l'infortune; Kepler (dont, par parenthèse, la mère faillit être tuée comme sorcière); Tycho-Brahé; Gutenberg; Etienne Dolet, étranglé en place Maubert; Roger Bacon; Ramus, jeté par une fenêtre et déchiré en morceaux; Giordano Bruno, livré aux flammes; Vanini, Michel Servet, également brûlés; Campanella, empalé; Palissy, mort dans les cachots de la Bastille; Alde Manuce, ruiné et garrotté au fond des souterrains de Venise; Pierre Belon, jeté aussi en prison et plus tard assassiné, etc!

Pourquoi faut-il que la science elle-même, égarée par l'erreur ou la jalousie, ait sa part dans les infortunes dont

M. Tissandier s'est fait l'historien? Newton n'a pas d'adversaires plus acharnés que Leibnitz et Huygens; Fulton est traité de charlatan par Bonaparte; Arago et Thiers se moquent des chemins de fer.

Un chapitre de l'ouvrage est consacré aux médecins. Mais déjà la médecine est glorieusement représentée dans le groupe des victimes précédentes. On sait que Servet, né en Espagne, était élève de Fernel, avait professé à Paris et pratiqué à Lyon et dans d'autres villes de France; que Galilée avait étudié la médecine à Pise, aussi bien que Vanini à Naples (ou à Padoue). Si Alde et Dolet ne sont pas médecins, le premier a imprimé les œuvres de Galien; le second les opuscules du même auteur et la *Chirurgie* de Paul d'Egine. Quant à ce groupe spécial de médecins auquel M. Tissandier fait les honneurs de son martyrologe, il en est, parmi eux, qui ont succombé victimes de leur dévouement à la science, comme Bichat s'obstinant à travailler dans un foyer d'effroyable putréfaction; ou au devoir professionnel, comme ceux qui ont puisé le germe mortel au sein des épidémies de choléra, de diphthérie, de fièvre jaune, etc.; d'autres qui ont été poussés au suicide par l'injustice des hommes, comme Horace Wells, le premier qui ait reconnu les propriétés anesthésiques du protoxyde d'azote et de l'éther (voy. *Gaz. hebd.*, 1876, p. 193); d'autres enfin qui ont voulu sauvegarder par des actions d'éclat et de courage la vie de leurs semblables, comme Léon Roces, troué de balles, dans la dernière guerre d'Espagne, en sommant l'ennemi de respecter les blessés. Nous n'osons trop citer Desgenettes qui, à ceux qui lui demandaient ce qu'il y avait au bout de sa lancette, répondait, dit-on : « Il n'y a que moi qui le sais, avec un petit bossu qui me servait. » Mais si l'ouvrage était écrit aujourd'hui, de combien d'exemples nouveaux et authentiques ne pourrait-il pas s'enrichir! Pour la diphthérie, par exemple, à côté de Gillette, de Giboulou, de Poirier, de Prével, de Tourné, de Henri Blache, de J. B. Girard, de Vallerian, etc., qui ne connaît ceux dont le corps médical et la foule indifférente elle-même ont lu les noms et vu passer les convois dans ces derniers temps! Qu'on se rappelle également l'holocauste de médecins immolés dans les récentes épidémies du Sénégal et d'Astrakhan! On vient d'admirer dans son acte héroïque le jeune Roces; on sera un peu étonné de ne pas voir à côté de lui, dans ce livre, ce chirurgien militaire, Pasquier, mort sous la Commune dans des circonstances absolument semblables. Du reste, l'embarras du choix en ce genre serait assez grand pour qu'on ne se montre pas trop exigeant.

Une dernière remarque. De pareils récits revenaient bien naturellement à M. Tissandier. Lui-même victime — non pas martyr; grâce à Dieu il n'y en a plus! — de son zèle d'investigation, il a l'âme et l'esprit qu'il faut pour raconter les misères et peindre le calvaire de la science militante. La page où il décrit la terrible aventure où sa vie fut tant menacée « dans les déserts silencieux de l'air », à 8600 mètres d'altitude, n'est pas la moins émouvante du volume.

A. D.

VARIÉTÉS

LE BANQUET BROCA.

Les organisateurs du banquet offert à M. Broca pour fêter son élection au Sénat, et qui avait lieu au moment où notre dernier numéro était mis sous presse, avaient bien présumé des dispositions de l'esprit public à l'égard de notre éminent confrère. En très peu de temps, le nombre des souscriptions atteignait celui des places que peuvent offrir les plus grandes salles des plus grands hôtels de Paris; et il a fallu de bonne heure en clore la liste, comprenant alors 215 à 220 noms. Une préoccupation s'était répandue. Le succès de M. Broca lui était venu de deux éléments : d'une part, ses tendances politiques bien connues; de l'autre, son mérite et ses qualités personnelles, les grands services qu'il a rendus à la science, le secours que la spécialité même de ses travaux peut prêter à la solution de certaines questions sociales, la solidité de son caractère et la dignité de toute sa vie. Le banquet serait-il une profession de foi ou un hommage à la personne? serait-il politique, comme pouvait l'indiquer la présidence de M. Henri Martin et la présence de M. Laurent Pichat; ou médical, comme le donnait à penser la composition du comité d'organisation? Un coup d'œil jeté sur l'assistance donnait vite la réponse. Peu de convives appartenant aux corps élus du pays; presque toute la Société d'anthropologie, y compris Mlle Clémence Royer; des membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, des professeurs, des agrégés, des médecins des hôpitaux; un grand nombre de praticiens, dont une partie venue des départements; et, dans ce mélange, une assez forte proportion de personnes qui n'iraient pas aux urnes sous le même drapeau que le héros de la fête. Voilà un milieu tel que nous le souhaitions; car, en réalité, ce qu'on a eu, dans le conciliabule de la salle des Pas-Perdus de l'Académie de médecine, la pensée de célébrer à l'hôtel Continental, ce n'est pas un sénateur de la Gauche, mais simplement l'honneur qu'a reçu le corps médical en la personne d'un des siens. Les discours se sont tenus, du reste, à la température de ce milieu. On a sans doute parlé révolution, république, progrès, liberté, ce qui n'a blessé, croyons-nous, les oreilles de personne; mais on a encore plus raconté la vie scientifique, si laborieuse et si féconde, de M. Broca, ce qui a réjoui les oreilles de tous et fait battre toutes les mains.

La série des toasts a été naturellement ouverte par une allocution du président, le vénérable et populaire auteur de l'*Histoire de France*, qui, par des vues d'ensemble aussi heureuses que justes, a su associer les travaux de son nouveau collègue aux progrès, on peut dire à la rénovation, à la restitution de l'histoire des peuples et des civilisations. On devine le silence qui s'est fait quand celui-ci s'est levé pour répondre; et l'on comprendra aussi les applaudissements qui ont accueilli à diverses reprises le discours simple, substantiel, d'un parfait à-propos, et en même temps ému et chaleureux, que nous publions plus loin. Puis, M. Béclard, comme président de la Société d'anthropologie à sa fondation; M. Poix, comme président actuel, ont éloquemment rappelé comment M. Broca, après avoir créé cette Société, l'avait fait vivre par son activité incessante et son infatigable collaboration; et M. Trélat, dans la forme animée, pittoresque, élégante et correcte qui lui est propre, a signalé dans l'événement fêté le juste prix du travail et de la capacité, et, dans un heureux moment de la vie, l'aboutissant naturel de la vie entière.

Là se terminaient, ce semble, les discours officiels ou plutôt convenus. Mais M. Verneuil se lève, le vieil ami, le camarade inséparable de Broca. On pressent une émotion et l'on ne se trompe pas. Le premier s'adresse au second en le tutoyant, et le ramène familièrement à la mansarde des premiers jours, pour lui mieux montrer tout le chemin qu'ils ont parcouru ensemble, pauvres, luttant pour l'existence, rivaux quelquefois, mais toujours la main dans la main. Touchant tableau dans lequel on voyait, hélas! passer l'ombre de Follin! Quelque chose monte au cœur des assistants. Les deux amis se lèvent, se jettent dans les bras l'un de l'autre, et on les acclame. Enfin, en des termes très heureux, MM. Pozzi, compatriote et élève de M. Broca, de Beauvais et Hugot, saluent à leur tour le héros de la fête : le premier au nom des confrères du Midi, le second au nom des médecins de Paris, et le troisième au nom des médecins des départements.

La *Gazette hebdomadaire* n'a pas demandé la parole dans cette solennité; mais elle la demande ici pour rappeler combien elle s'honore d'avoir compté M. Broca au nombre de ses collaborateurs attitrés.

A. Dechambre.

Voici l'allocution de M. Broca :

« Mes chers amis.

» J'éprouve une grande joie et une profonde émotion en voyant réunis autour de moi, dans cette fête de famille, tant de confrères et tant de collègues qui me rappellent toutes les étapes de ma vie, depuis les bancs du collège jusqu'au fauteuil du Sénat, les premières années du quartier latin, l'internat, le prosectorat, le Bureau central, l'agrégation, le professorat. J'ai eu le bonheur de rencontrer partout où j'ai passé d'excellents amis dont l'affection ne s'est jamais démentie, et que je suis heureux et fier de retrouver ici.

» En fêtant mon élection, vous avez voulu surtout me donner un témoignage personnel ; mais je pense que vous avez voulu aussi, abstraction faite de ma personne, applaudir à la nature du choix qui a été fait par le Sénat. Il est évident que ceux qui m'ont élu n'auraient jamais dû songer à moi s'ils n'avaient su qu'ils pouvaient toujours compter sur mon entier dévouement aux institutions républicaines ; mais si, parmi tant d'hommes non moins sûrs, et bien plus autorisés que moi dans les questions politiques, ils ont choisi un homme de science, c'est parce qu'ils tiennent la science en haute considération ; parce qu'ils estiment que, servir la science, c'est aussi servir son pays. J'en suis pénétré de reconnaissance, et je suis sûr que vous partagez ce sentiment.

» Je dois reporter aussi ma reconnaissance sur tous ceux qui ont encouragé mes travaux : sur le corps médical, qui m'a soutenu dans ma carrière ; sur les maîtres qui m'ont instruit ; sur la presse scientifique, qui a accueilli et répandu mes publications ; sur la Faculté de médecine, qui m'a donné une chaire ; sur l'Académie de médecine, qui m'a admis dans son sein ; et sur cette Société d'anthropologie, qui m'a donné de si précieux témoignages d'estime et d'amitié. J'ai partagé ma vie entre la médecine et l'anthropologie, et toutes deux m'ont comblé de leurs faveurs. La médecine m'a conduit pas à pas jusqu'à la position qu'elle réserve aux plus heureux, et l'anthropologie vient d'y ajouter un autre succès, car c'est elle qui, possédant le privilège d'intéresser partout les esprits cultivés, a fait connaître mon nom en dehors du monde scientifique, et a attiré sur moi l'attention des hommes politiques. Je serais bien ingrat si je ne restais fidèle aux sciences, qui m'ont valu une aussi haute récompense, et j'en serais aussi bien malheureux, car aucune satisfaction ne peut égaler celles que procurent le travail et la recherche de la vérité.

» On raconte qu'un empereur romain désirait que tous les hommes n'eussent qu'une seule tête pour pouvoir la couper d'un seul coup ; lord Byron, plus humain, et trop humain sans doute, désirait que toutes les femmes n'eussent qu'une seule bouche pour pouvoir les confondre toutes dans un seul baiser. Moi, mes chers amis, je voudrais que vous n'eussiez qu'un seul verre pour pouvoir, d'un seul coup, trinquer avec vous tous à la fois. Et, puisque cela n'est pas possible, laissez-moi supposer pour un instant que toutes vos coupes sont réunies dans la main de notre illustre président, M. Henri Martin.

» Cher et vénéré maître, les paroles que vous m'avez adressées me rendraient beaucoup trop fier si je croyais les avoir méritées, et si je ne sentais que je dois les attribuer surtout à l'amitié dont vous m'honorez. Pour concilier mes devoirs politiques avec mes travaux scientifiques, je n'aurai qu'à prendre modèle sur vous. Après avoir rendu aux sciences historiques des services si éclatants, après avoir élevé à notre histoire nationale un monument grandiose, après avoir concouru avec tant de patriotisme et de sagesse à notre régénération politique, vous aviez, plus que tout autre, le droit d'aspirer au repos ; nous vous avons vu, au contraire, dans ces derniers temps, en dépit des ans qui ne font que glisser sur votre tête, redoubler d'activité, étendre vos recherches des temps historiques, qui n'avaient plus de secrets pour vous, aux temps préhistoriques, et prendre une part considérable aux travaux et aux discussions de la Société d'anthropologie. Dire que l'on veut prendre pour modèle un homme tel que vous, ce n'est pas avoir l'ambition outrecuidante de s'élever au niveau où vous ont placé votre talent d'écrivain, votre sagacité d'historien, votre autorité de savant et vos grandes vertus ; mais du moins il dépend de moi de m'inspirer de vos sentiments et de vos principes, et d'avoir le même amour que vous pour la France, la science et la liberté. »

Distinction honorifique. — M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, a été nommé officier d'Académie.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés : 1° Aides d'anatomie titulaires pour une période de trois années, à partir du 1er novembre 1879 : MM. Marchand, Jarjavay, Piéchaud, Boursier, Brun, Nitot, Ramonède, Routier. — 2° Aides d'anatomie provisoires pour une année, à partir du 1er novembre 1879 : MM. Boulay, Castex, Coudray, Méricamp, Labbé, Michaux, Poirier, Luizi.

— M. Chambard (Ernest) est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies mentales (emploi nouveau). — M. Vallon (Charles) est nommé aide du laboratoire de clinique des maladies mentales (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Lyon. — M. Chapuis, pharmacien de 1re classe, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de toxicologie pendant l'année scolaire 1879-1880. — M. Cazeneuve, agrégé des Facultés de médecine, est maintenu dans les fonctions de maître de conférences de chimie organique pendant le même temps. — M. Reboul (Charles-Marie-Joseph) est délégué dans les fonctions de chef du laboratoire de physiologie, en remplacement de M. Rebatel, démissionnaire.

Nécrologie. — Trois membres du corps médical viennent d'être coup sur coup bien cruellement éprouvés dans leurs affections de famille. M. le professeur Vulpian a perdu un fils, et M. le docteur Sanné, gendre de M. le docteur Barthez, une fille. Enfin nous apprenons la mort du fils de M. le professeur Oré (de Bordeaux). Tous nos lecteurs s'associeront avec nous à la profonde douleur de nos confrères.

Odontologie. — M. le docteur Aguilhon de Sarran vient d'ouvrir rue Suger, 13 (les mardis et jeudis, de neuf à onze heures), une clinique pour le traitement gratuit des maladies de la bouche et l'enseignement de l'odontologie et de la chirurgie dentaire.

Mortalité a Paris (7e semaine, du 13 au 19 février 1880). — Population probable : 2 millions d'habitants. — *Nombre total des décès :* 1441, se décomposant de la façon suivante : *Affections épidémiques ou contagieuses :* fièvre typhoïde, 73 ; variole, 70 ; rougeole, 6 ; scarlatine, 4 ; coqueluche, 15 ; diphthérie et croup, 49 ; dysentérie, 1 ; érysipèle, 12 ; affections puerpérales, 8. — *Autres maladies :* bronchite, 87 ; pneumonie, 167 ; phthisie pulmonaire, 183 ; diarrhée infantile et atrophie, 45 ; autres causes, 729.

Bilan de la 7e semaine. — L'épidémie typhique s'est un peu amendée (73 décès au lieu de 102), mais elle paraît s'être accrue dans le quartier du Gros-Caillou (la présence de l'hôpital militaire et les perturbations un peu artificielles qui en peuvent résulter nous obligent à cette forme dubitative) ; elle s'est aussi singulièrement accrue dans le VIe arrondissement, qui compte 7 décès au lieu de 1.

La variole se maintient aussi avec son chiffre élevé de décès (70). C'est toujours le Ve arrondissement, surtout par son quartier de la Sorbonne, qui continue à en être le siège de prédilection.

Ce sont les décès par affections pulmonaires qui, en diminuant dans de larges proportions, ont le plus contribué à l'amoindrissement notable de la mortalité générale, dont le chiffre, de près de 40 décès par an et par 1000, est descendu à près de 38. Mais nous avons encore beaucoup à gagner, puisque la mortalité annuelle moyenne de la même semaine n'a été que de 27,24, et la mortalité moyenne pour l'année entière de 23,1.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 4 mars 1880.

LES MÉTHODES DE RÉFRIGÉRATION EMPLOYÉES DANS UN BUT THÉRAPEUTIQUE.

1. — *Des appareils.*

Nous nous occuperons de la question de la réfrigération appliquée à l'homme dans un but thérapeutique quand M. le docteur Dumontpallier aura achevé la lecture qu'il a commencée sur ce sujet à la dernière séance de l'Académie de médecine. Nous ne nous proposons aujourd'hui que de mettre sous les yeux du lecteur, comme introduction à l'étude clinique, l'histoire des méthodes de réfrigération envisagées exclusivement au point de vue des procédés d'application.

Nous laisserons de côté les moyens de réfrigération bien connus qui, comme les affusions froides, le drap mouillé, l'immersion dans un bain, etc., peuvent se passer de description; il ne sera question, dans cette revue sommaire, que des appareils à l'aide desquels on cherche à soustraire au sujet le calorique en excès et même à abaisser la température au-dessous de la normale.

Dans tous ces appareils, l'eau froide est employée comme corps réfrigérant; mais au lieu de l'appliquer directement à la surface de la peau, on l'en isole par une mince paroi de caoutchouc qui suffit pour éviter le contact et les inconvénients qu'on lui suppose, sans empêcher l'action refroidissante de s'exercer.

Tel est le principe général : dans l'application, les procédés ont varié. Tout d'abord on s'est contenté d'une sorte de sac en caoutchouc, ayant tantôt la forme d'un bonnet de coton dont une moitié est invaginée dans l'autre, tantôt celle d'une véritable poche; on introduisait dans la cavité de ces appareils, soit de la glace fondante, soit de l'eau froide qu'on renouvelait en entretenant un courant à l'aide d'un réservoir peu élevé : tels sont le bonnet à glace du docteur Gariel (premier appareil du genre, 1851), la vessie à glace de Galante (1851); les coussins, les sachets de Gariel (1852), ou les sacs à glace du docteur Chapman (de Londres) (1865), applicables aux régions cervicale, dorsale ou lombaire. Les manchons partiels pour l'avant-bras, la jambe, etc., du docteur Clauzure (d'Angoulême), le sac à glace intra-vaginal du docteur Beni-Barde (1872), etc.

Avec ces procédés, on ne cherchait à produire qu'une réfrigération *locale*, pour combattre une phlegmasie circonscrite ou pour empêcher le développement d'accidents inflammatoires à la suite d'un traumatisme.

Plus tard, on se préoccupa d'obtenir une réfrigération *générale* en enveloppant la totalité ou la presque totalité du corps avec des appareils à double paroi, dans lesquels circulait un courant d'eau froide : tels sont les manchons que nous avons fait nous-même confectionner pour étudier chez les animaux les modifications des actions nerveuses sous l'influence d'un refroidissement graduel (Société de biologie, 1879), la ceinture abdomino-lombaire du docteur Clément (de Lyon) (congrès de Montpellier, août 1879), la couverture tubulaire du docteur Dumontpallier et de M. Galante (Société de biologie, décembre 1879).

Nous nous arrêterons seulement à l'examen de ces derniers procédés, les seuls qui nous intéressent actuellement, puisqu'il n'est ici question que du moyen d'obtenir un abaissement général de la température.

FEUILLETON

Histoire de la première résection de l'épaule pour carie, attribuée à tort à White, de Manchester.

PROLOGUE

CONSEILS A UN JEUNE BIBLIOGRAPHE.

A M. le docteur G. H., bibliothécaire à la Faculté de B...

Mon cher ami,

Permettez-moi de vous féliciter d'abord de votre récente nomination, et ensuite du désir que vous manifestez de vous livrer aux études bibliographiques. — Grâce à votre petite fortune personnelle et à vos appointements, vous pouvez satisfaire vos goûts modestes, et la profession que vous avez choisie est assurément capable de vous permettre de jo r en paix de votre *aurea mediocritas*, comme vous dites; j'ajouterai : *bene faciendo*. Nouvelles félicitations.

Ce dont je vous félicite moins, c'est d'avoir eu la pensée de me demander des conseils sur la manière d'aborder les questions de bibliographie. Y songez-vous? Je suis assurément très flatté de votre proposition; mais vous oubliez que je suis presque aussi novice que vous dans la carrière. Certes, vous auriez pu mieux vous adresser. Cependant une phrase de votre lettre m'engage à me rendre presque à votre désir : « Vous êtes si sévère dans vos critiques, que tout en en reconnaissant la justesse, je serais bien aise d'apprendre de vous à m'en garantir, si un jour ou l'autre je venais à publier le résultat de mes recherches. » Je pourrais vous rassurer en deux mots. Lorsque vous citerez un texte, ayez la bonté : 1° de ne pas omettre les quelques mots dont la présence pourrait contrarier l'opinion que vous défendez; 2° d'indiquer exactement la page du volume de l'édition de l'ouvrage auquel vous ferez l'emprunt.

Le manchon à double paroi de M. François-Franck ne peut guère s'appliquer qu'aux animaux; il est, en effet, constitué par deux feuilles de caoutchouc soudées sur leurs bords, et présentant des orifices pour laisser passer la tête et les membres. L'application au malade en serait pénible, et si le principe était adopté, on pourrait plutôt avoir recours à la ceinture abdomino-lombaire de M. Clément. Ce dernier a montré qu'il suffit d'exercer une réfrigération suffisante sur la moitié inférieure du tronc, et particulièrement sur la paroi abdominale, pour déterminer un abaissement général et rapide de la température. Cette conséquence d'un refroidissement localisé s'explique aisément, si l'on songe que la réfrigération s'adresse, presque directement, à travers la paroi de l'abdomen qui est peu épaisse, à un immense réseau vasculaire, dans lequel le sang se renouvelle avec une grande rapidité. Mais il est à craindre que, pour obtenir dans l'appareil de M. Clément un renouvellement assez rapide de l'eau froide, on ne soit obligé de distendre notablement les parois, et par suite, de faire supporter au malade un poids considérable, ou bien, si l'appareil n'est pas distendu, l'eau s'accumule dans les parties déclives et la paroi abdominale antérieure qu'on a surtout intérêt à refroidir, n'est plus recouverte que par une couche d'eau insignifiante.

Il semble donc qu'il était important, tout en conservant l'idée d'envelopper le malade d'une couche d'eau renouvelable, de supprimer l'inconvénient d'une surcharge excessive : c'est ce qui a été réalisé dans les *appareils tubulaires* de MM. Dumontpallier et Galante.

L'histoire de ces appareils doit être rappelée en quelques mots.

En 1859, le docteur Petitgand, médecin major, employa des tubes de caoutchouc à paroi mince, parcourus par un courant d'eau froide et qu'il enroulait autour de la partie à refroidir. Il a décrit tout au long ses procédés dans un travail publié quelques années plus tard et intitulé : *De l'irrigation médiate en médecine et en chirurgie*, Paris, 1866. Un tube d'une certaine longueur, de 5 à 6 mètres, d'un diamètre de 10 à 12 millimètres, d'une épaisseur de paroi de 1 à 2 millimètres, suffisait à tous ses besoins. « S'agit-il, par exemple, dit-il, de soumettre à l'irrigation continue une partie ou la totalité d'un membre, celui-ci étant soulevé, on enveloppe la région malade de spires contiguës que l'on maintient avec quelques jets de bande ou une cravate. » De la même façon, on refroidit avec le courant d'eau qui parcourt le tube, l'épaule, le sein, la tête. M. Galante, frappé des avantages du moyen indiqué par M. Petitgand, fabriqua un certain nombre d'appareils de forme déterminée, applicables à la tête et aux autres parties du corps; les appareils ayant une forme fixe, suppriment l'application longue, laborieuse et un peu com-

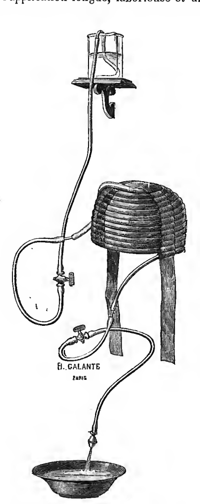


Fig. 1. — Bonnet tubulaire réfrigérant.

pliquée dont M. Petitgand avait donné l'indication; l'excessive ténuité de la paroi du tube rend plus sensible à l'action de la température du liquide en circulation les parties sur lesquelles ces appareils sont appliqués. On n'a pas à craindre

---

La formule, vous le voyez, est très simple, et je pourrais en rester là et vous tirer ma révérence. Mais vous êtes plus exigeant. Vous voulez que je vous indique des sujets d'étude. Ceci est encore très facile. Prenez un personnage quelconque, un fait quelconque dans un ouvrage de n'importe quelle époque et écrit dans n'importe quelle langue, et cherchez dans les auteurs postérieurs à ce personnage, à ce livre, à ce fait, ce qu'ils en ont dit. Quand vous arriverez au dernier ouvrage paru sur le sujet, vous aurez fait une ample récolte d'erreurs qui vous en apprendra plus sur la bibliographie et ses procédés que tout ce que je pourrais vous en dire actuellement.

Vous verrez aussi que bon nombre d'auteurs copient ceux qui les ont précédés, en déguisant, bien entendu, leurs emprunts le mieux qu'ils peuvent; que par suite ils reproduisent l'un après l'autre les assertions les plus erronées sans prendre la peine de remonter à la source. Faites ce qu'ils n'ont pas fait, et j'affirme que vous ferez une œuvre utile. Je ne dis pas que tout le monde vous en saura gré, car pour quelques rares chercheurs que vous contenterez en leur indiquant un texte introuvable, vous mécontenterez vingt personnes qui auront contribué à l'égarer. C'est à vous de voir

Quid valeant humeri.

Cela ne vous suffit pas encore. « Indiquez-moi aussi, dites-vous, comment il faut s'y prendre pour retrouver une source avec une indication erronée. » Oh! ceci est plus difficile. J'y suis quelquefois parvenu, mais j'ai souvent encore bien du mal à me tirer moi-même des perplexités où me jettent les inexactitudes de nos prédécesseurs, et ma petite expérience ne me permet pas de poser des règles aussi nettes que les précédentes. Je n'en pose même aucune. Tout ce que je puis faire pour vous, c'est de vous inviter à m'accompagner dans mes pérégrinations bibliographiques, heureux moi-même d'avoir un compagnon aussi bien doué et aussi résolu que vous, et de pouvoir profiter des réflexions que ne manqueront pas de vous suggérer nos trouvailles bonnes ou mauvaises. Che-

l'affaissement des parois qui sont suffisamment tendues par la charge d'eau nécessaire pour entretenir le courant. La figure ci-jointe (fig. 1) montre la disposition de l'un de ces appareils, le bonnet réfrigérant construit par M. Galante (1868).

Les appareils tubulaires ont donc été imaginé par le docteur Petitgand, en 1859, perfectionnés, adaptés aux différentes régions par M. Galante : ils sont de provenance exclusivement française.

Ce point paraît devoir être rappelé ici, car en Angleterre, on attribue à Spencer Well l'idée d'un bonnet réfrigérant identique, ainsi que l'indique une note récente du docteur Brochin à la Société de médecine pratique; d'autre part, Esmarch signale, comme capable de déterminer un refroidissement très énergique, ce qu'il appelle le tube spiral réfrigérant. « Un long tuyau de caoutchouc est enroulé en spirale autour du membre malade; une des extrémités plonge dans un vase rempli d'eau glacée, tandis que le bout inférieur est suspendu au-dessus d'un récipient vide ». (Esmarch, chirurgie de guerre.)

L'idée de M. Petitgand était bonne, comme on voit, puisque deux chirurgiens distingués ont eu la même inspiration, mais longtemps après notre compatriote.

C'est d'après le même principe qu'est disposée la *couverture réfrigérante* de MM. Dumontpallier et Galante. Les appareils exécutés antérieurement par M. Galante lui rendirent facile la construction d'un appareil pouvant satisfaire au désir qu'exprimait M. Dumontpallier de soumettre à la réfrigération certains malades, et particulièrement les typhoïdes. Voici quelle est schématiquement la disposition de la couverture réfrigérante (fig. 2).

Elle est formée d'un long tube replié un grand nombre de fois sur lui-même et engaîné entre deux parois de toile réunies par des piqûres. A chaque retour du tube est disposé un raccord métallique en forme d'U, empêchant des plis de se former. L'eau entre par l'extrémité D et sort par l'extrémité D', ayant parcouru une longueur du tube d'environ 80 mètres, et ayant soustrait au passage une quantité notable de calorique au sujet enveloppé dans la couverture. Si, en effet, on compare la température accusée par un thermomètre plongeant dans le courant d'eau à son entrée à celle qu'indique un second thermomètre plongé dans l'eau à sa sortie, on constate, après quelque temps d'application de l'appareil, que le second thermomètre est plus élevé de plusieurs degrés. C'est donc une sorte de calorimètre que l'appareil de MM. Dumontpallier et Galante. Non seulement il sert à abaisser la température, mais il peut permettre de déterminer approximativement la quantité de chaleur soustraite au corps. Cette notion prend un véritable intérêt si on examine comparativement, comme le fait M. Dumontpallier, la chute graduelle de la température du sujet soumis à la réfrigération. L'avantage réel de cette couverture réfrigérante consiste à obtenir le même abaissement de température qu'avec les appareils à double paroi, comme celui de

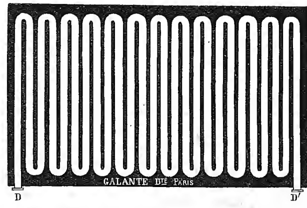


Fig. 2. — Schéma de la disposition de la couverture tubulaire à réfrigération de MM. Dumontpallier et Galante. D, orifice d'entrée de l'eau froide. D', orifice de sortie.

M. François-Franck et de M. Clément, sans charger le sujet d'un poids d'eau gênant. En effet, la quantité d'eau *maxima* que peuvent contenir les 80 mètres de tube ne dépasse pas 6 litres, et ces 6 kilogrammes se répartissent de façon à ce que la face antérieure du corps n'en supporte pas même la moitié : la portion de l'appareil sur laquelle repose le malade ne le charge évidemment pas, celle qui est située latéralement est soutenue par la disposition même des tubes qui sont reliés entre eux au moyen d'une double enveloppe de toile. La figure 3 représente l'appareil en fonction, enveloppant un malade, muni de son système de distribution d'eau avec réglage facile et de ses thermomètres d'entrée et de sortie.

Avant d'en faire l'application aux malades, M. Dumontpallier en a fait l'essai sur des sujets bien portants qui se sont prêtés à ces expériences inoffensives. J'ai moi-même assisté à ces recherches préalables et pu constater les effets de l'irri-

---

min faisant, nous relèverons les *erreurs, lacunes* et *imperfections de la littérature médicale,* comme disait notre savant maître M. Verneuil. Nous examinerons comment elles ont pu naître, nous les corrigerons de notre mieux, et nous tâcherons d'éviter d'en commettre d'autres. Plus tard, s'il y a lieu, nous résumerons notre expérience en quelques conclusions pratiques.

Vous verrez comme moi que la bibliographie médicale est une véritable forêt, non pas vierge, car elle a été souvent explorée, mais à peu près inconnue dans bien des parties; que même dans la partie connue, les nombreux sentiers qu'on y a tracés sont loin d'être droits et dépourvus d'obstacles, et que souvent au lieu de nous conduire à destination, ils ne font que nous égarer davantage ; nous ne serons pas trop de deux pour nous retrouver. Nous perdrons souvent patience, nous abandonnerons souvent une bonne piste pour une mauvaise, séduits par les dehors engageants d'un petit chemin qui, muni à son entrée d'une indication bien écrite, nous conduira traîtreusement dans un labyrinthe inextricable où nous pesterons tout à notre aise; ou bien si, comme M. Verneuil, nous nous embarquons sur un petit ruisseau aux apparences calmes et tranquilles, car il y en a aussi dans les forêts, notre esquif ira parfois se heurter sur les bas-fonds hérissés d'écueils où nous briserons nos rames, nos plumes veux-je dire.

En bibliographie il faut s'attendre à tout l'imprévu désagréable possible, mais je me hâte d'ajouter que nous aurons aussi quelques compensations. Quand, après avoir bien cherché, nous mettrons la main sur une source ignorée ou perdue, nous oublierons vite les ronces du chemin et ne songerons guère à l'encre avec laquelle on aura autrefois altéré ses ondes limpides.

Mais j'oublie que votre grandeur vous retient à B... Je vais donc partir seul, mais je prendrai bonne note de mes impressions de voyage et de mes découvertes, et je vous les communiquerai. En attendant, lisez et relisez les feuilletons que MM. Broca, Verneuil, Warmont, Notta, Turner, etc., ont

gation médiate tant sur la température que sur la circulation.

Dans ces essais sur l'homme, on n'a pas poussé l'abaissement de la température axillaire et buccale au-dessus de 4 à 5 degrés, et ce résultat a été obtenu après une heure environ d'application, avec une rapidité moyenne du courant d'eau. M. Dumontpallier avait désiré pousser plus loin l'expérience et étudier avec détail les effets de la réfrigération graduelle sur les températures superficielle et profonde, sur le cœur, le pouls, la pression, etc. Dans ce but, il m'avait prié de me joindre à lui pour expérimenter sur les animaux : nous avons reconnu, après plusieurs tentatives, que les appareils tubulaires agissent sur les animaux couverts d'une couche de poils isolante qui contenant un matelas d'air préservateur, avec une trop grande lenteur pour qu'il y ait lieu de poursuivre cet ordre de recherches. Je suis arrivé à des résultats plus positifs sur les animaux avec le manchon à double paroi que m'a construit M. Galante, mais les faits constatés sur l'homme sain par M. Dumontpallier étaient amplement suffisants pour l'autoriser à transporter au malade l'application de cet appareil. On verra prochainement le bénéfice qu'il en a retiré, au point de vue clinique (1).

François-Franck.

(1) La plupart des renseignements historiques indiqués dans cette revue m'ont été fournis par M. H. Galante, qui a bien voulu me communiquer les épreuves d'une notice sur l'application thérapeutique du froid et du chaud. C'est aussi à son travail que j'emprunte les figures présentée plus haut.

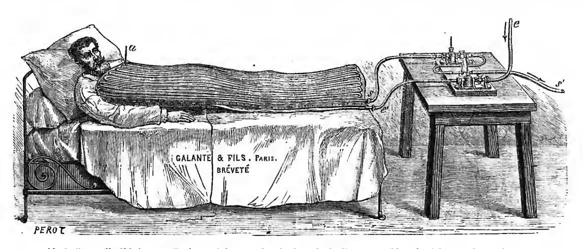


Fig. 3. — Ensemble de l'appareil réfrigérant appliqué au malade. — *ee'*. Tube d'entrée de l'eau avec robinet de réglage et thermomètre ployé dans le courant. *ss'*. Tube de sortie muni du même système de robinets et d'un thermomètre. — *a*. Thermomètre axillaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

De l'emploi du catgut pour les ligatures d'artères dans la continuité, par le docteur Eugène Bœckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg.

(Fin. — Voyez le numéro 9.)

Les deux dernières observations, encore inédites, sont les plus importantes, en raison des conditions dans lesquelles la réunion immédiate a été obtenue après la ligature antiseptique d'une grosse artère.

Obs. VII. *Anévrysme de l'artère axillaire remontant au-dessus de la clavicule. — Ligature antiseptique de la sous-clavière. — Guérison par première intention* (par le docteur Eugène *Bœckel;* observation recueillie par M. Lentz, interne). — Peter (Charles), âgé de cinquante-cinq ans, vigneron de Hunawihr, entre le 5 juin 1879 à l'hôpital de Strasbourg, salle 105.

C'est un homme robuste, trapu, qui n'a jamais fait de maladie sérieuse. Il y a trois ans, il a remarqué, pour la première fois, dans l'aisselle droite, une petite tumeur dure qui ne présentait alors aucun battement. En même temps il ressentait dans l'épaule des douleurs vagues, s'exaspérant par la moindre pression. La tumeur augmenta lentement de volume; depuis deux ans, le malade y remarque des pulsations très nettes; enfin, dans les dernières semaines, il constata également des pulsations sous la clavicule.

---

publiés dans la *Gazette hebdomadaire.* Ce sont d'excellents modèles du genre. Faites connaissance avec ces articles du rez-de-chaussée de la *Gazette:* les uns gais, spirituels, les autres plus graves; tous sérieux au fond et écrits par d'honnêtes plumes. Ils vous apprendront à connaître et à aimer la *méthode bibliographique.* De mon côté, je vous raconterai tout au long ce que j'ai fait; vous pourrez ainsi imiter ma conduite si vous la trouvez bonne, en suivre une autre si vous le jugez convenable; dans ces deux cas, je serai heureux si j'ai pu vous être utile en quelque chose.

Puisse ce récit impartial ne pas vous détourner de vos projets, et l'aveu de mon impuissance ne pas vous faire rompre les bonnes relations auxquelles tient tant

Votre bien dévoué,

L. H. Petit.

P. S. — Je viens de parler de la méthode bibliographique. N'ayant trouvé nulle part la définition de cette méthode, je vous propose celle-ci : La méthode bibliographique est l'art de rechercher dans les livres des travaux se rapportant à un sujet donné, d'analyser ces travaux, d'en extraire les idées, les faits qu'ils contiennent, et de les classer ensuite de manière à en tirer le meilleur parti possible.

Ainsi envisagée, la méthode bibliographique peut s'appliquer à deux ordres de recherches : 1° l'historique d'une idée, d'un personnage ou d'un fait; 2° la réunion de faits semblables, dans le but d'établir ou de contrôler une opinion sur un sujet donné.

Comme exemple, je vais vous tracer l'histoire bibliographique d'une observation célèbre dans la chirurgie conservatrice: je veux parler de celle de White, qui passe pour le premier fait de résection de l'épaule pour carie.

Sur les conseils du docteur Weissgerber (de Ribeauvillé), qui avait reconnu un anévrysme, le malade se décida à entrer à l'hôpital de Strasbourg, dans le service de M. Eugène Bœckel.

État actuel le 6 juin. — Le malade est de moyenne taille, bien musclé, point amaigri. A l'inspection du thorax, on remarque une saillie assez considérable de la région sous-claviculaire droite; le muscle grand pectoral y est soulevé par des battements isochrones au pouls. Dans l'aisselle du même côté, on constate par la palpation, plus que par la vue, une tumeur très ferme, du volume d'un œuf de poule et animée de battements et d'un mouvement d'expansion bien marqué. Elle renferme probablement des caillots fibrineux stratifiés. Par contre, la tumeur sous-clavière est plus molle et plus élastique. Elle ne se laisse pas nettement délimiter sur les côtés, à cause des muscles pectoraux qui la recouvrent, mais elle s'étend à 10 centimètres au-dessous de la clavicule, et envoie également un prolongement au-dessus de cet os dans la direction de l'artère. Il reste cependant un espace de 2 centimètres entre ce lobe de l'anévrysme et le bord des scalènes. La clavicule est un peu soulevée par la tumeur; quand on l'abaisse en pressant sur l'épaule, on affaiblit beaucoup les battements de la radiale, mais le malade ne supporte cette compression qu'un instant.

A l'auscultation de la tumeur, on y perçoit les bruits du cœur, mais sans bruit de souffle; par contre, le stéthoscope appliqué sur le cœur même fait entendre un bruit de souffle systolique à la pointe, qui se prolonge le long de l'aorte, où il prend un timbre métallique. La matité cardiaque est d'ailleurs manifestement augmentée, et le choc de la pointe se perçoit à gauche de la ligne mamillaire.

Le pouls de la radiale droite est large, assez plein, et retarde sur celui de la radiale gauche; mais les tracés sphygmographiques des deux vaisseaux ne donnent pas de différences bien palpables. Le malade se plaint de douleurs dans l'épaule et le bras droit; elles s'arrêtent au coude et ne vont pas jusqu'aux doigts.

Après avoir observé le malade pendant quelques jours, en le maintenant au lit avec une vessie de glace sur la tumeur, on se décide à lier la sous-clavière en dehors des scalènes, comptant qu'on pourra éviter le cul-de-sac de la poche anévrysmale qui se trouve au-dessus de la clavicule.

Opération le 11 juin avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, y compris la pulvérisation phéniquée.

Le malade est anesthésié, après injection préalable de 2 centigrammes et demi de morphine. Dans ces conditions, quelques bouffées de chloroforme suffisent pour procurer un sommeil très calme.

M. Bœckel pratique alors une incision de 6 centimètres le long de la clavicule, en partant du bord externe du sterno-mastoïdien. Une seconde branche de 4 centimètres remonte le long de ce muscle et donne à la plaie la forme d'un L. Tous les petits vaisseaux qui donnent du sang sont saisis avec des pinces hémostatiques pour maintenir la plaie nette. Après la division du muscle peaucier et de l'aponévrose cervicale, on tombe sur un paquet de graisse qui fait hernie dans l'incision; on l'arrache avec des pinces, ce qui met à nu la veine jugulaire externe, qu'on récline en dehors avec des crochets mousses. Pendant les mouvements d'expiration, on voit alors apparaître, dans l'angle externe de la plaie, le lobe sus-claviculaire de la poche anévrysmale. Elle a une couleur d'un bleu noirâtre, est animé de battements très nets et rentre sous la clavicule pendant l'inspiration. Plus en dedans, contre le scalène, on aperçoit un nerf du plexus brachial et l'artère sous-clavière dans sa gaîne. On déchire cette dernière au moyen de la pince et de la sonde cannelée, en évitant une veinule qui y rampe; puis la sonde est glissée sous l'artère et sert de guide à une aiguille courbe, soigneusement émoussée et arrondie, qui entraîne un fil de catgut n° 2. La veine sous-clavière n'est pas visible.

Après s'être bien assuré que la compression du vaisseau compris dans l'anse arrête les battements de l'anévrysme, on serre fortement le fil au moyen d'un double nœud et on le coupe court. Puis la plaie est nettoyée par un jet de solution phéniquée et réunie par des sutures métalliques. On place seulement un petit tube de caoutchouc au point de jonction des deux incisions. La région est recouverte par plusieurs couches de mousseline phéniquée, et le bras est immobilisé contre le tronc au moyen de tours de bande.

Le 12 juin. A part quelques fourmillements dans la main droite, le malade n'a nullement souffert de l'opération, et a dormi cette nuit.

Le membre opéré a la même couleur que le bras gauche, quoique le pouls y soit absent. Par moment on croit sentir de légères ondulations dans la radiale ou l'humérale, mais l'instant d'après on ne les retrouve plus. Le pansement étant resté sec, on n'y touche pas. — Température: matin, 37°,2; soir, 37°,5.

Le 13 juin on renouvelle le pansement; la plaie paraît réunie; le suintement séreux est peu abondant; aussi on supprime le tube à drainage. La saillie de la région sous-claviculaire a notablement diminué. La tumeur du creux axillaire est dure et réduite au volume d'un œuf de pigeon. — Température : matin, 36°,8; soir, 38°,2.

Le 14 juin, température : matin, 36°,7; soir, 37°,8.

Le 15 juin, température : matin, 36°,6; soir, 37°,5.

Le malade se plaint de quelques douleurs dans l'épaule et le bras, qui tiennent peut-être à la trop grande immobilité du membre. On change le pansement; la mousseline n'a qu'une petite tache au niveau du trajet du tube. On enlève les sutures métalliques.

Le 20 juin, l'opéré continue à bien se porter; on lui permet, pour la première fois, de se lever. La tumeur anévrysmale s'affaisse et durcit de jour en jour; le pouls n'est toujours pas revenu dans la radiale, ni dans l'humérale droite. La plaie est cicatrisée.

Le 3 juillet, l'opéré est présenté à la séance générale de la Société de médecine avant de rentrer chez lui.

De l'anévrysme, il ne reste plus qu'une petite tumeur dure, placée profondément dans l'aisselle, et une résistance un peu plus forte de la région sous-claviculaire. Le pouls est tout à fait imperceptible à droite; cependant ce bras est bien nourri et jouit de tous les mouvements; il est seulement un peu plus faible que l'autre.

Le 20 septembre, Peter revient nous voir à l'hôpital. Il va tout à fait bien, à part une légère faiblesse du bras droit. Le pouls n'y est pas revenu.

Obs. VIII. *Anévrysme poplité chez un vieillard de soixante-dix-neuf ans. — Ligature antiseptique de l'artère fémorale* après compression préparatoire. — *Guérison absolue par première*

Il y a quelques mois, M. le professeur Ollier (de Lyon) me fit l'honneur de me demander quelques renseignements au sujet de l'observation dont je viens de parler. « On attribue généralement à White, me dit-il, la première résection de l'épaule pour carie, et comme le malade, après la guérison, a conservé les mouvements du bras, on m'a plusieurs fois fait entendre, en s'appuyant sur ce cas, que la résection sous-périostée n'était pas nécessaire, puisque White ne l'avait pas pratiquée. Je n'ai jamais lu l'observation originale, et je voudrais bien la lire. »

Je me mis à la recherche de l'observation désirée, qui se trouve dans l'ouvrage de White intitulé : *Cases in Surgery, with remarks*. Pendant que M. Ollier la parcourt, je vais en donner la traduction, que l'on ne trouve que par fragments plus ou moins considérables dans les livres français sur la matière.

Relation d'un cas dans lequel la tête supérieure de l'humérus fut réséquée; une grande portion d'os s'exfolia ensuite, et cependant tous les mouvements du bras furent conservés. (Lu devant la Société royale, le 9 février 1769. — White, *Cases in Surgery, with remarks*, part the first., London, 1770, p. 57, in-8) (1).

Edmond Pollit, de Sterling, près Cockey-Moor, dans ce comté, âgé de quatorze ans, d'apparence scrofuleuse, fut admis à *Manchester Infirmary* le 6 avril 1768. Les renseignements que je reçus avec lui furent qu'il avait été pris brusquement, environ une quinzaine auparavant, d'une violente inflammation de l'épaule gauche, avec menace de gangrène, mais qui enfin se termina par un vaste abcès qu'on avait ouvert avec une lancette quelques jours avant l'entrée. L'ouverture était située près de l'aisselle, sur le bord inférieur du muscle grand pectoral, et par cet orifice on pouvait sentir distinctement la tête de l'humérus séparée complètement de sa capsule. Le pus, qui était très fétide et en grande quantité, avait décollé les parties molles jusqu'à la partie moyenne de l'humérus,

(1) Cette relation est la même que celle des *Phil. Trans.*, 1769, t. LIX, p. 39.

intention (par le docteur Eugène *Bœckel*). — Michel Hampelé (de Hatten), âgé de soixante-dix-neuf ans, est un vieillard encore vert, quoique atteint d'hypertrophie du cœur et de battements irréguliers. Il a perdu plusieurs frères et sœurs de mort subite.

Depuis le mois de juillet 1879, il ressent de prétendues douleurs rhumatismales dans la jambe droite, et principalement dans le genou, sans avoir fait d'effort. Au bout d'un mois, il constate dans le creux poplité une petite tumeur qui va en grandissant rapidement et est animée de pulsations. Son médecin, le docteur Herrmann, ayant reconnu un anévrysme, l'adresse à la maison des diaconesses de Strasbourg.

État actuel, le 8 octobre 1879. — Outre les irrégularités du cœur et les signes d'hypertrophie, le malade présente dans le creux poplité droit une tumeur du volume d'une pomme et animée de battements expansifs très forts et se faisant sentir même sur les côtés du genou. La tumeur est en partie réductible et n'offre pas de bruit de souffle à l'auscultation; la compression de l'artère fémorale arrête ses battements. Circonférence du genou droit, 50 centimètres; du gauche, 36 centimètres. Les artères fémorales forment des cordons durs, volumineux, qu'on poursuit facilement le long de la cuisse; les autres artères du corps présentent également des signes de sclérose. Le malade est, du reste, debout et circule, quoiqu'il ressente des douleurs assez vives dans la jambe et qu'il ne puisse pas l'étendre complètement.

D'abord on le fait rester couché et on lui administre une potion de digitale pour régulariser les mouvements du cœur.

Le 10 octobre, on commence la compression digitale de la fémorale. Elle est continuée le 11 et le 12 octobre pendant cinq heures consécutives chaque jour. Au bout de ce temps, la poche anévrysmale est revenue légèrement sur elle-même et a peut-être un peu durci; mais la pression des doigts est devenue insupportable au malade, et la peau, à ce niveau, est rouge et menace de se gangréner.

Le 13 octobre, on recourt à la flexion forcée. Quand le talon est rapproché de la tubérosité ischiatique, les battements de l'anévrysme se suppriment, mais cette position est très douloureuse, et il faut pratiquer au malade une injection préalable de 15 milligrammes de morphine pour la lui faire endurer. Au bout d'une heure et demie à deux heures, les battements reparaissent, et il faut resserrer la bande qui fixe la jambe contre la cuisse.

Les 13, 14 et 15 octobre, la flexion est ainsi maintenue chaque jour pendant six heures; mais l'anévrysme n'a guère diminué de volume, la circonférence du genou malade approche toujours de 40 centimètres.

Le 16 octobre, le malade refuse absolument de continuer ce traitement; ce ne serait d'ailleurs pas prudent, car il a maigri pendant ces six jours, a complètement perdu l'appétit et a la langue très chargée. On le laisse reposer.

Le 17 octobre, *ligature antiseptique de la fémorale :* chloroforme, spray phéniqué, incision de 8 centimètres au milieu de la cuisse. La gaîne artérielle, très épaissie, est incisée avec le bistouri dans l'étendue de 1 centimètre; la paroi artérielle, jaunâtre, ne renferme cependant pas d'incrustations calcaires, comme on s'y attendait. On l'entoure d'un fil de catgut n° 2 qu'on noue fortement et dont on coupe les bouts. Puis la plaie est lavée et entièrement fermée avec quelques épingles et une suture de fil d'argent au milieu. Pansement à la mousseline phéniquée.

Le manque de circulation est combattu par des massages méthodiques de bas en haut, comme le professeur Schützenberger les a recommandés dans les embolies artérielles. — Température du soir, 38°,4.

Le 18 octobre, température : matin 38 degrés; soir, 38°,8.

Le membre est chaud, mais le pied est souvent cyanosé et le siège de douleurs. Quelques frictions de bas en haut font disparaître ces symptômes; mais il faut revenir souvent dans la journée à cette manœuvre.

Le 19 octobre, température : matin, 37°,4 ; soir, 38°,4. On renouvelle pour la première fois le pansement et on retire les épingles; la plaie ne fournit qu'un suintement très faible.

Le 20 octobre, température : matin, 37 degrés; soir, 38 degrés.

Le 21 octobre, température : matin, 37°,2; soir, 38 degrés.

Nouveau pansement; le pied a toujours de la tendance à se cyanoser et exige de fréquents massages. L'anévrysme ne bat plus depuis l'opération; il s'est solidifié et rapetissé; il est légèrement douloureux au toucher. L'artère fémorale forme un cordon dur, sans battements depuis le lieu de la ligature jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'arcade de Fallope, c'est-à-dire jusqu'à la naissance de la fémorale profonde.

Le 22 octobre, température : matin, 36°,8; soir, 37°,8.

Le 23 octobre, température : matin, 36°,8; soir, 37°,6. Troisième et dernier pansement; on enlève la suture métallique. La plaie n'a plus fourni de sérosité depuis avant-hier; on la maintient simplement avec une bandelette de diachylon.

Le malade se plaint encore de quelques douleurs au talon, et en général des parties du pied qui appuient sur le lit et qui prennent facilement une teinte livide. Quelques frictions de bas en haut amènent immédiatement du soulagement en dissipant la stase veineuse.

Le 27 octobre; l'opéré va de mieux en mieux, l'appétit lui est revenu. A partir d'aujourd'hui on lui permet de se lever et de s'asseoir tous les jours dans un fauteuil.

Le 2 novembre, il commence à se promener dans la chambre. L'anévrysme a encore le volume d'un abricot et n'a pas diminué ces derniers jours; mais il est ferme et ne présente plus de pulsations. La cicatrice de la cuisse est solide, blanche; au-dessous d'elle on sent encore une induration un peu irrégulière laissée par le fil.

Le 6 novembre, *exeat*.

La comparaison de ces huit observations avec d'autres plus nombreuses faites par les chirurgiens anglais (*Comptes rendus de la Clinical Society of London*, in *Lancet*, 1877, vol. II, p. 574, 725, etc.) met hors de doute les deux points suivants : 1° qu'une ligature au catgut, convenablement appliquée, oblitère d'une façon permanente des artères même volumineuses; 2° que la réunion par première intention est facile à obtenir après ces opérations, pourvu qu'on observe strictement les règles de la chirurgie antiseptique. Dans mes huit cas, l'incision de la ligature était chaque fois fermée au bout de trois ou quatre jours. L'un de nos opérés (obs. II) a

---

et s'était fait jour par une autre ouverture juste au-dessous de l'acromion, et par laquelle on pouvait voir facilement la tête de l'humérus.

Tout le bras et la main étaient doublés de volume par le gonflement et avaient perdu leurs usages. Le malade souffrait beaucoup, et l'absorption du pus avait déterminé des symptômes hectiques : sueurs nocturnes, diarrhée, pouls rapide et perte d'appétit, qui l'avaient extrêmement émacié.

Dans ces circonstances critiques, il ne semblait y avoir de ressource que dans une opération. La plus commune en pareil cas, celle qui a pour but d'enlever le bras à son articulation avec l'omoplate, paraissait pleine de dangers en elle-même et dans ses suites. Je proposai donc l'opération suivante, dont j'attendais beaucoup d'avantages, et je la pratiquai le 14 du même mois.

Je commençai mon incision à l'orifice situé immédiatement au-dessous de l'acromion, et je la continuai jusqu'à la partie moyenne de l'humérus, par laquelle tout l'os sous-jacent fut mis à découvert. Je pris alors à pleine main le coude du patient, et fis sortir facilement la tête de l'humérus de sa cavité; puis je l'attirai si complètement hors de la plaie, que je saisis facilement toute la tête dans ma main gauche, et la maintins ainsi jusqu'à ce qu'elle fût sciée avec une scie à amputation ordinaire, après avoir préalablement placé une plaque de carton entre l'os et la peau. J'avais pris la précaution de faire placer par un aide sûr un compresseur immédiatement au-dessus de la clavicule, afin d'arrêter la circulation dans l'artère, si j'avais eu le malheur de la blesser; mais il n'arriva aucun accident, et le patient ne perdit pas plus de deux onces de sang; on ne blessa qu'une petite artère qui entoure en partie la jointure, et qui fut aisément obturée.

Le malade alla remarquablement bien après l'opération et passa une bonne nuit; la suppuration diminua de jour en jour, la tuméfaction disparut peu à peu, l'appétit revint, et les symptômes hectiques cessèrent. Au bout de cinq ou six semaines, je constatai que la partie dont l'os avait été retiré avait acquis un degré considérable de fermeté, et que le bras pouvait soulever un poids assez lourd. Au bout de deux mois, je trouvai qu'un volumineux fragment de toute la substance de l'os, qui avait été dénudé par le pus, puis exposé à l'air, était prêt à se séparer de l'os sain, et avec une pince je l'enlevai facilement. Après cette exfoliation la plaie se cicatrisa très vite, et le 15 août le malade sortit parfaitement guéri.

quitté l'hôpital trois jours après la ligature de l'humérale; un autre, âgé de soixante-dix-neuf ans (obs. VIII), s'est levé dix jours après la ligature de la fémorale.

Du moment que la réunion immédiate devient la règle après ces opérations, le champ de la chirurgie se trouve singulièrement élargi. On pourra de nouveau aborder la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes, qui jusqu'à présent avait toujours causé la mort par hémorrhagie secondaire, ainsi que celle de l'iliaque primitive ou de l'hypogastrique. Et quant aux ligatures qui réussissaient d'ordinaire avec les anciennes méthodes après des suppurations plus ou moins prolongées, on peut affirmer que le pansement antiseptique les rend tellement inoffensives qu'elles fatiguent moins le malade que la simple compression digitale.

Il n'y a pas non plus lieu de rechercher un meilleur agent de déligation que le catgut. Tout en se résorbant au bout d'un certain nombre de jours, il n'en laisse pas moins l'artère oblitérée; c'est un fait trop souvent vérifié pour être encore contestable. De quelle substance attendre des résultats supérieurs? Sans doute des fils de soie ou des fils métalliques s'enkystent quelquefois dans les tissus sans gêner la réunion au premier moment. Mais ils ne disparaissent pas, ou seulement après de longs mois, et souvent ils provoquent des suppurations qui les éliminent encore tardivement.

La seule objection admissible à l'emploi du catgut, c'est qu'on n'a pas toujours sous la main de ces fils de bonne qualité. Le médecin de campagne, le chirurgien d'armée, seront souvent obligés de s'en passer. Qu'on se serve alors d'un fil de soie ou de lin bouilli dans l'acide phénique; ce fil est plus facile à préparer, à conserver et à transporter que le catgut, et il s'en approche le plus, sans toutefois offrir les mêmes garanties pour la réussite de la réunion immédiate.

Mais que des chirurgiens convertis à la méthode antiseptique rejettent encore le catgut pour les ligatures d'artères dans la continuité, sous prétexte qu'il n'est pas assez résistant, je ne puis me l'expliquer que par la crainte instinctive provoquée par sa résorption. L'expérience et le raisonnement ont également prouvé que cette crainte est chimérique, et elle ne doit plus à l'avenir nous empêcher d'user de cet agent précieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

SUR LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ORGANISME ANIMAL AUX DIVERSES SUBSTANCES ALBUMINOÏDES INJECTÉES DANS LES VAISSEAUX (INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE FERMENTS SOLUBLES). Note de MM. *J. Béchamp* et *E. Baltus*. — De trois expériences faites sur des chiens au moyen d'injections de diastase d'orge germée dans la veine fémorale, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° La diastase de l'orge germée, introduite dans le système circulatoire, se retrouve partiellement dans les urines.

2° La diastase de l'orge germée ne subit aucune modification de la part de l'organisme, tant au point de vue de son pouvoir rotatoire qu'à celui de ses caractères chimiques. Les différences constatées doivent être imputées aux difficultés d'observation des solutions.

3° L'introduction de cette substance dans le sang provoque des troubles fonctionnels considérables, qui, dans les proportions d'environ 35 centigrammes par kilogramme du poids total de l'animal, déterminent la mort.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Une note de M. Pigeon (de la Nièvre), intitulée : *Réflexions sur les expériences de M. Pasteur relatives au charbon*. — Une lettre de M. le docteur Langlebert, accompagnant le dépôt d'un pli cacheté. (*Accepté.*) — 3° Une lettre de remerciements de M. le docteur Duboué (de Pau), élu membre correspondant national de la dernière séance. — 4° Une note de M. le docteur E. F. Moure (de Bordeaux), relative à un nouveau *dilatateur laryngien*, fabriqué par M. Mariaud. Cet instrument se compose : 1° d'un tube d'acier cylindrique ayant la courbure laryngienne d'un anneau A, et dont l'extrémité inférieure est divisée en quatre branches E, qui peuvent s'écarter à volonté, de manière à donner une dilatation de 4 centimètres de circonférence; 2° dans l'intérieur du tube glisse à frottement doux, au moyen de deux anneaux B, B, un mandrin muni à sa partie inférieure d'une olive F destinée à produire l'écartement des branches. Enfin, 3° dans l'intervalle du tube compris entre l'anneau A et les deux autres anneaux B, B, se trouve un ressort à boudin qui facilite le retour de l'olive à son point de départ (voy. la figure p. 152). — 5° Une lettre par laquelle M. Delapalme, notaire à Paris, informe l'Académie que le docteur Fuzier, ancien médecin militaire, a légué à l'Académie, par testament, pour sa bibliothèque, tous les livres qu'il possède relatifs à la fièvre jaune.

M. *Larrey* fait remarquer l'importance de cette donation, M. le docteur Fuzier ayant été chef du service médical de l'armée du Mexique, et ayant laissé sur la *Fièvre jaune* une collection importante de documents inédits (1).

M. *Chatin* présente, au nom de M. le docteur Jacquemin (de Nancy), un mémoire manuscrit intitulé : *Analyses des eaux minérales de Bussang* (Vosges). (*Comm.*. MM. Riche, Personne et Lefort.)

M. *Pidoux* offre en hommage un volume dont il est l'auteur et qui a pour titre : *Les lois de la circulation du sang démontrés par l'anatomie comparée et l'embryologie.*

M. *Henri Roger* présente, au nom de M. le docteur René Blache, une brochure intitulée : *Relation d'une épidémie de coqueluche qui a régné à l'hôpital des Enfants malades.*

HYGIÈNE PUBLIQUE. ETUDE DE LA MORTALITÉ ET DE LA MORBIDITÉ. — M. *Henri Gueneau de Mussy*, à l'occasion du rap-

(1) Nous pouvons ajouter que, dans son testament, M. le Dr Fuzier exprime le vœu que ces documents soient publiés, et charge de ce soin trois de ses anciens camarades de l'armée. (*La Rédaction.*)

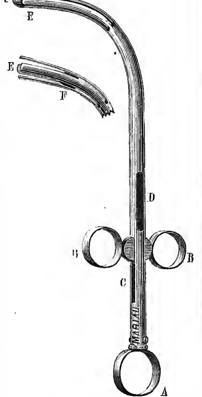
En comparant ce bras avec l'autre, il n'était pas tout à fait un pouce plus court; le malade pouvait s'en servir parfaitement, et non seulement élever son bras à toute hauteur, mais encore exécuter les mouvements de rotation aussi bien que jamais. La forme du bras n'est nullement altérée, et, d'après ses usages et son aspect à l'œil et au toucher, je crois pouvoir dire, en toute certitude, que la tête, le col et une partie du corps de l'humérus sont actuellement régénérés.

Je ne me servis d'aucune attelle, machine ou bandage pendant la cure, pour garder le bras strictement dans la même position, et la plaie ne fut même pas pansée dans le lit, mais le malade assis sur une chaise, et, aussitôt qu'il put le supporter, debout et le corps incliné en avant, pour permettre l'application des bandes, qui se bornaient au nécessaire pour retenir les pièces du pansement. C'est à cette méthode que j'attribue la conservation des mouvements de la jointure, impossible par tout autre moyen, car l'articulation serait, suivant toute probabilité, restée raide, et se serait ankylosée si l'on n'en avait pas permis le jeu.

Remarques. — Bien que de cette opération j'espérasse retirer beaucoup plus d'avantages que de la désarticulation de l'épaule, cependant mon attente était bien au-dessous du succès qui l'accompagna. Je ne me flattais pas d'obtenir une jointure mobile, ni de conserver au bras presque sa longueur, parce qu'il y avait une perte de plus de 4 pouces de toute l'épaisseur de l'os, sans autre os pour lui servir de tuteur, comme à la jambe et à l'avant-bras, et que l'état déplorable du bras, au moment de l'opération, m'empêchait d'employer aucune machine pour le maintenir étendu. Mais je suppose que le poids du bras suffit, dans une certaine mesure, à contre-balancer le pouvoir contractile des muscles : car le membre n'était suspendu que par une écharpe, et le malade ne fut jamais confiné au lit. Je ne pouvais m'empêcher d'être surpris de trouver tant de force et de fermeté, ce qui dénotait évidemment une régénération de l'os, avant que la partie inférieure de l'os se fût exfoliée, ou même avant qu'elle eût commencé à se détacher. La substance osseuse ne pouvait venir de l'omoplate, la cavité glénoïde de cet os n'étant pas dépouillée de son cartilage. N'était-il pas possible qu'elle provînt de l'extrémité de l'os sain, avant que la partie malade eût commencé à se séparer d'elle? Ou bien y aurait-il des vaisseaux qui puissent charrier la substance osseuse et la déposer à la place de celle qui avait été enlevée?

port lu par M. Lagneau dans la dernière séance, et du vœu émis par l'Académie à la suite des réflexions de MM. Noël Gueneau de Mussy et Larrey, demande si l'Académie ne pourrait pas coopérer plus activement que par un simple vœu à une réforme si nécessaire. Il demande, en outre, s'il n'y aurait pas urgence à ce qu'elle entreprît l'étude des moyens les plus efficaces par lesquels cette réforme pourrait être accomplie aussi bien que la détermination des points de détail sur lesquels elle pourrait principalement porter. Il demande enfin, dans le cas où l'Académie parviendrait à s'entendre sur l'adoption d'un projet, s'il ne serait pas utile qu'elle le fît parvenir aux Chambres par voie de pétition.

En conséquence, M. Henri Gueneau de Mussy propose à l'Académie d'instituer une commission chargée de rechercher quelle peut être l'organisation des services sanitaires, considérés surtout dans leurs rapports avec l'Administration, la plus favorable aux intérêts de la santé publique.



Nouveau dilatateur laryngien.

M. *Delpech* fait observer que le Conseil de salubrité a déjà été saisi de cette question; M. Delpech a été chargé de recueillir, en son nom, tous les documents relatifs à cet important sujet, et de faire un rapport qui, après adoption par le Conseil, serait présenté à l'approbation des Chambres.

L'Académie, consultée, renvoie la proposition de M. Henri Gueneau de Mussy à l'examen de la section d'hygiène constituée en commission.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements.

Voici l'ordre de présentation : En première ligne, M. Guéniot; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Charpentier et Chantreuil; en troisième ligne, M. Pinard. Le nombre des votants étant de 65, majorité 33, M. Guéniot obtient 54 suffrages, M. Charpentier 6, M. Chantreuil 1, M. Martineau 1, M. Archambault 1, Madame Callet 1.

En conséquence, M. *Guéniot* ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie dans la section d'accouchements.

De la réfrigération dans les maladies déterminant une haute température. — M. le docteur *Dumontpallier* présente à l'Académie, en son nom et au nom de M. *Galante*, un appareil destiné à abaisser la température dans les maladies aiguës et à remplacer les bains froids qui avaient été employés dans le même but.

Cet appareil se compose d'une sorte de couverture en caoutchouc. Dans l'intérieur de la feuille circule un tube plusieurs fois replié sur lui-même et destiné à faire passer un courant d'eau froide.

M. Dumontpallier doit fournir, dans la prochaine séance, quelques détails complémentaires sur le fonctionnement de cet appareil et sur les avantages qu'il présente en clinique (Voy. Premier-Paris).

L'Académie au Sénat. — M. *Roussel* remercie l'Académie de la motion votée dans la dernière séance et se joint à M. Broca pour affirmer encore que la dignité de l'Académie n'était pas en jeu dans la discussion toute politique qui a eu lieu au Sénat.

Rapports. — M. *J. Lefort* donne lecture de deux rapports sur les eaux minérales dont les conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

— A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Oulmont sur les lettres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

Ce sont là des points que je n'ai pas la prétention de résoudre absolument, mais j'incline beaucoup vers la dernière opinion.

N'est-il pas probable qu'il y eut une régénération du cartilage aussi bien que de l'os? Il est bien connu de toute personne versée dans l'anatomie que non seulement les extrémités de certains os qui ne sont pas réunis à d'autres sont couvertes de cartilages; mais que ceux-ci ne manquent jamais sur les extrémités et dans les cavités réunies des os qui sont destinés à exécuter des mouvements; et je ne puis comprendre, dans le cas actuel, comment les mouvements pouvaient être conservés si complets sans cartilage, sans ligament capsulaire, ou quelque chose d'analogue, pour renfermer la synoviale et maintenir l'os en place.

Comme cette opération est la première de ce genre qui ait été pratiquée, ou du moins rendue publique, je pense que sa relation est capable de contribuer aux progrès de l'art. M. Gooch, cet ingénieux chirurgien, a, il est vrai, rapporté trois cas dans lesquels les têtes des os ont été sciées pour des luxations compliquées. Dans un de ces cas, l'extrémité inférieure du tibia et du péroné fut réséquée; dans un autre, celle du radius, et dans le troisième, celle d'une phalange du pouce; mais ces faits diffèrent, sous beaucoup de rapports, du cas actuel. Je pense qu'il arrivera rarement que cette opération ne soit pas de beaucoup préférable à l'amputation du bras dans l'article ; car celle-ci est généralement pratiquée pour une carie de l'extrémité supérieure de la tête de l'humérus, et la conservation d'un membre est toujours d'une importance capitale; et ce que le chirurgien le moins doué d'humanité doit en tout cas désirer, c'est, comme dans le cas actuel, de conserver le membre entier et ses fonctions sans prolonger la cure, et en diminuant incontestablement le danger de l'opération. Car, bien que l'amputation soit souvent indispensable, nécessaire, et s'accompagne fréquemment de peu de danger ou d'inconvénient lorsqu'une partie seulement du membre est enlevée, cependant, lorsque le tout est perdu, le danger est considérablement accru et la perte irréparable.

J'ai fréquemment pratiqué cette opération sur le cadavre et lorsque les parties n'avaient pas été malades, et je n'ai jamais éprouvé aucune difficulté. D'après la dissection de la région, il n'y a pas de raison de douter du succès sur le vivant, où les ligaments et les muscles sont plus souples, et où le pus, en s'insinuant entre l'os et les téguments, a rendu moins de dissection nécessaire. J'ai également, sur un cadavre, fait une incision sur la face externe

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Gangrène spontanée des extrémités chez une albuminurique: M. Debove. — Néphrite interstitielle survenue pendant la grossesse. Mort par urémie après accouchement à terme et allaitement pendant huit mois : M. Guyot. — Traitement de l'éclampsie par le chloral et la saignée : M. Guyot. — Ouverture spontanée de l'aorte dans le péricarde. Apoplexie pulmonaire. Leucocythémie. Mort : M. Ferrand. — Emploi du charbon de Belloc pour désinfecter les matières intestinales chez les typhiques : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Debove* lit une note sur un cas de gangrène spontanée des extrémités chez une albuminurique. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, entrée dans le service de M. Debove au mois de juillet dernier, atteinte d'un œdème généralisé et des extrémités.

Cette femme s'est bien portée jusqu'au mois de novembre de l'année dernière. A cette époque, étant enceinte, elle s'aperçut qu'elle avait de l'œdème des paupières et des membres inférieurs. Cet œdème augmenta et se généralisa jusqu'en janvier, époque où elle fit une fausse couche. A la suite de cette fausse couche, l'infiltration séreuse diminua pendant quelque temps, puis se reproduisit et s'accompagna d'une ascite assez considérable pour qu'on dut faire la ponction. En même temps, la malade fut prise d'attaques convulsives qui, en l'absence de tout précédent épileptique, doivent évidemment être rattachées à l'urémie.

Au mois de mai, la malade toujours dans le même état, au point de vue de l'albuminurie et de l'œdème, s'aperçut que l'extrémité de ses doigts prenaient une teinte bleuâtre; c'était le début de la gangrène. Deux mois avant l'apparition de ces phénomènes de sphacèle local, la malade avait été soumise, pour sa néphrite, à un traitement par l'ergot de seigle; traitement qu'elle avait continué pendant un mois à la dose de 20 centigrammes d'ergot par jour. C'est là un fait qui mérite d'être signalé, quoique l'intervalle d'un mois entre la cessation du traitement et l'apparition des accidents rende inadmissible toute relation étiologique entre l'ingestion de l'ergot et la production de la gangrène.

Au mois de juillet, la malade entre dans le service de M. Debove. Voici ce qu'on constate : œdème considérable de la face et des membres inférieurs; les membres supérieurs sont intacts; dyspnée intense; pas de souffle au cœur, mais bruit de galop; urine très albumineuse; les extrémités des doigts présentent tous les degrés de la gangrène; ainsi, dans certains points, il n'y a qu'une coloration bleuâtre des téguments; dans d'autres la gangrène est complète; dans d'autres encore, où la lésion est plus ancienne, il y a une ulcération consécutive à l'élimination de l'eschare.

La sensibilité de la peau est intacte même dans le voisinage immédiat des parties sphacelées; l'extrémité tout entière des doigts est le siège d'une douleur vive qui s'exaspère au contact de l'air. La dyspnée très intense au moment où la malade est entrée dans le service, a augmenté quoiqu'on ait pu faire et a entraîné la mort. L'autopsie n'a malheureusement pas été pratiquée et l'on est réduit pour déterminer la nature des lésions à l'analyse des symptômes, mais ces symptômes fournissent des données très suffisantes.

Ainsi, en ce qui concerne l'existence d'une néphrite, l'albuminurie abondante et persistante, l'œdème généralisé, le bruit de galop à l'auscultation du cœur ne laissent aucun doute à cet égard.

La maladie ayant duré onze mois, il s'agissait d'une néphrite chronique. Maintenant quelle en était la nature! Était-ce une néphrite interstitielle ou une néphrite parenchymateuse? Cette question est plus difficile à résoudre. Cependant la participation du cœur aux troubles provoqués par la lésion rénale semble indiquer une néphrite interstitielle.

Quant à la cause, il est évident que la maladie s'est développée sous l'influence de la grossesse, mais il est à remarquer que l'accouchement n'a aucune influence sur elle. Les lésions du rein ont continué à évoluer et ont donné lieu dès le mois qui a suivi l'accouchement à des accidents plus graves que ceux observés pendant la grossesse.

Du reste, dit M. Debove, ce qui est intéressant dans cette observation, c'est le fait de la gangrène des extrémités survenue dans un cas d'albuminurie, M. Debove ne connaît pas dans la science de faits analogues.

En réponse à une question de M. Ollivier, M. Debove ajoute que l'urine a été examinée au point de vue du diabète et ne contenait pas de traces de sucre.

M. *Ollivier* dit que l'albuminurie des femmes enceintes, étant un accident dû à la présence du fœtus, doit disparaître avec la cause qui l'a produite et cesser en effet, le plus souvent, dans les jours qui suivent l'accouchement. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et les cas d'albuminurie persistante, tels que celui de M. Debove, ne sont pas rares; aussi y a-t-il intérêt sérieux à examiner fréquemment l'urine des femmes enceintes afin que, s'il survient de l'albuminurie, on puisse intervenir, dès le début, par l'emploi du régime lacté. Si, faute d'un examen fait à propos, on laisse l'albuminurie s'établir on est exposé, quand elle marche vite, à voir éclater des accidents d'éclampsie et quand, elle se prolonge, à voir la lésion rénale se caractériser et devenir définitive.

En ce qui concerne la pathogénie de la gangrène chez la malade de M. Debove, M. Ollivier croit à des embolies. Il a observé un cas analogue de gangrène des extrémités chez un diabétique; chez ce malade, c'est par des embolies qu'il a expliqué la lésion.

---

de la hanche, la continuant jusqu'au-dessous du grand trochanter; alors, incisant le ligament capsulaire et portant le genou en dedans, la tête du fémur sortait de son alvéole, et je la sciais facilement. Je ne doute pas que cette opération puisse être pratiquée sur un sujet vivant avec de grandes chances de succès.

L'Académie royale de chirurgie de Paris a proposé pour question de prix : si l'amputation de la cuisse, à son articulation avec l'os innominé, était jamais préférable; mais si j'étais dans la nécessité de pratiquer cette opération ou celle que je viens de décrire, je n'hésiterais pas un moment dans mon choix.

J'ai eu l'honneur de présenter à la *Royal Society* les os que j'avais extraits du bras de l'enfant, au moment où le mémoire fut lu; ils sont maintenant déposés dans le musée de la Société.

En résumé, White, dans un cas d'inflammation, puis de mortification (il ne dit ni *carie*, ni *nécrose*) de l'extrémité supérieure de l'humérus, réséqua cette extrémité; mais la mortification s'étendait plus bas, et quelque temps après, lorsque la séparation fut complète, il put enlever en entier, avec une pince, le fragment mortifié. L'os se reproduisit, et le bras conserva ses mouvements et ses usages.

Dans les diverses hypothèses qu'il émet pour expliquer la régénération osseuse, White ne pense pas un seul instant au périoste. Il pense qu'il y a des vaisseaux qui ont pour fonction de charrier la substance osseuse et de la déposer à la place de celle qui avait été enlevée, et voilà tout. Il n'a donc pas songé à faire une résection sous-périostée, mais en réalité il en a fait une; bien plus, il a même conservé la capsule articulaire et l'épiphyse humérale supérieure, comme M. Jourdain faisait de la prose et comme certains chirurgiens ont extirpé la rate, sans le savoir. Analysons, en effet, la relation de White.

En quinze jours, la tête de l'humérus avait été complètement séparée de sa capsule, au point qu'après l'incision des parties molles le chirurgien n'a eu qu'à pousser le coude pour faire sortir cette tête par la plaie. Que la capsule ait été perforée en un ou plusieurs points, passe encore; mais totale-

M. *Duguet* rapporte le fait d'une femme qui, après avoir nourri pendant huit mois, est morte dans son service dans le coma urémique. A l'autopsie, on constata l'existence d'une néphrite interstitielle. C'est, dit M. Duguet, un fait assez singulier de voir une néphrite développée pendant la grossesse, laisser celle-ci arriver à terme, permettre l'allaitement et, malgré cela, devenir assez intense pour déterminer l'urémie.

— M. *Guyot*, à propos de la remarque faite par M. Debove sur l'influence qu'aurait pu avoir le seigle ergoté dans le cas de gangrène des extrémités observé par lui, dit que, dans un cas de polyurie, il a administré le seigle ergoté pendant neuf semaines à des doses qui se sont élevées à 1, 2 et 3 grammes par jour et qu'il n'a observé aucune espèce d'accidents.

M. *Dujardin-Beaumetz* ne croit pas qu'on puisse donner impunément le seigle ergoté d'une façon un peu prolongée. Pour sa part, expérimentant une médication préconisée par M. Hayem dans la fièvre typhoïde, il a donné à un malade 1 gramme de seigle par jour, pendant un mois, et a constaté un commencement de gangrène de l'extrémité des doigts.

— M. *Guyot* fait part à la Société des résultats remarquables qu'il a obtenus dans le traitement de l'éclampsie par le chloral auquel dans quelques cas il associait la saignée. Du 1er janvier au 15 juillet de l'année dernière, il a eu dans sa salle d'accouchements une série de 14 cas d'éclampsie sur lesquels il a obtenu 13 guérisons. Dans les cas où il y avait de la congestion, on pratiquait la saignée; dans tous, on a donné le chloral en lavements à des doses variant de 4 à 16 grammes par vingt-quatre heures.

— M. *Ferrand* analyse une observation intéressante qui lui a été communiquée par M. Desplats et dont voici le sommaire : ouverture spontanée de l'aorte dans le péricarde; apoplexie pulmonaire; leucocythémie; mort.

M. Desplats, passant en revue pour chaque appareil les symptômes observés et les lésions constatées à l'autopsie, recherche quels rapports étiologiques on peut établir entre ces dernières et les accidents éprouvés par le malade.

Voici d'abord ce que fit constater l'autopsie: les parois de l'aorte sont rouges et friables; ce vaisseau présente à une faible distance de son origine un rétrécissement d'origine inflammatoire assez prononcé; en deçà de ce rétrécissement, c'est-à-dire au niveau de sa portion péricardique l'aorte est fortement dilatée, et présente une perforation s'ouvrant dans la cavité péricardique. Cette cavité contient un caillot du poids de 270 grammes. L'oreillette et le ventricule gauches sont légèrement dilatés; les valvules sont suffisantes. Les poumons présentent deux foyers d'apoplexie peu volumineux.

Les symptômes auxquels ces lésions avaient donné lieu étaient l'anhélation, la petitesse du pouls, la cyanose, une douleur rétrosternale très vive, un bruit de souffle au premier temps, à la base, présentant cette particularité qu'il était intermittent.

Voici quelle a dû être la succession pathogénique de ces lésions. L'aortite, phénomène initial, a été en produisant le rétrécissement, le point de départ de toutes les autres lésions. La dilatation et la rupture de la paroi aortique s'expliquent aisément, en effet, par la gêne opposée au cours du sang, par l'augmentation de tension qui en est résultée et par la friabilité des parois artérielles sur lesquelles s'exerçait cette tension exagérée.

La gêne que le cœur éprouvait à se vider dans l'aorte rétrécie a déterminé une augmentation de tension dans les veines pulmonaires; cette augmentation de tension est arrivée au maximum quand l'épanchement péricardique est venu comprimer le cœur et l'apoplexie pulmonaire s'est produite.

Quant aux symptômes, leur rapport avec les lésions est facile à saisir. La douleur rétro-sternale s'explique par l'aortite; la petitesse du pouls par le rétrécissement aortique et, une fois la perforation produite, par la compression du cœur; la dyspnée et la cyanose par la gêne apportée à la circulation pulmonaire; le bruit de souffle correspondait au rétrécissement, son intermittence résultait vraisemblablement des différences dans la force d'impulsion du cœur suivant que le malade était en repos ou faisait quelque effort.

Indépendamment des lésions aortiques et pulmonaires qui avaient amené la mort, on constata, à l'autopsie, l'hypertrophie des ganglions mésentériques et une infiltration lymphatique assez étendue des parois de l'estomac. Ces dernières lésions ne s'étaient, pendant la vie, révélées par aucun symptôme.

— M. *Dujardin-Beaumetz* signale une méthode employée par M. Morel pour désinfecter les selles des malades atteints de fièvre typhoïde. Cette méthode consiste à leur faire prendre du charbon de Belloc à la dose de 2 grammes par jour. En deux jours, dit M. Morel, la désinfection est complète. M. Bouchard emploierait dans le même but le charbon de Belloc, mais il le donnerait à une dose beaucoup plus élevée (une cuillerée à bouche toutes les trois heures). Il aurait remarqué aussi qu'au bout de deux jours de ce traitement les selles de ses malades n'avaient plus d'odeur.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle combien il est important de désinfecter les selles des typhiques, tant pour empêcher l'auto-infection que pour prévenir la contagion. Il indique les divers moyens employés dans ce but, entre autres les les lavements phéniqués, et dit que si les résultats constatés par MM. Morel et Bouchard sont confirmés par l'observation, le charbon de Belloc est appelé à jouer un rôle utile dans le traitement de la fièvre typhoïde.

---

ment détruite, ainsi que les insertions musculaires, sans qu'il soit resté quelques solides faisceaux pour retenir un peu la tête, voilà qui nous étonne d'abord.

Au bout de cinq à six semaines l'os est reproduit en grande partie, et le bras peut soulever un poids assez lourd. Donc, puisqu'il n'y a pas d'ankylose, la capsule ou des ligaments articulaires se seraient reproduits de manière à consolider fortement l'articulation, sans que le cartilage de la cavité glénoïde, resté au milieu d'un foyer de suppuration, se soit exfolié. Seconde hypothèse inadmissible.

Enfin, au bout de quatre mois, l'os et l'articulation sont complètement restaurés, le bras n'est pas d'un pouce plus court que l'autre, et il exécute parfaitement les mouvements d'abduction et de rotation. Tout cela est bien invraisemblable, si l'on admet une ostéite de l'humérus avec participation de *toute la tête* de l'os.

M. Ollier lisait et relisait en silence la narration du fait, lorsque, en feuilletant machinalement le livre, il tombe sur une gravure représentant les deux portions d'os extirpées. (La gravure, par une erreur du relieur, avait été mise quelques pages avant l'observation, ce qui avait été cause que M. Ollier ne l'avait pas vue tout d'abord.) « Mais, s'écrie-t-il, la tête n'y est pas! » Je regardai, et, en effet, je ne vis sur la gravure aucune trace de la portion osseuse qui, sur un humérus normal, se trouve au-dessus de la diaphyse (1); il manquait les deux tubérosités, le *trochiter* et le *trochin*, et la ligne de séparation était nettement indiquée par des dentelures, comme si l'épiphyse supérieure avait été arrachée de la diaphyse. Dès lors tout s'expliquait.

Le jeune malade avait été atteint d'une ostéite juxta-épiphysaire; la partie nécrosée de la diaphyse s'était séparée de l'épiphyse et du périoste, lequel avait produit un os nouveau qui s'était réuni à l'épiphyse d'une part, et au reste de la dia-

(1) J'ai montré la figure en question à plusieurs personnes très versées dans l'anatomie, et toutes ont été d'avis qu'il s'agissait d'un fragment d'humérus sans épiphyse supérieure.

M. *Guyot* fait observer que la poudre de charbon peut pénétrer dans les ulcérations et donner lieu à des accidents.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que M. Bouchard qui emploie le charbon à doses élevées n'a jamais observé d'accidents qu'on pût lui attribuer.

M. *Vallin* dit qu'il faut s'entendre sur le sens des mots et ne pas confondre la *désinfection* telle que l'entend M. Dujardin-Beaumetz, avec la destruction du virus. Obtenir la désinfection dans une maladie comme la fièvre typhoïde, ce serait détruire l'élément infectieux qui l'a produite, qui l'entretient et qui peut la transmettre. Absolument impuissant contre cet agent, le charbon de Belloc ne produit pas la désinfection, mais simplement si l'on peut s'exprimer ainsi, la *désodoration* et n'a par conséquent qu'un rôle assez secondaire.

M. E *Besnier*. Si, sans demander au charbon un effet antiseptique qu'il est évidemment impuissant à produire, on pouvait sérieusement compter sur lui pour détruire la fétidité des gaz intestinaux, ce serait là un résultat assez utile pour justifier son emploi. Mais ce résultat lui-même, M. E. Besnier le conteste. Il faudrait, dit-il, pour l'obtenir donner le charbon à des doses énormes, inapplicables en thérapeutique.

M. *Ferrand*, sans se prononcer pour l'emploi du charbon, ne croit pas qu'il puisse déterminer, en venant au contact des ulcérations intestinales, les accidents que redoute M. Guyot. Il rappelle que la poudre de charbon est employée journellement en chirurgie pour le pansement des plaies.

M. *Maurice Raynaud* se demande comment on peut faire avaler de la poudre de charbon à des malades dont la langue est couverte de fuliginosités et dont la bouche ne contient pas de salive. L'administration du médicament, à doses suffisantes pour agir et suffisamment répétées, doit être pour ces malheureux un véritable supplice.

M. Raynaud ne méconnait pas, du reste, l'importance qu'il y aurait à détruire, dans les selles des typhiques, les éléments infectieux qu'elles contiennent en si grand nombre; il signale, comme moyen efficace de désinfecter les latrines dans les services de typhiques, l'emploi de l'huile lourde de houille à la dose de un litre pour un ou deux seaux d'eau. Ce moyen a été employé à l'hôpital de Caen et a arrêté court une épidémie de fièvre typhoïde.

M. *Féréol* rappelle combien il serait important, au point de vue de l'auto-infection, de désinfecter les matières contenues dans l'intestin. Il emploie, dans ce but, le permanganate de potasse et en a obtenu de bons résultats.

M. *Dujardin-Beaumetz* blâme l'abandon qu'on a fait de la médication anti-fermentescible par les hyposulfites.

M. *Vallin* dit qu'on a renoncé à l'emploi des hyposulfites parce qu'on les a reconnues inefficaces et qu'il les a remplacées avantageusement par l'acide sulfurique qui agit comme désinfectant.

M. *Blachez*, tout en reconnaissant les propriétés manifestement infectieuses des selles des typhiques, fait remarquer combien la contagion est faible dans les hôpitaux où cependant aucune précaution n'est prise pour désinfecter les matières soit dans les bassins, soit dans les latrines. Pour sa part, il n'a jamais vu, dans son service, un malade prendre la fièvre typhoïde.

M. *Besnier* croit pouvoir expliquer le fait signalé par M. Blachez. Si, dit-il, dans les hôpitaux ordinaires, on observe rarement des faits de contagion, cela tient à ce que les malades n'y séjournent pas assez longtemps pour qu'on puisse constater ces faits. Si l'on pouvait suivre ces malades, on en verrait sans doute un certain nombre tomber malades chez eux et rentrer à l'hôpital avec une fièvre typhoïde qu'on considère comme s'étant développée en ville, tandis qu'en réalité c'est pendant leur précédent séjour à l'hôpital qu'ils en ont contracté le germe.

Dans les hôpitaux à long séjour, tels que l'hôpital Saint-Louis, les choses ne se passent pas ainsi et les cas de fièvre typhoïde nés dans les salles sont assez fréquents. Du reste, les malades de Saint-Louis sont plus exposés à la contagion que ceux des hôpitaux ordinaires, parce que, s'ils restent levés une grande partie de la journée, ils vont aux latrines, tandis que, dans les hôpitaux ordinaires, les malades, forcés pour la plupart de garder le lit, vont à la selle sur le bassin.

Dr Bellon.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Pathogénie des abcès froids. — Calcul vésical chez un enfant; taille. — Traitement de l'épispadias. — Présentation d'un instrument. — Présentation d'une pièce.

M. *Le Dentu* dépose sur le bureau l'observation du malade de l'hôpital Saint-Antoine atteint d'abcès attribués à une lymphangite chronique. Rien dans les antécédents n'annonce une prédisposition à la tuberculisation. En janvier 1878, le malade, qui exerçait la profession de tonnelier, se fit une contusion à l'avant-bras en déchargeant une pièce de vin : des excoriations existaient déjà à la main et aux doigts. En avril survinrent des nodosités sous la peau de l'avant-bras, en avant et en arrière; profondément, un cordon assez net

---

physe d'autre part. La nature, en décollant l'épiphyse et le périoste, avait fait ce que White n'aurait pas songé à faire, et celui-ci eut la chance d'intervenir lorsqu'il ne restait plus, pour terminer l'opération, qu'à enlever l'os nécrosé : ce dont il faut féliciter l'opérateur et surtout l'opéré.

Le mode de traitement adopté par White était un des procédés de l'extension continue. En effet, il n'employa aucun appareil pour maintenir le bras étendu; le membre n'était suspendu que par une écharpe; le malade ne fut jamais confiné au lit; de sorte que, comme le dit White, le poids du bras fut, dans une certaine mesure, suffisant pour contre-balancer le pouvoir contractile des muscles. Cette manière de faire contribua certainement à assurer la rectitude du bras; mais, en outre, comme l'admettent les partisans de l'extension continue dans le traitement des arthrites, elle peut avoir eu pour résultat de prévenir l'ankylose des surfaces articulaires et l'atrophie des muscles circonvoisins, et d'autant plus facilement qu'il n'y eut pas d'arthrite.

En résumé donc, l'observation de White pourrait actuellement prendre le titre suivant : « Ostéite juxta-épiphysaire » de l'humérus; décollement spontané de l'épiphyse; nécrose de la partie supérieure de la diaphyse; résection de » la partie mortifiée; extraction consécutive d'une autre portion nécrosée; régénération de l'os; conservation des fonctions de l'articulation et des usages du bras. »

Quant à une résection de l'épaule, qu'il n'en soit plus jamais question.

Mon opinion une fois formée sur ce fait si intéressant à divers titres, je voulus savoir quelle était celle d'autrui.

Le plus curieux dans cette histoire, c'est que, tandis que bon nombre de chirurgiens anglais avaient fait la même remarque que M. Ollier et moi, aucun de nos compatriotes, sauf Robert et Sabatier, ne parut se douter de l'illusion de White.

Bent, le premier qui, après White, écrivit sur la matière, pratiqua réellement la résection de l'épaule, et ne manqua pas de faire observer que son prédécesseur avait laissé la tête

semblait relier les nodosités entre elles. Une ponction exploratrice montra que ces nodosités contenaient du pus.

M. Le Dentu incisa les tumeurs et donna issue à du pus et à de la sérosité sanguinolente. La cicatrisation se fit lentement. Le malade quitta l'hôpital au mois de mai. Il n'existait aucun signe physique dans la poitrine. Il s'agissait bien d'une lymphangite profonde chronique et suppurée. Les tumeurs étaient sous-aponévrotiques, car elles étaient immobilisées par la contraction des muscles de l'avant-bras.

M. *Lannelongue*. Les observations de M. Le Dentu ont trait à l'angioleucite profonde suppurée, affection peu connue encore; elles n'ont pas d'analogie avec les faits présentés par M. Lannelongue.

Pour ce qui a rapport au traitement des abcès par congestion, chez les enfants, il faut les ouvrir quand cela est possible, modifier la poche afin de la réduire, et préparer la guérison de l'affection primitive. M. Desprès dit que tous les procédés d'ouverture sont mauvais et que les résultats sont toujours déplorables. Cela est inexact : en ouvrant largement, avec les précautions indiquées par la méthode antiseptique, on a de bons résultats.

M. *Desprès*. On ne guérit les abcès par congestion que quand la lésion osseuse est guérie.

— M. *Périer* lit un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Simonin* (de Nancy). Calcul vésical volumineux enchatonné chez un enfant; taille bilatérale; le calcul ne peut être enlevé en totalité. Taille rectale transversale; extraction du calcul.

L'enfant, âgé de douze ans, avait un calcul volumineux dans la vessie. Opération en février 1855. Taille bilatérale; le calcul est brisé en plusieurs morceaux; une partie reste enchatonnée dans une loge; l'opération en resta là.

En novembre 1855, il restait encore une fistule datant de l'opération. M. Simonin fit la taille rectale transversale; le calcul, encore très adhérent, fut extrait. Il avait le volume d'un œuf de poule, pesait 80 grammes, et était formé de phosphate ammoniaco-magnésien.

La fistule périnéale se ferma; la plaie rectale diminua; l'enfant quitta l'hôpital. M. Simonin revit son opéré un an après; il urinait par la verge; mais quand il y avait de la diarrhée, les matières passaient dans la vessie. A l'âge de vingt-deux ans, le malade mourut d'une autre affection.

— M. *Duplay* a présenté, il y a six ans, des malades opérés d'hypospadias; il a opéré cinq sujets; deux se sont mariés et l'un d'eux est devenu père. Aujourd'hui M. Duplay s'occupera du traitement chirurgical de l'épispadias.

Jusqu'à Nélaton et Dolbeau, on n'avait guère cherché à parer à cette infirmité. Les résultats obtenus par ces deux chirurgiens n'étaient point satisfaisants. Vers 1869, Thiersch (de Leipsick) établit en principe qu'il fallait procéder par temps successifs. Dans un premier temps, il réparait la portion balanique du canal; deuxième temps, il reconstituait la portion pénienne en prenant deux lambeaux sur les parties dorsale et latérales de la verge; il restait à boucher l'ouverture entre les deux portions au moyen du prépuce. Enfin l'ouverture épispadienne était fermée avec deux lambeaux. Ce procédé n'est pas simple au point de vue opératoire, et, au point de vue du résultat définitif, la portion pénienne n'est constituée que par des lambeaux en peau.

M. Duplay a cru pouvoir simplifier ce procédé et établir un urèthre plus normal. Il procède aussi par temps successifs : 1° redressement de la verge; 2° formation du canal; 3° fermeture de l'ouverture épispadienne. Le redressement de la verge avait été négligé. M. Duplay fait sur la face dorsale une ou plusieurs incisions des corps caverneux. Pour le second temps, il supprime les lambeaux; il fait une incision sur la ligne médiane entre les corps caverneux, place une sonde et amène au contact les deux corps caverneux au-dessus de la sonde; avivant alors de chaque côté, il pratique une suture enchevillée avec un seul fil métallique fin passé de chaque côté à travers un bout de sonde, et arrêté avec un tube de Galli. Avant de fermer l'ouverture épispadienne, M. Duplay fait une petite opération complémentaire; il incise en boutonnière la base du prépuce, fait passer le gland au travers, et étale les deux lames du prépuce sur la face supérieure de la verge avivée. Pour fermer l'ouverture épispadienne, il supprime toute espèce de lambeau; avivement et suture. Les épispades sont toujours affectés d'incontinence d'urine, soit par paresse du col, soit par fissure du col. Cette incontinence diminue à mesure que le malade se rapproche de la guérison.

— M. *Terrillon* présente, au nom de M. J. Langlebert, un instrument désigné sous le nom de porte-topique uréthral.

— M. *Lannelongue* présente un kyste congénital du cou.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

De la rétroversion et du prolapsus de l'utérus considérés dans leurs rapports avec la lacération du col utérin, par M. le docteur Nathan Bozeman et Emmet (de New-York).

La lacération simple du col utérin et son traitement chirurgical ont beaucoup attiré l'attention pendant ces dernières années. Ce fait est dû à la publication faite en 1874, par le docteur Emmet, d'un mémoire dans lequel cet auteur signa-

---

de l'humérus en place, et que probablement l'articulation n'avait pas été atteinte par l'inflammation osseuse. Voici d'ailleurs sa communication à la *Royal Society*, que nous traduisons ici, parce que le fait est le premier dans lequel on ait pratiqué la résection de l'épaule pour carie.

Histoire d'une femme qui jouit des fonctions de son bras droit après la résection de la tête de l'humérus, par James Bent, chirurgien à Newcastle. (*Phil. Trans.*, 1774, vol. LXIV, p. 353, et édition abrégée, t. XIII, p. 539.) (1).

M. White (de Manchester), dans l'histoire d'une opération pratiquée sur l'humérus, publiée dans son traité intitulé : *Surgical cases, with remarks*, et lue devant la Société royale le 9 février 1769, prétend qu'il a réséqué la tête supérieure de cet os, et que son malade jouit de tous les usages de la jointure. Comme la supposition que la tête de l'os, avec ses ligaments, etc., s'est régénérée pourrait paraître quelque peu merveilleuse, et pourrait empêcher certains chirurgiens d'accorder à cette opération l'attention qu'elle mérite certainement, je me flatte que l'observation que je présente n'est pas indigne de la R. S., car elle prouve que l'opération est non seulement praticable, mais utile; en même temps elle démontre la nature de l'erreur de M. White. Dans la planche VI, figure 1, il a donné le dessin de la portion d'os réséquée; la simple inspection suffit pour convaincre tout le monde que ce ne pouvait être que le corps de l'humérus qui était carié et séparé de son épiphyse ; car la tête ronde, avec son cartilage, est absente. Je pense qu'ils sont rares, les cas dans lesquels toute la tête d'un os quelconque est ainsi entièrement détruite en deux ou trois semaines par la carie, comme ce que montre la figure. D'où il appert que l'articulation, avec son ligament capsulaire, était restée intacte. Cette opinion est confirmée par la manière dont l'opération fut faite (p. 58), lorsque

(1) Les deux versions ne diffèrent l'une de l'autre que parce que l'une est à la première personne et l'autre à la troisième.

lait cet accident comme une cause encore peu connue d'un certain nombre d'affections (1).

Dans un second mémoire, publié en janvier 1877 dans l'*American practitioner*, le docteur Emmet a de nouveau exposé ses vues sur cette importante question; mais il s'est plutôt attaché, dans ce travail, à réfuter les objections qui lui avaient été adressées qu'à présenter des faits nouveaux.

Les neuf propositions suivantes résument à peu près les opinions du docteur Emmet.

1° Lorsque la lacération du col s'étend jusque ou au delà du point de jonction utéro-vaginal sur un côté ou sur les deux, l'éversion des lèvres du col et l'abaissement du corps en sont la conséquence naturelle; ces phénomènes sont plus marqués lorsque la lacération porte sur les deux lèvres du col.

2° Les changements qui surviennent alors dans la forme, les rapports et les fonctions de l'utérus sont dus à ce que la lèvre postérieure se porte vers le rectum aussitôt après l'accouchement, tandis que la lèvre antérieure s'étend en avant dans l'axe du vagin.

3° L'irritation des surfaces lacérées et l'érosion qui survient le plus souvent sur les lèvres inversées déterminent un arrêt de l'involution utérine, et par suite la rétroversion.

4° Par suite de l'augmentation du poids de l'utérus, les lèvres inversées sont pressées contre la paroi rectale du vagin, et les traces de la lacération disparaissent complètement avec le temps.

5° L'examen du col peut donner lieu à des erreurs relativement à ses dimensions et à l'axe véritable du canal. Le col paraît généralement plus volumineux.

6° Lorsque la lacération du col n'est pas traitée, les follicules hypertrophiés qui tapissent la muqueuse cervicale inversée peuvent subir une dégénérescence kystique, se rompre et disparaître.

7° La rupture du périnée accompagne fréquemment la lacération du col, et elle en augmente la gravité en affaiblissant encore les moyens de support offerts à l'utérus par les parois vaginales.

8° Pour le traitement préparatoire de cette affection, on fera prendre à la malade des injections vaginales chaudes (35 degrés centigrades), renouvelées matin et soir; on emploiera des pessaires élastiques, et on badigeonnera les parois vaginales avec un mélange de tannin et de glycérine. Ce traitement pourra être continué pendant deux ou trois mois, jusqu'à ce que toute action inflammatoire ait cessé.

9° Lorsque après l'opération sanglante pratiquée dans le but de remédier à la lacération du col, le prolapsus des parois vaginales persiste, on pourra continuer l'emploi des pessaires jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Telles sont les conclusions du mémoire de M. Emmet qui, du reste, sont approuvées par la majorité des gynécologistes qui ont étudié cette question, et nous pouvons dire qu'elle résulte d'une étude consciencieuse et approfondie des faits cliniques.

Le mécanisme du déplacement utérin présente une certaine analogie avec le mécanisme du travail. A part quelques réserves, on peut dire que les lois générales qui gouvernent l'un gouvernent également l'autre. La seule différence est la suivante : Dans le travail, on observe le transit physiologique d'un fœtus de dimension proportionnée dans un bassin normal, par suite d'une augmentation considérable des forces physiques. Dans le déplacement, on observe le transit d'un utérus morbide et augmenté de volume dans un bassin normal, par suite d'une diminution plus ou moins considérable des forces physiques.

On peut donc dire, d'après cet exposé, que l'obstétricien doit étudier ces phénomènes au point de vue physiologique, tandis que le gynécologiste doit les étudier au point de vue pathologique.

Si nous supposons que les forces naturelles sont régulièrement distribuées et s'équilibrent sur l'utérus sain et à l'état de vacuité, il importe de connaître exactement quelles sont ces forces et de savoir quelle différence existe entre celles-ci et celles qui peuvent résulter d'un état morbide.

Les forces naturelles peuvent être divisées en deux classes :

1° Les forces expulsives ;

2° Les forces de résistance (*counteracting*).

Les forces expulsives sont celles qui résultent de l'abaissement du diaphragme, comme dans l'inspiration, ou de la contraction des muscles abdominaux, comme dans la défécation. Les forces développées par la contraction de ces muscles agissent sur l'utérus d'une façon constante et régulière, et dans une direction correspondant à l'axe de la cavité pelvienne.

Les forces résistantes sont les suivantes : 1° Celles qui sont fournies par la paroi vésico-vaginale et recto-vaginale;

2° Par les ligaments sacro-utérins;

3° Par les ligaments larges et les ligaments ronds;

4° Par le péritoine pelvien et le tissu aréolaire sous-péritonéal;

5° Par le périnée.

Ces forces qui sont constantes et régulières, suffisent à l'état de santé pour contre-balancer les forces expulsives. C'est seulement lorsque la maladie vient à les altérer qu'elles perdent leur équilibre et que l'utérus, n'étant plus régulièrement soutenu, commence à tomber à l'état de prolapsus. (Compte rendu du Congrès américain de gynécologie de 1879.)

(1) Le mémoire de M. Emmet est intitulé : *De la lacération du col utérin, cause fréquente et peu connue de maladies;* il a été lu le 18 septembre 1874 devant la Société médicale du comté de New-York, et publié dans l'*American Journal of obstetrics* au mois de novembre de la même année.

M. White dit « qu'il commença ses incisions à l'orifice situé immédiatement au-dessous de l'apophyse acromion ». Comme l'acromion fait saillie un peu au-dessus de la jointure, le commencement de l'incision faite au-dessous doit, naturellement, être au-dessous du ligament capsulaire.

Voici maintenant l'observation de Bent :

Mary Turner, sœur d'un fermier d'Ipstener, dans ce comté, vint me consulter en octobre 1771 pour un abcès de l'articulation de l'épaule droite, dont elle souffrait depuis près de trois ans. A l'examen je trouvai trois ouvertures : deux vers la partie moyenne du bord inférieur de la clavicule, et la troisième près de l'insertion du muscle grand pectoral à l'humérus. Deux sondes introduites par les orifices supérieur et inférieur se rencontraient facilement dans l'articulation; les orifices de la capsule semblaient très petits, et on pouvait sentir la tête cariée de l'humérus. Le seul traitement possible, dans ce cas, était l'amputation du bras ou la résection de la tête de l'os pratiquée par une des fistules. Je me déterminai pour ce dernier parti.

Je commençai donc mon incision en partant de l'orifice supérieur, près de la clavicule, et la continuai, en passant sur la jointure, jusqu'aux insertions du muscle grand pectoral; mais trouvant cette seule incision trop petite pour pouvoir atteindre facilement la tête de l'os, je séparai une partie du muscle deltoïde de son insertion à la clavicule, et également un peu de son insertion à l'humérus; je pus ainsi arriver à la jointure, dont le ligament capsulaire, par suite d'inflammations fréquentes, était tellement épaissi et maintenait la tête de l'os si serrée dans son alvéole, que je ne pus introduire que difficilement une spatule entre les deux. Cette particularité, après l'ouverture de la capsule, empêcha également la tête de l'os de quitter la cavité glénoïde en portant le coude en arrière, comme c'est l'ordinaire lorsqu'on opère sur le cadavre, lorsque l'articulation est à l'état normal; il fallut donc inciser la capsule circulairement avant de pouvoir atteindre l'os avec la scie. Je portai alors le coude en arrière, et attirai la tête de l'os sur le muscle grand pectoral : car il me fut impossible de la scier directement en travers, comme le conseille White, sans laisser une portion considérable de l'os qui avait été mis à nu par le bistouri, et qui se serait probablement exfoliée. En mettant une plaque de carton entre le bord du muscle deltoïde et l'os, et la scie dans

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses des divers organes, par M. H. Lebert. — Paris, 1879. V. A. Delahaye et Cie.

Thérapeutique de la phthisie pulmonaire basée sur les indications, par M. J. B. Fonssagrives, 2e édition. — Paris, 1880. J. B. Baillière et fils.

Les livres consacrés à l'étude de la phthisie pulmonaire, de ses formes cliniques si variées, de son anatomie pathologique, si discutable encore malgré tant de travaux sérieux, et surtout de son traitement, se multiplient sans qu'ils arrivent à lasser l'attention. On ne s'en étonnera pas si l'on se rappelle que les questions doctrinales les plus complexes et les questions de pratique les plus variées sont comprises dans les études de phthisiologie moderne. Chacun de ceux qui prétendent écrire aujourd'hui sur un sujet aussi fréquemment discuté pourrait donc y apporter, sinon des idées nouvelles, du moins une critique approfondie des opinions émises par ceux qui l'ont précédé. On ne peut affirmer qu'il en ait toujours été ainsi, mais on ne nous contredira pas si nous faisons remarquer que, dans ces dernières années, les mémoires spéciaux d'anatomie et d'histologie pathologique, les leçons cliniques, les traités spéciaux et les monographies consacrées à l'étude de la phthisie pulmonaire offrent, pour la plupart, un très sérieux intérêt. Nous ne serons pas aussi affirmatifs pour ce qui concerne la thérapeutique d'une maladie dont l'anatomie pathologique et la détermination nosologique ont subi tant de vicissitudes. Et cependant, si l'on vient à laisser de côté les publications faites en vue de recommander un spécifique dont l'efficacité est toujours des plus contestables, on reconnaîtra que, même au point de vue thérapeutique, un progrès a été accompli le jour où l'on s'est préoccupé de mieux préciser les indications que fournit une étude sérieuse des diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. A ce point de vue, on ne peut reprocher ni à Lebert ni à M. Fonssagrives de s'être tenus à l'écart du mouvement scientifique contemporain. Leurs travaux, quelque différentes qu'aient été leurs doctrines et le but qu'ils ont cherché à atteindre, peuvent, au contraire, être cités avec éloges parmi ceux qui ont contribué à nous mieux faire connaître ce qu'il faut penser des recherches entreprises dans le but de bien connaître ce qu'est la tuberculose et ce que l'on peut tenter pour en enrayer l'évolution.

Lebert était surtout un anatomo-pathologiste, mais il était en même temps clinicien. On n'a pas oublié les paroles qu'il adressa à l'Académie de médecine alors que l'on y discutait, à l'occasion des mémorables expériences de M. Villemin, la contagiosité et l'inoculabilité de la tuberculose: « L'anatomie pathologique, disait-il, malgré tous ses perfectionnements modernes, malgré les bien grands services qu'elle peut rendre à la médecine, n'est point capable, à elle seule, d'assigner à une maladie la place qu'elle doit occuper en pathologie; il faut réunir l'étiologie clinique et expérimentale, la symptomatologie très exactement faite, l'étude approfondie de sa marche avec les résultats nécropsiques et microscopiques avant de se prononcer et avant de pouvoir arriver à des doctrines véritablement solides. » Lebert revient sur cette idée dans l'ouvrage qu'il consacre aujourd'hui à l'étude de la phthisie pulmonaire; il n'hésite pas à déclarer que *la clinique est le véritable champ d'action du médecin*. Et par clinique il entend non seulement la clinique nosocomiale et la polyclinique, mais encore et surtout la clinique de la ville, bien plus riche en cas dans lesquels la marche de la maladie est lente et son caractère bénin, la seule qui permette de suivre, dans les familles, l'évolution héréditaire de la maladie et ses transformations successives. Le livre posthume de ce consciencieux savant résume une série d'études étiologiques, anatomo-pathologiques, symptomatologiques et thérapeutiques aussi complètes qu'il est possible de le désirer, étant donné, sur tous ces sujets, l'état actuel de la science. Lebert a, de plus, exposé, dans les divers chapitres de son ouvrage, trop d'idées personnelles pour qu'il ait pu espérer convaincre tous ceux qui le liront. Nous recommanderons cependant comme particulièrement dignes d'intérêt le chapitre dans lequel il traite de l'influence qu'exercent sur l'organisme certains foyers tuberculeux guéris en apparence, mais capables, suivant lui, d'infecter le poumon; ceux où il s'occupe de la gravité de la tuberculisation primitive du larynx; enfin les pages qui traitent des localisations de la tuberculose dans les ganglions bronchiques ou mésentériques et dans les glandes lymphatiques superficielles. L'auteur ne consacre que quelques lignes à l'examen de la question de la contagion et de l'inoculabilité du tubercule, mais ces lignes il importe aussi de les signaler. Lebert considère la contagion de la tuberculose comme prouvée par l'observation clinique; mais, dit-il, la contagion est l'exception et non la règle. De même pour l'inoculation, il admet que les substances morbides les plus diverses peuvent avoir une influence phymatogène, et, par conséquent, engendrer le tubercule, mais que l'inoculation de matière tuberculeuse le provoque presque toujours. Nous devons faire remarquer, à ce sujet, combien il importe peu, au point de vue doctrinal, de savoir si la phthisie est habituellement ou exceptionnellement contagieuse. Un seul fait rigoureusement observé et prouvant la contagiosité de la tuberculose peut suffire à déterminer nosologiquement la maladie. Comme le dit fort bien M. Fonssagrives, « une maladie contagieuse est une plante fructifère dont les

---

l'incision, avec le tranchant vers l'articulation, je réséquai tout ce qui était privé de périoste, et n'eus pas d'exfoliation. Aucune artère ne dut être liée. Comme le tendon du biceps fut sectionné, je maintins le bras suspendu. La malade regagna à pied son domicile; la douleur n'était pas très considérable; elle guérit par le traitement ordinaire sans aucun symptôme fâcheux. Elle quitta cette ville six semaines après l'opération.

Rentrée chez elle, elle se servit trop de son bras, et la cicatrice se rouvrit d'environ un pouce et demi, ce qui retarda la cure de trois semaines; mais depuis ce temps elle continua à aller bien. Elle se sert parfaitement de l'avant-bras, peut écarter le bras d'environ cinq ou six pouces de son côté, porter le bras en arrière, lacer son corset, mettre son chapeau, coudre, et vaquer à toutes ses occupations, aussi bien que jamais, pourvu qu'elles n'exigent pas de trop lever le coude. L'extrémité supérieure de l'humérus est à environ un pouce au-dessous de la pointe de l'épaule, et les apophyses acromiale et coracoïde sont de chaque côté de la cicatrice, presque à égale distance. Je fais cette remarque simplement pour montrer plus exactement le trajet de l'incision.

(A suivre.) L. H. Petit.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés: M. Vaillard, préparateur d'histologie, en remplacement de M. d'Antin, démissionnaire. — M. Secousse (Jean), préparateur de chimie, en remplacement de M. Denigès, démissionnaire. — M. Dupetit (Gabriel-Auguste), préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Magué, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Doche (Jean-François-Jules) est nommé aide d'anatomie pendant la durée du congé accordé à M. Bouvet.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Marangos (Apostol) est délégué dans les fonctions de second prosecteur pour une période de deux années, en remplacement de M. Tédenat, dont le temps d'exercice est expiré.

École de médecine de Nantes. — M. Bureau, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques, est institué, en outre, suppléant des chaires de sciences naturelles pour une période de dix années.

graines arrivant, par une voie quelconque, dans un terrain qui réunit les conditions dont elle a besoin, y lèvent et y produisent une plante séminifère semblable à celle d'où elles proviennent. Une seule phthisie serait cette plante que la contagiosité de toutes, qu'elle soit virtuelle ou réalisée, ne serait pas contestable. La contagiosité d'une maladie est ou n'est pas; la question du degré est purement contingente et ne saurait être invoquée. » La phthisie n'est que très exceptionnellement contagieuse; mais les faits de contagion existent, la plupart des orateurs qui ont pris part à la discussion académique de 1868 les ont admis sans hésitation. Or, il nous suffit de savoir, au point de vue doctrinal et pratique, que la maladie puisse être contagieuse dans le sens rigoureusement clinique du mot. On comprendra que, dans le livre de Lebert, un très long chapitre soit consacré à l'étude anatomo-pathologique de la tuberculisation pulmonaire; mais chacun connaît trop, sur ce sujet, les idées de l'auteur pour qu'il nous semble nécessaire de les exposer longuement. Nous ne ferons aussi que signaler une étude très consciencieuse des stations hivernales et æstivales que l'on peut offrir aux phthisiques.

Cette question de la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, bien qu'elle ait été, dans le livre de Lebert, l'objet d'un examen assez approfondi, a été spécialement traitée par M. Fonssagrives. La deuxième édition de son traité mérite, en effet, plus qu'une simple mention. M. Fonssagrives a modifié le titre de l'ouvrage; il l'a enrichi d'une introduction à laquelle nous venons déjà de faire quelques emprunts, et d'additions nombreuses qui font de cette nouvelle œuvre un livre plus complet et presque entièrement refondu. Nous n'avons pas à revenir sur le plan adopté par l'auteur, ni sur les différents chapitres d'un volume que la *Gazette hebdomadaire* a déjà loué comme il mérite de l'être (1866, p. 62). Comme dans sa première édition, M. Fonssagrives est d'avis qu'il faut, lorsqu'on prétend traiter les tuberculeux, se préoccuper surtout de l'état général, et ne point se borner à combattre les lésions pulmonaires; il pense qu'il est nécessaire « de substituer à la médecine stérile des drogues et des formules la médecine féconde des indications »; mais il persiste à soutenir que la guérison des tuberculeux est un fait exceptionnellement rare, presque irréalisable, et il continue à croire à la spécificité de la tuberculose, tout en repoussant la recherche d'un spécifique de la phthisie. Les considérations qu'il développe à ce sujet pourront étonner ceux qui n'ont pas une connaissance précise des idées doctrinales du professeur de Montpellier: « Si, dit-il, malgré la grande précision actuelle du diagnostic de la phthisie, nous ne parvenons souvent qu'à des présomptions plus ou moins plausibles sur son existence, alors que des lésions pulmonaires sont déjà réalisées, que peut faire un spécifique qui viendrait après coup et qui, puissant contre la diathèse l'*affection*, ne pourra jamais rien contre la *maladie?* Il faudrait, pour qu'un spécifique eût tout son prix, qu'on pût deviner la tuberculose avant ses réalisations pulmonaires. Or, il est bien permis de supposer que nous n'en arriverons jamais là. » Nous recommandons la lecture de ce passage et des considérations qui le suivent à tous ceux qui s'intéressent à ces dissertations théoriques. Ce n'est pas cependant que nous partagions, à cet égard, toutes les idées de M. Fonssagrives. Nous pensons, au contraire, que très fréquemment on arrive à reconnaître la tuberculose avant l'existence de lésions pulmonaires incurables ou tout au moins avant l'infection générale de l'organisme, et nous persistons à croire que l'on peut souvent arriver à la guérir alors même que les tubercules se reconnaissent par les lésions congestives ou inflammatoires qu'ils déterminent. Nous n'avons point à rappeler ici ce que proclament à ce sujet, dans leurs belles leçons cliniques, M. N. Gueneau de Mussy ou M. Peter. On parvient fréquemment, lorsqu'on agit assez tôt et assez énergiquement, à enrayer la marche envahissante de la maladie; alors même que des cavernules ont été le résultat de la fonte du parenchyme pulmonaire, on peut encore espérer, les autopsies de vieillards en font foi, une guérison complète. Mais, d'autre part, nous admettons volontiers que l'on ne trouvera jamais un spécifique de la phthisie, c'est-à-dire, pour employer les expressions de l'auteur, un agent « ayant force d'action *étiocratique* ». Et l'on comprendra l'inanité d'une semblable recherche en réfléchissant à la multiplicité des conditions qui peuvent créer la maladie, en préparant l'organisme à la germination des tubercules, c'est-à-dire en provoquant cette déchéance fonctionnelle de tous les tissus qui seule permet leur évolution. Ce sont là d'ailleurs des questions dont l'étude nous entraînerait beaucoup trop loin. Qu'il nous suffise d'appeler l'attention du lecteur sur un livre qui, tout en présentant très fidèlement l'état actuel de la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, examine et discute les problèmes les plus contestés de la doctrine phthisiologique.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

LOI RELATIVE AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTIOD PUBLIQUE ET AUX CONSEILS ACADÉMIQUES.

Cette loi vient d'être promulguée par le Président de la République et insérée au *Journal Officiel* du 28 février. Le conseil supérieur de l'instruction publique est composé comme il suit :

Le ministre, *président;* cinq membres de l'Institut, élus par l'Institut en assemblée générale et choisis dans chacune des cinq classes;

Neuf conseillers, nommés par décret du Président de la République en conseil des ministres, sur la présentation du ministre de l'instruction publique, et choisis parmi les directeurs et anciens directeurs du ministère de l'instruction publique, les inspecteurs généraux et anciens inspecteurs généraux, les recteurs et anciens recteurs, les inspecteurs et anciens inspecteurs d'académie, les professeurs en exercice et anciens professeurs de l'enseignement public;

Deux professeurs du Collège de France, élus par leurs collègues;

Un professeur du Muséum élu par ses collègues;

Un professeur titulaire des facultés de théologie catholique, élu par l'ensemble des professeurs, des suppléants et des chargés de cours desdites facultés;

Un professeur titulaire des facultés de théologie protestante, élu par les professeurs, les chargés de cours et les maîtres de conférences;

Deux professeurs titulaires des facultés de droit, élus au scrutin de liste par les professeurs, les agrégés et les chargés de cours;

Deux professeurs titulaires des facultés de médecine ou des facultés mixtes, élus au scrutin de liste par les professeurs, les agrégés en exercice, les chargés de cours et maîtres de conférences pourvus du grade de docteur;

Un professeur titulaire des écoles supérieures de pharmacie ou des facultés mixtes, élu dans les mêmes conditions.

Dans les facultés mixtes, les professeurs de l'enseignement médical voteront pour les deux professeurs de médecine, et les professeurs de l'enseignement de la pharmacie voteront pour le professeur de pharmacie;

Deux professeurs titulaires des facultés des sciences, élus au scrutin de liste par les professeurs, les suppléants, les chargés de cours et les maîtres de conférences pourvus du grade de docteur;

Deux professeurs titulaires des facultés des lettres, élus dans les mêmes conditions;

Deux délégués de l'École normale supérieure, un pour les lettres, l'autre pour les sciences, élus par le directeur, le sous-directeur et les maîtres de conférences de l'école et choisis parmi eux;

Un délégué de l'École normale d'enseignement spécial, élu par le directeur, le sous-directeur et les professeurs de l'école et choisi parmi eux;

Un délégué de l'École nationale des Chartes, élu par les membres du conseil de perfectionnement et les professeurs et choisi parmi eux;

Un professeur titulaire de l'École des langues orientales vivantes, élu par ses collègues;

Un délégué de l'École polytechnique, élu par le commandant,

le commandant en second, les membres du conseil de perfectionnement, le directeur des études, les examinateurs, professeurs et répétiteurs de l'école et choisi parmi eux;

Un délégué de l'École des beaux-arts, élu par le directeur et les professeurs de l'école et choisi parmi eux;

Un délégué du Conservatoire des arts et métiers, élu par le directeur, le sous-directeur et les professeurs et choisi parmi eux;

Un délégué de l'École centrale des arts et manufactures, élu par le directeur et les professeurs de l'école et choisi parmi eux;

Un délégué de l'Institut agronomique, élu par le directeur et les professeurs de cet établissement et choisi parmi eux;

Huit agrégés en exercice de chacun des ordres d'agrégation (Grammaire, Lettres, Philosophie, Histoire, Mathématiques, Sciences physiques ou naturelles, Langues vivantes, Enseignement spécial), élu par l'ensemble des agrégés du même ordre, qui sont professeurs ou fonctionnaires en exercice dans les lycées;

Deux délégués des collèges communaux, élus, l'un dans l'ordre des lettres, l'autre dans l'ordre des sciences, par les principaux et professeurs en exercice dans ces collèges, pourvus du grade de licencié dans le même ordre;

Six membres de l'enseignement primaire, élus au scrutin de liste par les inspecteurs généraux de l'instruction primaire, par le directeur de l'enseignement primaire de la Seine, les inspecteurs d'académie des départements, les inspecteurs primaires, les directeurs et directrices des écoles normales primaires, la directrice de l'école Pape-Carpentier, les inspectrices générales et les déléguées spéciales chargées de l'inspection des salles d'asile;

Quatre membres de l'enseignement libre, nommés par le Président de la République sur la proposition du ministre.

Art. 2. Tous les membres du conseil sont nommés pour quatre ans. Leurs pouvoirs peuvent être indéfiniment renouvelés.

Art. 3. Les neuf membres nommés conseillers par décret du Président de la République, et six conseillers que le ministre désigne parmi ceux qui procèdent de l'élection, constituent une section permanente.

Un conseil académique institué au chef-lieu de chaque académie. Il se compose : 1° Du recteur, président; 2° des inspecteurs d'académie; 3° des doyens des facultés de théologie catholique en protestante, de droit, de médecine, des sciences et des lettres, des directeurs des écoles supérieures de pharmacie de l'État, des directeurs des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie et des directeurs des écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres du ressort; 4° d'un professeur titulaire de chacune de ces facultés ou écoles supérieures de pharmacie du ressort, élu dans chacune d'elles par les professeurs, les suppléants, les agrégés en exercice, les chargés de cours et les maîtres de conférences; 5° d'un professeur titulaire des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie du ressort, élu par l'ensemble des professeurs, chargés de cours ou suppléants de ces écoles, pourvus du grade de docteur ou de pharmacien de première classe; 6° d'un professeur titulaire des écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres du ressort, élu par l'ensemble des professeurs et chargés de cours; 7° d'un proviseur et d'un principal d'un des lycées et collèges communaux de plein exercice du ressort, désignés par le ministre; 8° de deux professeurs de l'ordre des sciences, agrégés ou docteurs, élus au scrutin de liste par les professeurs du même ordre, agrégés ou docteurs, en exercice dans les lycées du ressort; 9° de deux professeurs de l'ordre des lettres, agrégés ou docteurs, élus dans les mêmes conditions; 10° de deux professeurs des collèges communaux du ressort, pourvus du grade de licencié, l'un pour l'ordre des lettres, l'autre pour l'ordre des sciences, élus par l'ensemble des professeurs de ces établissements, pourvus des mêmes grades et appartenant au même ordre; 11° de deux membres choisis par le ministre dans les conseils généraux, et deux dans les conseils municipaux, qui concourent aux dépenses de l'enseignement supérieur ou secondaire du ressort.

Art. 10. Les membres du conseil académique, nommés par le ministre ou élus, le sont pour quatre ans. Leurs pouvoirs peuvent être renouvelés.

Ministère de l'intérieur. — Par arrêté en date du 20 février 1880, le ministre de l'intérieur et des cultes a nommé membres de la commission chargée d'examiner les titres et de dresser le tableau de classement des candidats à un emploi d'inspecteur général, à titre de docteur médecin, des services administratifs du ministère de l'intérieur : MM. les professeurs C. Robin, *président;* Lasègue, Ball et Bouchard; MM. Bacquet et de Harambure, inspecteurs généraux des services administratifs du ministère de l'intérieur; M. Carron, chef du 4e bureau du secrétariat au ministère de l'intérieur. M. de Lacroix, sous-chef de bureau à l'administration centrale, remplira les fonctions de secrétaire.

— *Concours sur titres pour un des emplois d'inspecteur général réservés aux docteurs médecins.* — Le concours sur titres pour l'emploi ci-dessus sera ouvert, le mercredi 3 mars prochain, au ministère de l'intérieur, pour la nomination à un des emplois d'inspecteur général des services administratifs, réservés aux docteurs en médecine, conformément au décret du 5 décembre 1879 (art. 11, § 3).

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français ou naturalisés, âgés de trente ans au moins et de cinquante ans au plus, ayant exercé pendant dix ans au moins, dont cinq soit comme médecin des hôpitaux de Paris, soit comme médecin ou chirurgien en chef d'un hôpital civil de deux cents lits au moins, soit enfin comme médecin en chef d'un asile public d'aliénés comptant également deux cents malades. Les agrégés à la Faculté de médecine de Paris sont dispensés de la condition d'exercice dans les établissements ci-dessus désignés. MM. les docteurs médecins candidats pourront déposer, jusqu'au 2 mars, à cinq heures du soir, leurs titres et pièces au 2e bureau du secrétariat, rue de Grenelle, 101, où il leur sera donné tous les renseignements dont ils auraient besoin.

Faculté de médecine de Paris. — M. Guignebert (François) est nommé employé chargé de rassembler les matériaux des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

Nécrologie. — La ville de Vannes vient de perdre un de ses médecins les plus appréciés et les plus méritants, le docteur Henri Trémant, décédé à l'âge de trente-neuf ans, médecin en chef de l'asile des aliénés et de l'hospice des vieillards.

— On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Desbarreaux-Bernard (de Toulouse), ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Toulouse, bibliophile distingué; et de M. le docteur Renouard (de Mende), mort à Savenay (Loire-Inférieure).

Mortalité a Paris (8e semaine, du vendredi 20 au jeudi 26 février 1880). — Population probable : 2020000 d'habitants. — *Nombre total des décès :* 1246, se décomposant de la façon suivante*: Affections épidémiques ou contagieuses :* fièvre typhoïde, 67; variole, 78; rougeole, 7; scarlatine, 7; coqueluche, 4; diphthérie et croup, 46; dysentérie, 2; érysipèle, 9; affections puerpérales, 8. — *Autres maladies :* bronchite aiguë, 69; pneumonie, 113; phthisie pulmonaire, 181; diarrhée infantile et atrophie, 51; autres causes, 604.

Bilan de la 8e semaine. — La mortalité diminue avec la rigueur de la saison : au lieu de donner la proportion de 40 décès environ par an et par 1000 vivants, comme dans la 6e semaine, ou de près de 38 dans la 7e, nous n'en avons plus que 32,67; mais nous sommes encore bien au-dessus de la moyenne, qui est de 23,1. Ce sont encore les maladies aiguës de poitrine qui bénéficient surtout de ce dégrèvement. Les affections épidémiques ont peu désarmé. La fièvre typhoïde seule s'est quelque peu amendée, mais la variole s'est plutôt aggravée (78 au lieu de 70). Le quartier de la Sorbonne, puis ceux de la Roquette et de la Villette ont été cette semaine, comme les précédentes, les plus contaminés. L'ensemble des décès par fièvre typhoïde a diminué, mais les quartiers du Gros-Caillou et de l'hôpital Saint-Louis sont encore les plus frappés. — La diphthérie est à peu près stationnaire.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 11 mars 1880.

Académie de médecine : NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉFRIGÉRATION : AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE. — USAGES DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

M. le docteur Dumontpallier a terminé aujourd'hui sa communication sur le nouveau procédé de réfrigération obtenue à l'aide d'appareils particuliers. Ces appareils ont été décrits dans le précédent numéro. Le médecin de la Pitié nous a rendu compte des résultats qu'il a obtenus. Les expériences ont été faites sur des sujets bien portants et sur des fébricitants. Il ne nous paraît pas cependant qu'elles aient été instituées, au point de vue clinique, d'une façon suffisante et sur une assez large échelle pour qu'elles puissent dès à présent et définitivement prendre rang dans la thérapeutique. De nouveaux essais sont nécessaires, de l'aveu même de l'auteur.

La méthode que Brand a appliquée au traitement de l'hyperthermie considérée comme élément morbide, dans la fièvre typhoïde en particulier, a soulevé plus d'une objection, bien qu'elle ait reçu en définitive un accueil assez favorable. On lui a surtout reproché de provoquer par son action un peu brutale des accidents parmi lesquels les congestions profondes tiennent le premier rang. Il est incontestable que le refroidissement rapide de la peau chez un fébricitant n'est pas sans inconvénient, et peut provoquer des phénomènes graves, dus au reflux trop brusque du sang des vaisseaux périphériques vers les organes centraux. Il n'en manque pas d'exemples. D'un autre côté, on s'accorde généralement à reconnaître qu'il y a dans beaucoup de cas bénéfice évident à débarrasser le malade d'un excès de température qui ajoute singulièrement à la gravité des autres symptômes.

M. Dumontpallier s'est donc proposé de conserver les avantages de la méthode en évitant les inconvénients signalés et pour cela il a cherché à obtenir une réfrigération graduelle, se prêtant à tous les tempéraments nécessaires et mettant le malade à l'abri de tout danger. Il a, dans ses premières expériences, mis en usage la grande couverture tubulaire dont nous avons donné le dessin. L'eau qui entre dans le tube à une température moyenne de 8 à 10 degrés centigrades s'échauffe au contact du corps et atteint au bout de quinze à vingt-cinq minutes une température fixe, qui oscille entre 10 et 12 degrés. A ce moment, la *régulation thermique* du sujet est vaincue; de dix en dix minutes la température baisse de 1 à 2 dixièmes de degré dans l'aisselle et dans le rectum; et au bout d'une heure à une heure et demie, à partir du moment où la régulation thermique a été surmontée, l'abaissement de la température générale est de 1 à 2 degrés. On peut, par la fermeture ou l'ouverture des robinets, maintenir un malade à une température constante. Celui-ci se plaint ordinairement d'une sensation de froid accompagnée ou non de frisson passager. M. Dumontpallier s'est assuré par une observation attentive qu'aucune fonction importante n'était troublée; qu'on ne constatait notamment aucun symptôme indiquant la congestion des différents viscères. Quand la sensation de refroidissement est accusée trop vivement par le malade, on ferme les robinets, et l'eau des tubes s'échauffe rapidement.

Nous avons dit que ces premières expériences avaient été faites à l'aide d'une couverture enveloppant le sujet depuis le cou jusqu'aux pieds. Dans une autre série d'expériences, M. Dumontpallier a cherché dans quelles limites les réfrigé-

FEUILLETON

Histoire de la première résection de l'épaule pour carie, attribuée à tort à White, de Manchester.

(Suite. — Voyez le numéro 10.)

Nous avons tenu à rapporter les deux documents précédents, malgré leur longueur, parce qu'ils sont peu connus maintenant, qu'ils ont été altérés de mille manières, et qu'ils pourront nous servir de terme de comparaison, dans la suite de ce travail, avec les erreurs que nous avons relevées à leur endroit.

Orred, chirurgien de Chester, communiqua une observation analogue à celle de Bent, le 12 octobre 1778. Il ne fait pas mention de celle de Bent ni de ce fait que la tête de l'humérus peut n'avoir pas été réséquée dans le cas de White. (*Phil. trans.*, 1779, t. LXIX, p. 6.)

Je ne crois pas que l'ouvrage de White ait été beaucoup consulté en France; mais il ne l'a pas été certainement par le traducteur anonyme de l'opuscule de Park, qui dans sa préface parle ainsi de ce fait (1) :

« On lit dans le recueil des observations de M. White (2) qu'un jeune homme écrouelleux, âgé de quatorze ans, et dont la tête de l'humérus était cariée, a été guéri dans l'espace de quatre mois, par la section de l'extrémité supérieure de cet os. Une incision faite à travers une ouverture fistuleuse, depuis l'acromion jusque vers le milieu du bras, a suffi pour faire sortir la tête de l'os de la cavité, la capsule étant

(1) *Nouvelle méthode de traiter les maladies qui attaquent l'articulation du coude et du genou*, par H. Park, chirurgien de l'hôpital de Liverpool, ouvrage traduit de l'anglais. — Paris, 1874, in-12, pp. x-59.

(2) *Cases in Surgery, with Remarks*, London, 1770, in-12. Or, c'est un in-8. Park ne cite White qu'incidemment, à la page 19.

rations locales pouvaient déterminer un abaissement de la température centrale. Les résultats de ces tentatives sont intéressants. C'est ainsi qu'on constate que la réfrigération de la tête ne modifie pas la température centrale; que le refroidissement des membres supérieurs ou inférieurs produit à peine une diminution de quelques dixièmes de degré dans le rectum. Un coussin réfrigérant appliqué sur la région hépatique pendant quatre heures détermine un abaissement de 6 dixièmes de degré de la température rectale. Le même coussin appliqué sur l'abdomen pendant une heure environ fait tomber la température rectale de 4 dixièmes seulement. Il n'en est plus de même quand on refroidit *simultanément* les parois du thorax et de l'abdomen au moyen d'une ceinture thoraco-abdominale. Dans un temps qui varie de une heure à une heure quarante minutes, la température rectale est abaissée de 1 degré à 1°,9. On peut donc substituer la ceinture à la couverture enveloppant tout le corps; les résultats sont très suffisants et le malade est beaucoup moins gêné.

Il résulte donc de ces expériences que les appareils réfrigérants à circulation tubaire permettent d'arriver aux mêmes résultats thermiques que les bains froids; qu'ils constituent un procédé infiniment plus commode et bien plus facilement supporté par le patient; qu'ils évitent à celui-ci ces immersions pénibles, répétées jusqu'à huit fois dans les vingt-quatre heures et dont les inconvénients, au point de vue pratique tout au moins, sont tels que la méthode de Brand n'a pas pu se généraliser jusqu'ici dans les établissements hospitaliers.

Ce sont là des avantages incontestables et qui séduisent au premier abord, d'autant plus que le refroidissement produit par les bains, à plus forte raison par les lotions, n'est pas de longue durée, et qu'en admettant même que le refroidissement graduel par l'appareil tubulaire ne persiste pas plus longtemps, il est infiniment plus facile de remettre l'appareil en action que de recourir à une nouvelle balnéation.

Nous ne voudrions pas cependant qu'on se hâtât trop de se prononcer. M. Dumontpallier avoue qu'au point de vue thérapeutique les preuves sont encore à faire, et que de nombreuses observations sont ici nécessaires. Il faut savoir comment les malades supporteront, et dans quelles limites, cette réfrigération continue. Le refroidissement rapide amené par l'immersion a sans doute ses dangers; mais l'influence qu'il exerce sur la circulation est certainement plus énergique; les alternatives de contraction et de dilatation des vaisseaux superficiels sont plus vivement sollicitées et l'atonie des parois vasculaires est peut-être plus avantageusement modifiée.

Nous ne sommes pas de ceux qui veulent généraliser dans les maladies fébriles, et dans la fièvre typhoïde en particulier, la méthode de Brand, et si nous croyons qu'elle peut rendre de signalés services, nous sommes persuadé également qu'elle a bénéficié d'une foule de cas où elle n'avait rien à voir, et que des accidents graves lui sont absolument imputables. Mais nous croyons aussi que chez beaucoup de fébricitants l'hyperthermie à un certain degré constitue un élément morbide des plus graves, qu'il faut combattre énergiquement et qu'on ne peut trop favorablement accueillir tous les moyens thérapeutiques qui peuvent remplir sans danger cette capitale indication.

Blachez.

Au commencement de la séance, l'Académie avait entendu une communication de M. Lucas-Championnière relative à deux cas d'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. Les deux femmes, qui ont guéri, ont été présentées à l'Académie.

M. Edouard Fournié a lu un mémoire sur le rôle de la trompe d'Eustache dans la physiologie de l'audition. Suivant notre confrère, la trompe, au lieu de ne s'ouvrir que dans certains mouvements de la gorge, comme la déglutition, reste constamment béante.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

De la section extra-oculaire des nerfs optique et ciliaires substituée a l'énucléation du globe oculaire. Travail communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 19 novembre 1879, par le docteur Ch. Abadie.

Depuis le jour où l'on a reconnu que l'énucléation du globe oculaire était le moyen le plus efficace pour combattre l'ophthalmie sympathique, cette opération s'est rapidement propagée dans la pratique, et grâce aux connaissances anatomiques si précises qui nous ont été laissées par Tenon, grâce

---

détruite par la suppuration. Ce malade n'a point eu d'hémorrhagie, son bras est resté un peu plus court que l'autre et ne peut se mouvoir dans la cavité de l'omoplate ni être élevé jusqu'à une certaine hauteur; mais tous ces inconvénients sont assurément préférables à la perte du bras, qu'on voulait amputer dans la jointure de l'épaule. »

Il est évident que si le traducteur de Park avait lu l'observation de White dans l'original, il n'aurait pas ainsi rédigé cette dernière phrase, puisque le bras pouvait s'élever à toute hauteur, et exécuter les mouvements de rotation aussi bien que jamais: il a donc dit le contraire de la vérité. Benj. Bell (*A system of Surgery*, 2ᵉ édit., t. VI, p. 428, 1778), Syme (*Treatise on the excision of diseaded joints*, 1831, p. 44), pas plus que le traducteur de Park, ne se doutent que la tête de l'humérus a pu rester dans la jointure, et cependant Syme rapporte le fait presque en entier. La seule remarque importante de cet auteur, c'est que, d'après lui, il ne s'agit pas d'un cas de carie, mais de nécrose, et il s'appuie pour parler ainsi sur la facilité de l'opération et sur son heureux résultat, en particulier l'absence de diminution de longueur du membre.

L'erreur la plus considérable qui ait été commise dans toute cette histoire est celle de Costello, qui, se trompant d'observation, vient dire que White n'a jamais fait la résection de l'humérus pour carie, mais pour une pseudarthrose consécutive à une fracture. Voici le passage :

« Les premiers faits de résection qui sont rapportés à une époque relativement moderne appartiennent au commencement du siècle dernier, et c'étaient des cas de résection de la clavicule. Suivant toute probabilité, on a observé çà et là quelques faits dans lesquels, pour des luxations et des fractures compliquées, les extrémités irréductibles des os, articulaires ou non, furent réséquées pour faciliter la réduction. Mais il faut arriver à la seconde moitié de ce siècle avant de trouver des préceptes relatifs à la résection dans les articulations, exposés d'une manière méthodique. On a longtemps supposé que cette pratique avait commencé avec White, de Man-

aux règles du manuel opératoire, si bien indiquées par Bonnet, l'ablation du globe oculaire est devenue une des opérations courantes de la chirurgie.

Une fois l'ophthalmie sympathique bien connue cliniquement, on a abordé l'étude de sa physiologie pathologique, on a cherché à connaître le lien mystérieux qui servait à la propagation du processus morbide d'un œil à l'autre. Nous n'entrerons pas dans la discussion des nombreuses théories qui ont été émises sur ce sujet, nous nous bornerons à dire qu'à l'heure actuelle la plupart des ophthalmologistes admettent que c'est réellement par l'intermédiaire des nerfs ciliaires que cette transmission a lieu ; un petit nombre pourtant attribuent encore un rôle actif au nerf optique. Quoi qu'il en soit, il était assez naturel de penser que si la section de tous les troncs vasculaires et nerveux qui rattachent le globe oculaire à l'encéphale était possible, elle donnerait le même résultat que l'ablation de l'œil lui-même. Déjà, en 1866, de Græfe et Meyer avaient songé à substituer la section *intra-oculaire* des nerfs ciliaires à l'énucléation; mais on pouvait reprocher à leur procédé : 1° de ne sectionner que quelques filets ciliaires et de laisser intact le nerf optique, qui, pour quelques-uns, peut servir de conducteur à l'influence sympathique; 2° d'occasionner un délabrement considérable aux enveloppes de l'œil, pouvant être suivi de l'atrophie du globe. A la même époque, en 1866, Rondeau, dans sa thèse sur l'ophthalmie sympathique, émet le premier l'idée de la section simultanée *des nerfs ciliaires et du nerf optique*. Voici comment il s'explique à ce sujet : « Dans l'ophthalmie sympathique, l'indication principale est d'agir le plus promptement possible, afin de ne pas laisser survenir les altérations de sécrétion et de structure consécutives aux troubles réflexes de la circulation. La section des nerfs sensitifs de l'œil au début de l'inflammation du globe lésé arrêterait toute action réflexe dans l'organe opposé. Rien n'est plus facile que cette opération, que *j'ai pratiquée bien des fois à l'amphithéâtre*, et qui consiste, après avoir fait une petite ouverture à la partie supérieure et interne de la conjonctive, à introduire un petit ténotome courbe en le maintenant appuyé sur le globe oculaire. On sectionne du même coup *les nerfs ciliaires, le nerf optique et l'artère centrale*. Cette opération est excessivement simple et effraye moins le malade que l'énucléation totale du globe oculaire, de telle sorte qu'il y a moins de répugnance à s'y soumettre plutôt. » En 1876, M. Boucheron reprend la même idée, et communique à la Société de biologie le résultat de *ses expériences sur les animaux*, qui tendent à démontrer que la section des nerfs ciliaires et du nerf optique peut être effectuée sans qu'il en résulte la destruction de l'œil. Il paraîtrait même, d'après une *communication orale* qui se trouve consignée dans la thèse récente de M. Redard, mon chef de clinique (*De la section des nerfs optique et ciliaires*, Paris, 1879), qu'à cette époque M. Boucheron aurait pratiqué sur le vivant cette opération; mais le résultat ne fut pas favorable, et M. Boucheron abandonna sans doute ces tentatives, car il ne publia jamais d'observation se rapportant à ce sujet. En 1877, le docteur Dianoux (de Nantes) pratiquait avec succès la section des nerfs optiques et ciliaires, opération à laquelle il donnait le nom d'*énervation* du globe oculaire. Enfin, en 1878, M. Schœler communiquait à la Société médicale de Berlin les bons résultats obtenus par plusieurs opérations du même genre. De mon côté, il y a un an environ que j'ai adopté ce nouveau procédé, et j'ai eu depuis l'occasion de le mettre dix-huit fois à exécution pour les cas les plus divers. C'est donc en possession d'un nombre suffisant d'observations, et après avoir suivi pendant longtemps mes opérés, que je puis formuler une appréciation sur les indications de cette nouvelle méthode opératoire et sur les résultats définitifs qu'elle peut nous fournir.

Ce serait donner une étendue trop considérable à ce travail que de vouloir énumérer tous les faits que j'ai recueillis : la plupart sont, du reste, consignés tout au long dans la thèse de M. Redard. Je me contenterai de faire ressortir ceux qui ont présenté le plus d'intérêt.

Trois fois il m'est arrivé d'avoir à sectionner les nerfs optiques et ciliaires sur des yeux qui, quoique perdus depuis longtemps, étaient à peine déformés et dont la cornée était restée transparente; or, ce qu'il y a eu de particulièrement remarquable dans ces cas, et ce qui constitue un avantage incontestable en faveur de cette nouvelle opération, c'est que, malgré la section des nerfs optique et ciliaires, la cornée et le globe oculaire, bien qu'ayant perdu toute sensibilité, gardèrent leur aspect presque normal. De telle sorte que ces malades, au lieu d'être obligés de porter un appareil prothétique, conservèrent leur œil devenu indolent et inoffensif. D'autres fois il s'agissait de moignons douloureux et sur lesquels il était impossible d'appliquer un œil artificiel. Après la section des nerfs optique et ciliaires, la coque d'émail fut parfaitement rapportée, jouissant de mouvements étendus grâce à la conservation du moignon et de ses muscles.

Enfin deux fois l'œil à opérer avait acquis un volume énorme, par suite de dégénérescence staphylomateuse. Dans ces deux cas, la section des nerfs optique et ciliaires ne put suffire à elle seule pour amener une diminution de volume du globe oculaire. Aussi, au bout d'un certain temps, voyant que l'état staphylomateux se maintenait, je pratiquai dans la sclérotique une incision de 1 centimètre environ, à travers laquelle s'écoula une certaine quantité de corps vitré, puis j'appliquai le bandeau compressif. Pendant quelques jours les lèvres de la plaie furent régulièrement entr'ouvertes, de façon à permettre de nouveau l'écoulement du corps vitré. Ces manœuvres, exécutées sur des yeux tout à fait insensibles, ne pro-

---

chester, mais nous allons voir que c'est une erreur. Le cas de White, que nous résumons, est rapporté dans le 59e vol. des *Phil. trans.* Le patient, garçon de neuf ans..... » (*The Cyclopedia of pract. Surgery*, vol. IV, p. 27, col. 2.)

Or, cette observation, qui est bien de White, est aussi très remarquable : car c'est la première dans laquelle on ait pratiqué la résection des fragments d'une pseudarthrose ; mais ceci n'excuse pas l'erreur de Costello. S'il eût consulté le livre de White, il n'eût pu s'y tromper, car les deux observations sont à la suite l'une de l'autre, et en cherchant celle qu'il cite, qui est la seconde, il n'aurait pas manqué de voir la première.

Cette erreur inconcevable s'explique d'autant moins que, quelques pages plus loin, Costello parle à plusieurs reprises du procédé de White pour la résection de l'épaule (p. 38, col. 2; p. 39, col. 1; p. 40, col. 1). Il est vrai qu'il en profite pour commettre une nouvelle erreur, comme s'il eût voulu démontrer surabondamment qu'il n'avait pas lu ce dont il parlait. « White, dit-il, ouvrit l'articulation par une simple incision perpendiculaire, écartant les bords simplement pour atteindre le ligament capsulaire. » (P. 38, col. 1.) Heureusement pour le malade, la capsule avait été respectée par le mal et par le chirurgien.

Voici maintenant venir des auteurs qui ont non seulement cité correctement le fait de White, sans cependant en donner toujours l'indication bibliographique, mais encore l'ont interprété comme il convient.

« Dans le cas de White, bien qu'on eût enlevé près de quatre pouces de l'os, le bras fut très peu raccourci, et sa forme peu altérée; les mouvements de rotation et autres et l'usage de la jointure revinrent complètement, et la partie dont on avait enlevé l'os reprit bientôt un degré remarquable de fermeté. Ces considérations et d'autres encore ont porté quelques auteurs à conclure, et, autant qu'il est permis d'en juger, à juste titre, que ce fait intéressant n'était pas un cas de carie, mais de nécrose aiguë, dans lequel la tête de l'os ne fut pas

voquèrent ni réaction, ni douleurs, et déterminèrent peu à peu une atrophie progressive; quand celle-ci fut jugée suffisante, la cicatrisation de la plaie scléroticale fut abandonnée à elle-même, et sur le moignon ainsi réduit on put appliquer une pièce artificielle.

Le manuel opératoire a toujours été exécuté de la façon suivante : Le tendon du droit externe est sectionné comme dans l'opération du strabisme, puis on dénude en haut et en bas la sclérotique, tout en respectant les muscles droits supérieur et inférieur. On arrive ainsi à se frayer un passage jusqu'au nerf optique, que l'on coupe d'un coup de ciseaux, comme si l'on voulait pratiquer l'énucléation. Dès lors le globe oculaire, jouissant d'une certaine mobilité, est luxé hors de la cavité orbitaire; puis, lui faisant subir une rotation en dedans, on amène son pôle postérieur dans le champ opératoire. On a alors sous les yeux le nerf optique sectionné, avec des ciseaux mousses on achève de dénuder la sclérotique dans son voisinage, en ayant soin qu'aucun des nerfs et vaisseaux ciliaires postérieurs n'échappe à l'instrument. Cela fait, l'œil est refoulé de nouveau dans l'orbite et remis dans sa position naturelle. Un fil de suture passé à travers la conjonctive bulbaire et le muscle droit externe ramène celui-ci à son insertion normale. Un bandeau compressif maintient le tout en place.

Nous insistons particulièrement, dans cette opération, sur la dénudation du pôle postérieur de l'œil, qui doit être aussi complète que possible; c'est, en effet, ce qui caractérise ce dernier procédé et le différencie des premières tentatives, où la section des nerfs optique et ciliaires était faite un peu à tâtons, les ciseaux étant simplement glissés en arrière de l'œil. En voyant le globe oculaire ainsi luxé hors de l'orbite et privé de presque tous ses éléments vasculaires et nerveux, on serait tenté de croire qu'il ne pourra résister à un pareil délabrement. Il n'en est rien, et je n'ai encore jamais observé de gangrène sur un point quelconque des enveloppes; les vaisseaux qui pénètrent dans son segment antérieur suffisent pour empêcher sa désorganisation.

Les suites de l'opération ont toujours été des plus simples, et la réaction inflammatoire presque nulle. J'attribue ces bons résultats aux précautions minutieuses qui ont été prises. Pendant quarante-huit heures, le bandeau compressif a été maintenu en permanence, et la région de l'œil opérée était continuellement imbibée avec quelques gouttes d'une solution phéniquée au 1/100, et maintenue au moyen de la glace à la température de 3 à 4 degrés.

Le travail qui précède vient d'être l'objet d'un rapport de M. Giraud-Teulon, qui a été discuté à la Société de chirurgie, et quelques objections ont été soulevées contre cette nouvelle opération.

On a d'abord mis en doute son efficacité complète dans l'ophthalmie sympathique. A ce propos, il s'agit de s'entendre, et avant d'aller plus loin nous demandons la permission d'ouvrir une parenthèse pour exprimer toute notre pensée sur les distinctions qu'on doit faire entre les divers états morbides, englobés aujourd'hui sous la désignation d'ophthalmie sympathique.

L'ophthalmie sympathique vraie, celle qui est réellement redoutable, a une pathogénie bien nette et prend naissance dans des conditions parfaitement déterminées. Un malade dont les yeux étaient sains et normaux jusqu'alors est blessé dans la région ciliaire d'un côté, dans un laps de temps qui varie entre quelques jours et quelques semaines après l'accident, l'autre œil, intact jusqu'alors, devient sensible à la lumière, s'injecte, s'enflamme; les milieux se troublent, l'iris se décolore, et des exsudats apparaissent dans la chambre antérieure. Voilà la véritable ophthalmie sympathique, qui entraînera promptement une cécité irrémédiable, si l'on ne pratique pas aussitôt que possible l'ablation du premier œil lésé. En pareille circonstance, le péril est si grand que toute considération d'esthétique doit disparaître; il faut recourir au moyen le plus sûr, l'énucléation.

Mais à côté de cette forme d'ophthalmie sympathique, dont le pronostic est toujours des plus sérieux, il en est d'autres qu'on pourrait qualifier de bénignes, et qui doivent être distinguées avec soin de la précédente. C'est ainsi que, lorsqu'un œil perdu depuis fort longtemps, par une cause quelconque, et n'ayant plus qu'une nutrition défectueuse, s'enflamme, devient douloureux, s'injecte, soit parce qu'il s'est produit une hémorrhagie intra-oculaire, soit parce que des filets ciliaires sont emprisonnés dans des masses exsudatives qui se rétractent, on voit d'ordinaire survenir un retentissement sympathique du côté opposé. L'autre œil devient larmoyant, sensible à la lumière; l'acte de l'accommodation s'effectue péniblement, l'acuité visuelle semble faiblir. Ce sont bien évidemment là des phénomènes sympathiques, mais ce n'est pas la véritable ophthalmie sympathique. Dans celle-ci, il y a toujours une inflammation manifeste du tractus uvéal, se traduisant par des *altérations de tissu*, exsudats, décoloration de l'iris, trouble des milieux, oblitération de la pupille, tandis que les phénomènes sympathiques bénins consistent uniquement en *troubles fonctionnels*, larmoiement, sensibilité, diminution de l'acuité visuelle, réduction de l'amplitude d'accommodation, etc.

L'ophthalmie sympathique vraie suit toujours une marche fatalement progressive et n'est enrayée que par l'énucléation.

---

enlevée par l'opération, mais détachée de la partie supérieure de la diaphyse par la maladie, et se réunit à la diaphyse régénérée après l'ablation de la portion qui avait été atteinte de nécrose. » (William Pirrie, *The principles et practice of Surgery*, London, 1852, p. 763.) « Dans le cas célèbre de White, de Manchester, cité ordinairement comme le premier dans lequel la résection de l'épaule fut pratiquée, un séquestre volumineux fut enlevé; mais il ne paraît pas que ce séquestre fît partie de la jointure. En effet, la figure du livre de White (*Cases in Surgery*, p. 68) montre clairement que la diaphyse était séparée de l'épiphyse et que la partie enlevée fut la portion supérieure nécrosée de la diaphyse. » (T. Holmes, *A system of Surgery*, 2e édit., London, 1871, t. V, p. 667, en note.)

« Le premier cas dans lequel on ait fait une tentative méthodique de résection pour affection de l'extrémité articulaire d'un os est dû à White, de Manchester, en 1768; il enleva ainsi une portion considérable de l'extrémité supérieure de l'humérus, bien qu'il soit douteux qu'il ait enlevé en même temps la tête de l'os. Quoi qu'il en soit, il s'était assuré d'abord par des expériences sur le cadavre que cette opération était praticable. Bien que la tête de l'humérus puisse ne pas avoir été enlevée par White dans ce cas, elle le fut certainement trois ans plus tard par J. Bent, de Newcastle, qui, en 1771, enleva par une opération régulière et préméditée la tête cariée de l'humérus avec un plein succès. » (Erichsen, *The science and art of Surgery*, 6e édit., 1872, t. II, p. 199.)

« La résection de l'épaule pour carie passe communément pour avoir été pratiquée pour la première fois par M. Ch. White, de Manchester, en avril 1768. Il avait auparavant réséqué la tête de l'humérus sur le cadavre; mais l'opération en question consista à enlever la partie supérieure de l'humérus pour nécrose, laissant la tête de l'os dans la cavité glénoïde. » (Fr. James Gant, *The science and practice of Surgery*, London, 1871, p. 656.)

Le professeur Gross, de Philadelphie, paraît se ranger à

Les irradiations sympathiques bénignes, au contraire, peuvent persister longtemps sans déterminer de graves désordres. Elles n'aboutissent jamais à la cécité, et finissent par disparaître spontanément quand l'irritation momentanée du premier œil atteint vient à cesser elle-même. Or jusqu'ici, contre ces deux formes d'ophthalmie sympathique, la thérapeutique a toujours été la même; elle a consisté uniquement dans l'énucléation du globe oculaire. Comment agir, en effet, sur un œil profondément désorganisé, sur lequel il n'est plus possible de pratiquer une opération régulière, pour mettre un terme à des inflammations répétées ou à des douleurs que rien ne peut calmer? Notre seule ressource était de l'enlever. Désormais il y aura lieu de distinguer avec soin les deux états morbides dont nous venons de nous occuper, et dont la gravité est bien différente. On devra aussi y remédier de deux façons différentes. Dans l'ophthalmie sympathique vraie, maligne, l'énucléation immédiate sera pratiquée sans hésitation aussitôt que possible. Dans les formes bénignes, au contraire, de beaucoup les plus nombreuses, la section extra-oculaire des nerfs ciliaires et du nerf optique sera suffisante et bien préférable à l'énucléation.

On a objecté aussi que cette nouvelle opération, dans certains cas, n'avait pas dispensé les malades de porter un œil artificiel. Voici notre réponse. Quand un malade présente un œil atrophié, difforme et douloureux, la section des nerfs ciliaires et optique rend ce moignon insensible, mais sans l'embellir bien entendu, et le seul bénéfice de l'opération c'est de rendre précisément possible l'adaptation d'un œil artificiel.

Enfin on a aussi exprimé des craintes au sujet de la fonte purulente de la cornée. Ces craintes ne sont pas fondées. L'expérience dans laquelle on sectionne le tronc du trijumeau dans l'intérieur du crâne, et celle qui consiste à couper les nerfs ciliaires *postérieurs*, ne sont pas identiques; il n'est donc pas étonnant que les résultats qu'elles donnent diffèrent entre eux.

Nous pouvons affirmer de nouveau que, chez des malades dont l'œil n'était pas trop difforme et dont la cornée était assez bien conservée, la section complète de tous les nerfs ciliaires postérieurs et du nerf optique n'a eu aucune conséquence fâcheuse. Le globe oculaire et la cornée conservèrent leur forme et leur vitalité, et comme l'observation a été prolongée pendant près d'un an, la démonstration nous semble aussi complète que possible. C'est surtout pour ces cas-là que ce nouveau procédé peut rendre des services inestimables en dispensant les malades de porter un œil artificiel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 1er MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

PRIX DÉCERNÉS POUR 1879.

STATISTIQUE. — A M. de Saint-Genis, prix de 1879 pour la partie statistique des deux ouvrages qu'il a publiés, en 1877 et 1879, sur la ville de Châtellerault.

A M. Borius, pour ses recherches sur le climat de Brest, un rappel du prix que l'Académie lui a donné en 1875.

A M. G. Le Bon, encouragement de 400 francs pour ses « Recherches anatomiques et mathématiques sur les lois de la variation du volume du cerveau et sur leurs relations avec l'intelligence ».

CHIMIE. — *Prix Jecker :* Le prix Jecker est partagé pour l'année 1879 de la manière suivante : à M. Riban, pour l'ensemble de ses travaux, 4000 francs; à M. Bourgoin, pour ses travaux de chimie organique, 4000 francs ; à M. Crafts, pour ses travaux relatifs à la chimie organique, 2000 francs.

Prix Lacaze pour 1879 : à M. Lecoq de Boisbaudran, pour sa découverte du *gallium*.

SCIENCES MÉDICALES PRATIQUES. — *Prix Barbier:* A M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes), encouragement de 1000 francs pour ses « Recherches sur l'anémie des houilleurs ».

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Thore :* A M. Edouard Brandt, pour ses « Recherches sur le système nerveux des insectes ».

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon* (médecine et chirurgie) : A MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, un prix pour leurs « Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools ».

A M. Tillaux, un prix pour son « Traité d'anatomie topographique ».

A M. A. Voisin, un prix pour son ouvrage intitulé : « Traité de la paralysie générale des aliénés ».

Trois mentions honorables : 1° A M. Bochefontaine, pour plusieurs mémoires présentés au concours. — 2° A M. Lecorché, pour son ouvrage intitulé : « Traité du diabète. Diabète sucré; diabète insipide. » — 3° A M. Simonin, ex-professeur à la Faculté de médecine de Nancy, pour son ouvrage intitulé : « De l'emploi de l'éther sulfurique et du chloroforme à la clinique chirurgicale de Nancy. »

Enfin la commission a décidé qu'elle ferait les *citations* suivantes, par ordre alphabétique : M. Azam, pour un mé-

---

cette opinion, car il attribue à Bent la première résection de l'épaule pour carie, sans faire mention de White. « L'opération fut pratiquée pour la première fois pour carie de la tête de l'humérus, en 1771, par M. James Bent, de Newcastle (Angleterre), bien qu'un procédé à peu près semblable ait été exécuté en 1740 par Thomas de Pézenas, en Languedoc. » (*A system of Surgery*, 3e édit., 2e vol., p. 1005, Philadelphie, 1864).

Voyons maintenant ce que pensent nos compatriotes de cette question de priorité.

En France, on s'accorde généralement à partager la palme entre White, David (de Rouen) et Vigarous (de Montpellier). On parle encore d'une observation analogue publiée vers 1740 par Thomas (de Pézenas) et relative à l'extraction, sans résection, de l'extrémité supérieure d'un humérus affecté de carie. Le professeur Gross, comme nous venons de le voir, a fait allusion à ce cas.

Le premier auteur qui ait parlé de ce fait est Vigarous, dans un mémoire *sur la régénération des os longs*, envoyé à l'Académie de chirurgie en 1774, au rapport de Sabatier, mais publié seulement en 1788, avec d'autres travaux du même chirurgien, par son fils, et intitulé : *Sur la régénération partielle et totale des os cylindriques.*

A la page 94 se trouve l'observation de Thomas, communiquée à Vigarous par l'auteur, et qui vraisemblablement n'avait pas encore été publiée. Aucun indice ne permet de le supposer, car tous les auteurs qui la citent, ou ne donnent pas d'indication bibliographique, ou renvoient à Vigarous.

En 1740, Thomas fut appelé auprès d'une petite fille de quatre ans atteinte, à la suite d'une variole, d'une inflammation de la partie supérieure du bras gauche; il s'y forma un abcès qui s'ouvrit à la partie antérieure et supérieure du bras, à quatre travers de doigt au-dessous de l'acromion; cette ouverture, ayant été jugée trop petite, fut agrandie en haut et en bas par deux coups de ciseaux. Au second pansement on trouva, sortant par la plaie, l'humérus dénudé et privé de sa

moire intitulé : « Réunion primitive et pansement des plaies. » — M. G. Delaunay, pour un mémoire intitulé : « Etudes de biologie comparée, basées sur l'évolution organique ». — M. Grasset, pour différents travaux, et notamment pour ses « Leçons sur les maladies du système nerveux ». — M. Gréhant, pour un mémoire intitulé : « Sur l'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant. » — M. Poncet, pour ses recherches sur l' « Anatomie pathologique de l'œil ». — M. Porak, pour un mémoire intitulé : « De l'absorption des médicaments par le placenta et de leur élimination par l'urine des enfants nouveau-nés. » — M. Riembault, pour un mémoire intitulé : « Appareil de transport pour les blessés en général et notamment les blessés des mines. »

Prix Bréant : A M. Toussaint, le prix consistant dans la rente annuelle de la fondation Bréant, pour ses « Recherches sur la bactéridie charbonneuse. »

Prix Godard : A M. le docteur Alphonse Guérin, un prix de 1000 francs pour ses « Leçons cliniques sur les affections des organes génitaux internes de la femme »; et un prix de même valeur à M. le docteur Ledouble, pour son travail sur l' « épididymite blennorrhagique ».

Prix Chaussier : Accordé *pour la seconde fois* à M. Amb. Tardieu, en son vivant professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, pour son « Etude sur les maladies produites accidentellement ou involontairement par imprudence, négligence ou transmission contagieuse ».

Physiologie. — *Prix Montyon* (physiologie expérimentale) : A M. François-Franck, pour son travail intitulé : « Recherches sur les nerfs dilatateurs de la pupille. »

Prix L. Lacaze. — A M. le docteur Davaine, pour l'ensemble de ses travaux.

Prix généraux. — *Prix Montyon* (arts insalubres) : A M. le docteur Haro, médecin-major au 69e de ligne, encouragement de 1500 francs pour la mise en usage d'un mode de balnéation aussi simple qu'économique.

Prix Trémont : A M. Thollon, pour l'encourager à continuer ses intéressantes recherches « sur la spectroscopie ».

(*A suivre.*)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Carcanlères, d'Eaux-Chaudes, de Balaruc, de Brides et de Salins et de la Malou. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Crouzat* adresse un pli cacheté. (*Accepté.*)

M le docteur *Richard* adresse une note sur les vaccinations pratiquées à Auxonne. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *E. Fabre* adresse un ouvrage sur l'*ataxie locomotrice ;*

M. le docteur *Blegnie*, une note sur le traitement de l'*angine couenneuse :*

M. le docteur *Diard*, un mémoire manuscrit sur *les nourrices et les nourrissons.*

M. *Rochard* présente, au nom de M. le docteur Massé, un ouvrage intitulé : *Clinique médicale de l'hôpital maritime de Brest.*

M. *J. Guérin* présente, au nom de M. le docteur Champouillon, un spéculum à jour destiné à faciliter le traitement des maladies des femmes par les eaux de Luxeuil.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique. Les candidats étaient présentés dans l'ordre suivant : première ligne, M. Constantin Paul; deuxième ligne, M. Dujardin-Beaumetz; troisième ligne, M. Feréol; quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Desnos et Vidal; cinquième ligne, M. Dumontpallier. Candidat adjoint par l'Académie, M. Ferrand.

M. *Constantin Paul* est élu par 47 suffrages.

Physiologie de l'audition. — M. *Edouard Fournié*, candidat pour la section d'anatomie et de physiologie, lit un mémoire sur le *rôle de la trompe d'Eustache dans la physiologie de l'audition*. Ce mémoire est divisé en deux parties.

Dans la première, l'auteur propose d'ajouter aux usages que l'on connaissait déjà, c'est-à-dire le renouvellement de l'air dans la caisse du tympan et l'évacuation des sécrétions de cette cavité, celui d'empêcher les bruits intenses qui résultent des mouvements de la vie (cœur, bruits musculaires, etc.) de résonner dans une cavité close, telle que serait la cavité du tympan, si elle n'était pas mise en communication avec l'air extérieur par le moyen de la trompe, et de favoriser ainsi les conditions de l'audition. On sait, en effet, que les bruits intimes de la vie ne sont pas entendus tant que le conduit auditif externe est ouvert, et qu'ils le sont au contraire très fortement si on transforme ce conduit en cavité close par l'occlusion de l'orifice extérieur. Un phénomène analogue se produirait du côté de la cavité du tympan, si celle-ci était à l'état de cavité close.

Dans la seconde partie, M. Fournié s'applique à démontrer, contrairement à l'opinion généralement reçue, que la trompe d'Eustache est un conduit constamment ouvert, et que les muscles qui s'insèrent sur elle (pharyngo-staphylin, péristaphylins interne et externe), loin d'être des *dilatateurs*, comme on le croit, sont des constricteurs, des obturateurs. Cette obturation de la trompe se produit d'une manière intermittente quand nous mangeons, quand nous parlons, etc. Elle est accompagnée d'un petit claquement qui résulte de l'application des parois humides de la trompe l'une contre l'autre.

D'après M. Fournié, le renouvellement de l'air dans la cavité du tympan se produirait comme une sorte de respiration

---

tête, qu'on pensa être restée dans la cavité glénoïde. On appliqua des exfoliatifs sur la portion saillante; elle se mobilisa et fut extraite un mois après; le lendemain, Thomas fit l'extraction de l'épiphyse qui forme la tête de l'os. Après cette exfoliation, la plaie fut cicatrisée, l'os régénéré dans un mois et demi de temps de la manière la plus complète; la malade a recouvré tous les mouvements, la force et la longueur du bras.

Vigarous donne ensuite la traduction de l'observation de White(1), d'après les *Transactions philosophiques* de 1769 (vol. LIX, p. 39); fait quelques réflexions sur ces cas; dit que, d'après ses connaissances sur la régénération des os, il avait conçu l'amputation partielle du bras dans l'article, et rapporte son observation personnelle (2).

« En 1767, à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, était un jeune homme de dix-sept ans, attaqué d'une carie considérable à la tête de l'os du bras; je lui fis une incision suivant toute la longueur et la direction des fibres du deltoïde; elle fut suffisante pour permettre la luxation de cet os, que je sciai ensuite à un pouce et demi au-dessous de sa tête, avec une scie ordinaire d'amputation. Mais l'opération avait été faite trop tard; le pus, qui avait été repompé par la continuité de la fièvre, constamment précédée par des frissons, avait formé des dépôts dans toutes les articulations des os joints avec mouvement, et sur la plupart des viscères du bas-ventre, qui en étaient considérablement altérés. Le malade mourut peu de temps après. » (Vigarous, *Opuscules sur la régénération des os*, Paris, 1788, p. 106.)

Deux ans après, Paul-Gérard Robert fit une bonne thèse sur la nécrose. Il cite l'observation de Vigarous, qui lui a été

(1) Cette traduction pèche par quelques points essentiels. Ainsi Vigarous traduit : *bursal ligament* par *périoste*.

(2) Ces documents se retrouvent dans un livre postérieur de Vigarous intitulé : *Œuvres de chirurgie pratique*, 1812, p. 421 et suivantes. Cet ouvrage est une seconde édition du premier, mais augmentée de travaux inédits de Vigarous père et d'une biographie de ce dernier par son fils.

dans laquelle les muscles constricteurs feraient office de muscles expirateurs, tandis que l'élasticité propre du cartilage de la trompe remplacerait les muscles inspirateurs. A ce sujet, l'auteur fait observer que le renouvellement de l'air, dans un tube ouvert par un seul de ses bouts, ne peut avoir lieu que par l'intermédiaire d'une force capable de favoriser le *circulus* de l'air.

Cette nouvelle manière de voir, M. Fournié l'a appuyée sur des preuves anatomiques et physiologiques et sur des preuves expérimentales. Il a montré, par les premières, que les trois muscles (pharyngo-staphylin, péristaphylins interne et externe) qui s'insèrent sur la trompe d'Eustache ne peuvent, par leur contraction, que fermer le conduit. Par les secondes, il a fait voir, en remplissant les trompes d'un cheval décapité, séance tenante, et en appliquant l'électricité sur les muscles, que la contraction de ces derniers faisait sortir le liquide de la trompe, ce qui prouve de la façon la plus manifeste que ces muscles sont des constricteurs, des obturateurs, et non des dilatateurs.

En résumé : 1° la trompe d'Eustache sert d'isoloir au point de vue des bruits qui pourraient résonner d'une manière gênante dans la cavité close du tympan ; 2° la trompe est toujours ouverte et le renouvellement de l'air est provoqué par la contraction obturatrice des muscles qui s'insèrent sur elle.

Opération de Porro. — M. *J. Lucas-Championnière* présente à l'Académie deux femmes qui ont subi avec succès l'opération de Porro, c'est-à-dire l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

On sait que cette opération, faite pour la première fois par Porro, de Pavie, a été répétée d'abord en France par M. Fochier, de Lyon, le 2 février 1879, avec succès pour la mère et l'enfant ; par M. Tarnier, à Paris, le 24 février, avec une mort, et une seconde fois le 20 mars de la même année, avec succès pour la mère. Dans ces deux cas, l'enfant était mort avant l'opération.

L'auteur a pratiqué la même opération quatre fois à l'hôpital, avec deux succès pour la mère et quatre enfants venus vivants. Un enfant a succombé accidentellement. Enfin, un enfant n'a vécu que quatre jours, sans avoir jamais eu beaucoup de vitalité. C'est un succès, si l'on se reporte aux tristes résultats donnés par l'opération césarienne à Paris.

Par un hasard des plus singuliers, ces quatre rétrécissements extrêmes se sont présentés dans sa pratique dans l'espace de deux mois.

Toutes ces femmes présentaient des bassins rachitiques avec diamètre conjugué d'environ 6 centimètres ou au-dessous.

La première, âgée de vingt-six ans, primipare, entrée à la Maternité le 27 octobre 1879, présente un type de rachitisme ; sa taille est de 1m,25.

En mesurant son bassin une première fois, on a trouvé un diamètre sacro-sous-pubien de 78 millimètres ; mais la femme se débattait, et depuis, lorsqu'elle fut mesurée pendant la chloroformisation, on trouva 73 millimètres.

Cette femme fut gardée en surveillance à la Maternité pendant les trois dernières semaines de sa grossesse ; elle fut examinée par M. Tarnier, qui approuva le projet d'intervention, étant très partisan de l'opération de Porro.

Le 19 novembre au matin, début du travail sans rupture de la poche des eaux. Un peu d'écoulement sanguinolent, effacement du col. L'opération est décidée pour le soir.

A trois heures et demie, toutes les précautions étant prises, on commence l'opération. Grande incision sur la ligne médiane de 15 à 16 centimètres, dépassant un peu l'ombilic en haut. On arrive rapidement sur l'utérus. Aussitôt celui-ci incisé, un flot de sang des plus effrayants monte.

Le chirurgien achève rapidement la section, et extrait par les pieds une fille vivante du poids de 2 700 grammes ; il extrait le placenta, et, avec deux pinces à kyste, appliquées au préalable sur les bords de la section, il attire l'utérus au dehors. Il passe deux broches dans le segment inférieur de l'utérus ; au-dessous un fil de fer, entre les deux un second fil de fer, qui sont serrés avec le ligateur Cintrat. Résection de l'utérus, des deux ovaires et des trompes. Sutures de la paroi abdominale, six profondes et une superficielle ; perchlorure de fer sur le moignon et pansement de Lister parfait. Opération de trois quarts d'heure. Les suites de l'opération ont été simples ; la plus haute température a été de 38°,9, le 21 mars.

Enlèvement successif des sutures jusqu'au 28, puis des broches. Chute du pédicule le treizième jour.

Le 20 décembre, cicatrisation complète. Dans les derniers jours du mois, c'est-à-dire au bout de six semaines, la malade se levait, complètement guérie. Elle présente aujourd'hui un état parfait de son ventre avec légère excavation.

Le toucher constate un col mobile et gros. Elle a même eu déjà, sans accident, des rapports sexuels vers le 10 février.

L'enfant de cette femme, sortant d'une chambre à 23 degrés, emmené au baptême à l'église, par les grands froids, le troisième jour, après avoir été très vivace, s'est affaibli et est mort après treize jours.

La deuxième malade est entrée à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Potain, le 30 décembre. Elle a vingt-trois ans, bien rachitique aussi, taille 1m,30 ; diamètre sacro-sous-pubien 67 millimètres, c'est-à-dire 5 centimètres de diamètre sacro-pubien.

En travail depuis trente-six heures, a perdu les eaux depuis vingt-quatre heures.

---

communiquée par l'auteur (*nos participes fecit*), et celle de White, dont il donne un résumé, en latin comme le reste du travail, d'ailleurs (p. 15). Il rappelle encore un fait de David observé en 1773, à Rouen ; mais il s'agit d'une nécrose du tibia (p. 18). Et c'est tout (1).

Dans son résumé de l'observation de White, Robert dit que ce chirurgien, après avoir fait son incision, fit sortir facilement la partie supérieure de la diaphyse de l'os ; la carie avait attaqué toute cette partie jusqu'à l'épiphyse de la tête, et le pus avait séparé le périoste du corps de l'os (p. 15).

Robert donne évidemment ici son opinion personnelle sur le cas, opinion dont nous prenons acte, et non l'analyse pure et simple.

Sabatier était également de cet avis, au moins si l'on en juge par une des manières dont il a rapporté le fait, car dans l'autre il n'en est nullement question. Voici la première version, par ordre de dates (1) :

« On a des observations de carie qui avaient totalement désuni le cou et la tête de l'humérus d'avec le reste de cet os, et qui ont été guéries au moyen d'incisions qui ont permis d'extraire les portions d'os devenues corps étrangers. White a fait plus : il a osé pratiquer une incision profonde à la partie supérieure du bras, désarticuler la tête de l'humérus, dont il avait reconnu la carie, la faire sortir à travers la plaie, et la retrancher au moyen d'une scie. Le malade a été guéri en quatre mois. Ce fait a été lu en 1769 à la Société de Londres, et publié ensuite dans un ouvrage qui a pour titre : *Observations de chirurgie, avec remarques*. Le LXIVe volume

(1) Robert, *De necrosi ossium*, Paris, 14 septembre 1776. Ce travail est attribué par beaucoup d'auteurs, M. Ollier entre autres (*Traité de la régénération des os*, t. Ier, p. 39, 1867), à Chopart ; mais celui-ci ne fut que le président de la thèse.

(1) Sabatier avait déjà, dans la séance publique du 30 avril 1778, lu un mémoire sur la résection de la partie supérieure de l'os du bras. Il y a, paraît-il, analysé les faits de Thomas, de White et de Vigarous ; nous ne connaissons ce mémoire que par le procès-verbal de la séance. (*Séances publiques de l'Académie royale de chirurgie*, Paris, 1779, p. 82.)

M. Lucas-Championnière l'opère le 30 décembre, à neuf heures du soir, après lui avoir fait donner du chloroforme pendant plusieurs heures pour calmer une agitation insupportable. Cette fois-ci la malade est en plein travail avec une dilatation de l'étendue de la paume de la main. Incision de la paroi abdominale de 16 centimètres, commencée franchement bien au-dessus de l'ombilic et descendant moins bas que pour la précédente.

Ouverture de l'utérus, avec hémorrhagie assez importante; arrivée sur l'enfant dont on déplace une épaule et qu'on extrait par les pieds. Il est beau, respire bien et pèse plus de 3 000 grammes.

Broches et deux fils de fer, sutures profondes; pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, beaucoup plus élevé que chez la précédente. Pansement de Lister. L'opérée n'a jamais éprouvé aucun accident, sauf une accélération extraordinaire de la respiration au bout de vingt-quatre heures: cinquante-cinq respirations à la minute. Elle n'a jamais atteint 38 degrés de température. Elle n'a été pansée que le cinquième jour, puis le neuvième jour.

A ce deuxième pansement, le pédicule était tombé. Au neuvième pansement, il ne restait plus qu'une ulcération très superficielle, à la fin de janvier. Elle commence à se lever en février. Il y a longtemps qu'elle est en parfait état. L'enfant, confié à une nourrice du service de l'auteur, est bien vivant.

Chez cette femme, la réunion des parois est si parfaite qu'on voit très peu de traces de l'opération, quoique celle-ci soit fort récente.

Il faudrait un mémoire pour rapprocher ces deux guérisons des deux opérations suivies de mort.

M. Lucas-Championnière a opéré à la Maternité une femme, le 3 décembre; elle est morte le 5 décembre, c'est-à-dire trente-six heures après l'opération. L'enfant vit.

Il en a opéré une autre dans son service à l'hôpital Cochin, le 17 janvier 1880. Diamètre sacro-pubien, 49 millimètres.

Très bien au début, elle a eu une violente attaque de nerfs au bout de quatre heures, et est morte au bout de vingt-trois heures. L'enfant a vécu trois jours.

L'auteur fait remarquer que tous ces cas de bassin avec diamètre sacro-pubien de 6 centimètres ou au-dessous, ne comprennent que des femmes exposées à une mortalité énorme par la céphalotripsie; cas qu'il ne faut pas confondre avec ceux où le diamètre antéro-postérieur se rapproche de 7 centimètres.

Il tient à mettre les morts en regard des succès: car il ne considère pas encore l'opération de Porro, comme quelques-uns l'ont fait, comme devant remplacer, dans tous les cas, l'opération césarienne.

La cause de la mort, comme dans l'hystérotomie, est inhérente à la résection de l'utérus et à sa constriction, et les accidents que l'on observe sont probablement d'ordre réflexe, dus à l'ébranlement des plexus nerveux du ligament large. Par conséquent, à moins de modifications grandes du procédé, l'opération reste d'une gravité menaçante.

Jusqu'à présent, on n'a donné aucune indication sur la méthode opératoire à suivre.

L'auteur croit facile de démontrer, d'après ses propres observations, qu'il faut faire porter l'incision sur la paroi abdominale beaucoup plus haut qu'on ne l'a fait jusqu'ici; on est bien plus assuré de pouvoir faire jusqu'au bout le pansement aseptique, en s'éloignant du pubis.

L'utérus est toujours incisé trop bas. Il serait très probablement moins grave de n'en exciser qu'une portion de médiocre étendue. Les précautions antiseptiques les plus parfaites doivent être prises.

Il est probablement plus avantageux pour la femme d'intervenir avant le travail.

Avec les précautions antiseptiques, un local spécial, immaculé, n'est pas nécessaire. L'auteur l'a prouvé en guérissant sa dernière malade dans une chambre mal aérée, qui a même servi quelquefois à isoler des maladies contagieuses.

Il faut à l'opérée de l'isolement, de la chaleur, du repos, des soins, des précautions antiseptiques incessantes, les réconfortants suffisants.

Refroidissement du corps humain. — M. le docteur *Dumontpallier* termine la communication dont il avait commencé la lecture dans la précédente séance (voy. au *Premier-Paris*).

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX

Epispadias et exstrophie vésicale. — Anévrysme artérioso-veineux du pli du coude. — Hypertrophie partielle du membre supérieur gauche. — Prix Gerdy et Demarquay.

M. *Théophile Anger* a présenté en janvier 1874 un malade guéri d'hypospadias; depuis, il a fait plusieurs opérations analogues dont une sur un enfant de cinq ans qui avait une forte coudure de la verge; le redressement de cet organe fut obtenu après plusieurs séances de section; le canal de l'urèthre fut créé en une seule opération par le procédé déjà publié dans les *Bulletins*. Il ne resta qu'une fistulette qu'il fut facile de réparer peu de temps après. Le malade est parfaitement guéri et le jet d'urine est projeté assez loin.

M. Duplay a présenté dans la dernière séance deux épis-

---

des *Transactions philosophiques* en contient un tout semblable, qui a été communiqué par Bent (de Newcastle), et on en trouve plusieurs autres dans les écrits des chirurgiens anglais, qui ont paru depuis peu.

» White dit n'avoir fait qu'une incision longitudinale, laquelle, commençant au voisinage de l'acromion, fut prolongée jusqu'à la partie moyenne du bras; et Bent, n'ayant pu parvenir à la tête de l'os au moyen de celle qu'il avait pratiquée depuis la clavicule jusqu'à l'attache du grand pectoral, fut obligé de séparer une portion du muscle deltoïde à l'endroit de son insertion à la clavicule, et une autre portion de ce muscle au lieu où il se fixe à l'humérus. » (Sabatier, *De la médecine opératoire*, t. III, p. 263, 1796; reproduit textuellement dans la 2e édition, t. III, p. 402, 1810, et dans celle de Dupuytren, Sanson et Bégin, 1832, t. IV, p. 557.)

De par cette version, Sabatier introduisit dans la science une grosse erreur qui depuis a fait son chemin. Il dit que White avait désarticulé la tête de l'humérus, ce qui est faux; plus tard, Lisfranc et Champesme exécuteront une première variation sur ce thème; ils feront couper à White les tendons fixés à la tête de l'humérus et les parties molles circonvoisines; Boyer ajoutera la poussée de bas en haut; tout cela se trouvera réuni par Malle, par Sédillot, et fera un procédé opératoire imaginaire qu'ils décriront sous le nom de procédé de White, et qui laissera des traces même dans l'ouvrage de Malgaigne!

L'analyse du cas de Bent, quoique rapportée d'une manière exacte, a été également le point de départ d'erreurs aussi énormes. Ce court résumé a fait croire que Bent avait commencé son opération par l'incision de White; que pour séparer les deux portions du deltoïde il avait fait deux incisions partant de l'extrémité supérieure de la première, et allant l'une en dedans et l'autre en dehors, de manière à figurer un T et à donner lieu à deux lambeaux triangulaires, double erreur que nous retrouverons dans la plupart des traités postérieurs de médecine opératoire.

pades; M. Anger n'a pas eu l'occasion de traiter l'épispadias simple; mais il a eu dans son service un enfant atteint d'exstrophie vésicale avec épispadias. Il a employé contre l'exstrophie le procédé de Richard. L'urèthre était relevé vers la vessie dont la paroi postérieure était à nu. M. Anger augmente l'étendue du lambeau que Richard taillait sur la paroi abdominale, et il fait descendre ce lambeau jusqu'à l'insertion de l'urèthre. En disséquant ce lambeau et en en relevant les bords, on laisse un sillon non ouvert où coule l'urine, et on évite les fistules abdominales; enfin, la vitalité du lambeau est plus grande. Un autre lambeau fut taillé vers le périnée pour que sa rétraction agisse en sens contraire du premier lambeau. Ce lambeau fut remonté sur l'abdomen et appliqué sur la surface saignante du premier. L'opération réussit très bien.

La seconde opération, celle de l'épispadias, ne put être faite, car l'enfant non vacciné prit la variole et mourut.

— M. *Périer* présente le calcul vésical extrait par M. Simonin chez un enfant.

— M. *Després* fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Pereira Guimaraez (de Rio de Janeiro). Anévrysme artérioso-veineux du pli du bras à la suite d'une saignée. La compression digitale fut exercée pendant sept jours par le malade sur la partie supérieure de l'artère; puis, pendant sept jours sur l'anévrysme, et enfin pendant sept jours au-dessus. Guérison.

— M. *Nicaise* présente un malade atteint d'hypertrophie partielle du membre supérieur gauche. Le cubitus est plus hypertrophié que le radius; on constate, en effet, 4 centimètres d'allongement sur le cubitus, et 1 centimètre sur le radius. La main est grosse, et cependant il y a plutôt atrophie musculaire; le dynamomètre indique moins de force musculaire à gauche.

Ce garçon est tombé sur le coude il y a quelque temps; on trouve à ce niveau une saillie osseuse en avant de l'épitrochlée et une autre saillie en arrière; elles sont mobiles au milieu du tissu fibreux; une troisième portion osseuse mobile se trouve en arrière. Tous les rameaux cutanés des nerfs radial et médian sont paralysés.

M. *Marc Sée*. Dans un mémoire paru en Allemagne sur les hypertrophies des membres on trouve de nombreuses observations. Mais ici l'accident paraît être la cause déterminante. M. Sée a assisté au développement d'une hypertrophie partielle à la suite d'une opération chirurgicale. Un enfant était né avec l'index et le médius d'une main soudés, on sépara ces deux doigts; le médius prit bientôt un développement considérable et devint fort gênant.

M. *Verneuil*. Comment, en un temps relativement court, une chute sur le coude aurait-elle pu produire une hypertrophie pareille? Le malade a vingt-huit ans; à cet âge, on n'observe pas d'allongement des os sans ostéite et sans douleurs. On retrouve plutôt les caractères d'une hypertrophie congénitale avec production récente de plaques osseuses. On ne peut accepter qu'un cubitus s'allonge en deux mois de 4 centimètres sans inflammation apparente.

M. *Th. Anger*. La déformation du coude peut s'expliquer par le traumatisme; mais l'allongement du cubitus ne peut s'expliquer ainsi.

M. *Després* est de cet avis. Il verrait plutôt là les résultats d'une fracture du coude non traitée avec complication d'arthrite sèche.

M. *Perrin* ne voit pas là les traces d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et encore moins d'une fracture de l'olécrâne. L'accident ne peut expliquer ni l'allongement du cubitus, ni l'hypertrophie de la main.

Voici les sujets que la Société de chirurgie met au concours pour les prix Gerdy et Demarquay :

1° Sujet pour le prix Gerdy: De la réunion par première intention; histoire et doctrines.

2° Sujet pour le prix Demarquay : Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.

Les mémoires doivent être remis sur le bureau de la Société avant le 1[er] novembre 1881.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. A. MOREAU.

Albuminuries toxiques : M. Rabuteau. — Mouvement dans le pédicule des échinocoques : M. Malassez. — Spermatogénèse des batraciens : M. Mathias Duval. — Néphrites interstitielles et parenchymateuses : M. Cornil.

M. *Rabuteau*. Les albuminuries peuvent se ramener, en toxicologie, à trois types différents : 1° Une lésion rénale est déterminée par l'action locale du poison au moment où il s'élimine avec l'urine; c'est ainsi qu'agissent la cantharidine, la colchicine, les mélanges d'iodates et d'iodures qui se décomposent sous l'influence de la faible acidité de l'urine et deviennent irritants. On sait, au contraire, que les iodates ou les iodures isolés ne se décomposent pas dans ces conditions. — 2° Les alcools amyliques et propyliques à la dose de 28 par kilogramme du poids de l'animal déterminent une légère albuminurie. L'urine ne contient pas de globules rouges, mais présente au spectroscope les raies d'absorption de l'hémoglobine, ce qui fait supposer qu'il y a globulinurie, par suite de la destruction des globules. — 3° Les métaux toxiques s'éli-

---

La seconde manière dont Sabatier a cité le fait de White est tout à fait exacte, à tel point qu'on ne peut s'expliquer la contradiction qui existe entre les deux versions.

Le 16 frimaire an VIII, le professeur Sabatier lut à l'Institut (classe de mathématiques et de physique) un mémoire sur un moyen de suppléer à l'amputation du bras dans l'article. (*Mémoires de l'Institut*, 1[re] classe, an XII, t. V, p. 366.)

Ce doit être le même que celui de 1778, car le titre est à peu près semblable, et nous y retrouvons les mêmes documents.

Il y rapporte *in extenso* l'observation de Thomas; une analyse très étendue de celle de White; celle de Vigarous (qu'il écrit Vigaroux), qui, dit-il, faisait partie d'un bon mémoire sur la régénération partielle et totale des os cylindriques, présenté par ce chirurgien à l'Académie de chirurgie en 1774.

Sabatier, d'après des documents inédits, établit que l'épiphyse était séparée du corps de l'os dans les cas de Thomas et de Vigarous, et ajoute qu'il en était de même dans celui de White. « Il suffit, dit-il, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur la sixième des planches qu'il a jointes à son ouvrage. La première (figure) représente la portion d'os qu'il a retranchée. Or, la tête de l'humérus et le cartilage qui la recouvre manquent tout à fait. D'ailleurs, il est difficile de croire que la tête d'un os aussi considérable que celle de l'humérus soit entièrement détruite par une carie en quinze jours de temps. Quant à Vigaroux, il est convenu du fait dans une lettre qu'il m'a adressée. « Je n'ai point retranché, dit-il, la » tête de l'os du bras dans mon opération; elle se trouva re- » tenue dans la cavité de l'omoplate par son ligament capsu- » laire. Je sens bien qu'il s'est glissé, à cet égard, une inad- » vertance dans mon mémoire : car on ne peut dire d'un os » qu'il est luxé que lorsque sa tête est sortie de la cavité dans » laquelle elle était logée; mais cette petite erreur peut aisé- » ment se corriger, et je vous prie de le faire. » (*Ibid.*, p. 373.)

Donc, conclut Sabatier, il faut chercher ailleurs la preuve de la possibilité de retrancher la tête de l'humérus attaquée de carie. Plus loin il rapporte l'observation de Bent, qu'il

minent plutôt par le foie que par le rein. Celui-ci est pourtant altéré; mais les urines ne deviennent que tardivement albumineuses et ne contiennent pas le produit toxique. La lésion rénale est alors sous la dépendance d'une lésion générale de la nutrition, ou peut-être l'albumine du sang est elle primitivement altérée.

— M. *Malassez*. En examinant le liquide extrait par la ponction d'un kyste de l'abdomen depuis quelques heures, j'ai trouvé des échinocoques auxquels la platine chauffante a conservé la vie pendant une demi-journée. Dans le pédicule qui rattache l'animal à la membrane fertile, j'ai constaté une sorte de mouvement spiroïde très rapide, qui persistait alors même que l'animal restait au repos. En même temps, de petits grains calcaires, qui au début de l'observation étaient voisins de l'implantation du pédicule, ont cheminé jusqu'à son extrémité opposée. Après avoir cassé le pédicule pour chercher dans son épaisseur quelle était la cause de ce mouvement spiroïde, j'ai bien trouvé une sorte de filament, mais est-ce bien là l'organe qui se meut avec tant de rapidité?

—M. *Mathias Duval*. Pour étudier la spermatogénèse des batraciens, on se contente souvent de prendre, au mois de janvier ou de février, des grenouilles vivant depuis longtemps dans un laboratoire. Ce sont de mauvaises conditions. Le séjour des laboratoires est des plus fâcheux pour l'état général et surtout pour la fonction de l'appareil génital de ces animaux. En outre, c'est dès le lendemain de l'accouplement (mars) qu'il faut les observer, car le travail de préparation du sperme pour l'année suivante commence presque aussitôt. Une série de recherches permet alors de voir que les ampoules testiculaires sont tapissées de cellules épithéliales assez vulgaires. Celles-ci, du moins quelques-unes d'entre elles, grandissent peu à peu; leur noyau reste ou disparaît; mais une série de petits noyaux se produisent et se rangent vers la face libre de la cellule. A chacun d'eux correspond bientôt une tête de spermatozoïde dont les queues se dirigent vers le centre de la cellule. Cette dernière s'ouvre et se forme en un entonnoir au fond duquel les spermatozoïdes s'accumulent. Au printemps le testicule des tritons se présente sous la forme de trois petites sphères de volume décroissant; la plus grosse est prête pour l'éjaculation qui va avoir lieu, la seconde est en préparation pour l'année suivante, la troisième est tout à fait embryonnaire. On peut y suivre dès le début l'évolution de la spermatogenèse. M. Mathias Duval croit que la question qui divise les embryologistes sur le bourgeonnement ou la segmentation des noyaux originaires des spermatozoïdes cache une querelle de mots ; la segmentation n'est qu'un bourgeonnement dont les éléments se dissocient très vite; mais au fond le processus est le même.

— M. *Cornil* donne les dessins de cylindres hyalins fixés dans leur forme par l'acide osmique. Au-dessus d'une partie large et renflée, ils présentent une partie en tire-bouchon qui va s'amincissant peu à peu; ils rappellent ces petites masses qui se forment lorsqu'on laisse tomber sur une plaque de verre une goutte de baume de Canada suspendue à l'extrémité d'un agitateur. M. Cornil a constaté des lésions épithéliales dans la néphrite interstitielle. Dans la substance corticale, au sein d'îlots envahis par le tissu conjonctif embryonnaire, il a trouvé des tubes très dilatés, dont l'épithélium renfermait quelques granulations graisseuses ou des vacuoles, et dont la cavité contenait des boules de substance colloïde ou des globules rouges. La membrane hyaline des tubes était épaissie; en se rétractant, le tissu conjonctif amène le froncement de cette membrane, et le tube à contours plissés et contenant toujours des masses hyalines est revêtu d'un épithélium que la compression aplatit peu à peu. Les capsules des glomérules sont remplies de substance colloïde et de globules. Des lésions parenchymateuses semblables se rencontrent même dans les points où les lésions interstitielles font encore défaut. Inversement, dans les néphrites parenchymateuses, il y a toujours un peu d'état fibreux glomérulaire. La distinction entre les néphrites interstitielles et parenchymateuses est donc trop absolue.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Accidents produits par le lait du papayer : M. Manorvo. — Désinfection des selles par le charbon de Belloc : M. Maurel. — Élimination des sulfates salins : M. Yvon. — Pharmacopée anglaise : M. H. Gueneau de Mussy.

Une lettre du docteur *Manorvo* signale des accidents intestinaux mortels produits par le lait du papayer. La victime, sur le conseil d'une voisine imprudente, avait fait usage du suc du tronc de l'arbre : elle succombait quelques jours après, présentant tous les phénomènes d'une péritonite suraiguë, consécutive elle-même à une entérite très aiguë.

M. *Noel Gueneau de Mussy* regrette que l'autopsie n'ait pas été faite : elle aurait permis d'apprécier plus complétement la part de désordres qui revenait au *carica papaya*. La personne qui a succombé étant déjà malade, il reste une arrière-pensée de complication indépendante de l'ingestion de ce médicament.

M. *Yvon* estime que la pepsine végétale extraite de différentes façons des sucs de papayer, n'offre plus les mêmes inconvénients que le lait proprement dit. Celui-ci paraît contenir des principes toxiques et oléo-résineux qui n'existent

---

donne comme exemple de rescision de la tête et de la partie supérieure de l'humérus faite avec succès (p. 376). A la page 381, il dit encore que si « Vigaroux et White ont cru que la manière dont ils ont procédé était applicable à toutes les maladies où la rescision de la partie supérieure de l'humérus peut être pratiquée, ils se sont trompés. M. Ernest Platner, le seul auteur que je connaisse qui ait parlé de cette rescision, est tombé dans la même méprise, parce qu'il n'en a fait mention que d'après M. White. »

« J'ai fait voir, dit-il en terminant, que cette opération est possible; j'ai indiqué la manière dont elle doit être faite; enfin j'ai confirmé cette doctrine par des observations qui n'avaient pas été publiées et par d'autres qui l'ont été en langue étrangère » Or, celles qui n'ont pas été publiées sont, d'après Sabatier, celles de Thomas et de Vigarous; il faut donc en conclure que Sabatier ne connaissait pas les opuscules publiés par Vigarous fils en 1788, et qu'il a écrit son article d'après le mémoire original envoyé à l'Académie de chirurgie, ou peut-être, comme nous le disions plus haut, que le travail de l'an VIII était le même que celui de 1778. Si cette hypothèse est fausse, on comprend encore que, dans la première édition de son *Traité de médecine opératoire*, il n'ait pas bien interprété le fait de White; mais on s'explique moins que les éditions subséquentes aient conservé ce passage sans correction.

La rectification de Vigarous père ne fut pas connue de son fils. En effet, Champion, faisant allusion à cette pièce importante, s'exprime ainsi : « Il paraît que Vigarous (de Montpellier) avait exécuté la même opération dès 1767; mais, outre qu'il ne la fit connaître qu'en 1788, le sujet moribond ne survécut que quelques jours; et d'ailleurs, comme il a fini par en faire l'aveu, il ne fit pas la résection, mais simplement l'ablation de la tête de l'humérus, laquelle était détachée et mobile. » (*Journal de Leroux, Boyer et Corvisart*, mars 1812, t. XXIII, p. 244.)

Vigarous fils répondit ainsi à cette note : « Il existe dans la

manifestement pas dans l'extrait. Jusqu'à ce que de nouvelles expériences aient été faites, il sera sage d'en user avec la plus grande modération.

M. *Dujardin-Beaumetz* a été très surpris de l'action prompte du sirop et du vin de papaïne qu'un pharmacien de Paris vient de faire connaître. Il a vu digérer assez rapidement un bifteck par ces préparations, mais il se demande s'il y a simplement dissolution, ou, au contraire, production de peptone assimilable. Un de ses confrères, très expert, s'est prononcé en faveur de cette dernière opinion; mais le contrôle est désirable, et il est bon que tous ceux qui le peuvent fassent des expériences, pour que le public soit plus tôt fixé à ce sujet.

— M. *Dujardin-Beaumetz* lit un mémoire de M. Maurel, médecin de la Marine, sur la désinfection des selles fétides pendant la fièvre typhoïde par le charbon de Belloc pris à l'intérieur.

M. Maurel conclut : 1° que les selles fétides de la fièvre typhoïde sont facilement désinfectées par la poudre de charbon prise à l'intérieur à la dose de 1gr,50 à 2 grammes par jour; 2° que cette désinfection ne peut être qu'utile au malade, tout en évitant l'absorption des matières putrides ou en assurant la marche régulière des ulcérations intestinales; 3° que cette désinfection des selles, si évidente au point de vue de l'odorat, pourrait bien être utile en détruisant l'agent infectieux; c'est un point à étudier; 4° que le charbon rend dans ces cas au moins un service très appréciable, celui de supprimer l'odeur des selles, et que ne serait-ce qu'à ce point de vue, on aurait tort de ne pas l'employer.

M. *Gueneau de Mussy* dit que depuis longtemps l'attention a été appelée sur la fétidité des selles des typhiques et sur la nécessité d'y remédier. Pour prévenir l'auto-infection qui peut résulter de la résorption des produits fétides, Chomel donnait du chlorure de chaux. Dans les mêmes cas, il use depuis longtemps de l'acide salicylique, à la dose de 1 ou 2 grammes, administré dans de l'eau de riz; il y a fait quelquefois ajouter du jus de citron. Cette pratique lui a donné d'excellents résultats dans une épidémie; il n'a eu qu'une seule mort à déplorer sur un nombre assez considérable de malades. L'épidémie touchait peut-être à sa fin, et il ne voudrait pas faire absolument bénéficier sa recette de cette circonstance favorable, mais toujours est-il que les selles perdaient de leur odeur nauséabonde.

M. *Constantin Paul* rappelle que, en 1861, dans le but de préserver de la contagion, Pauly administrait des sulfites et en particulier de l'hyposulfite de soude; de nombreux médecins adoptèrent presque aussitôt cette méthode. M. Constantin Paul a l'habitude, dans les cas où l'intestin est gravement lésé, de prescrire des lavements d'hyposulfite de soude, froids dans la fièvre typhoïde et tièdes dans la dysenterie. Suffisants pour déterminer la désinfection dans les cas où la diarrhée n'est pas abondante, ces lavements ne le sont plus dans les cas de diarrhée colliquative; aussi, dit M. Constantin Paul, a-t-on l'habitude de prescrire un purgatif salin, pour modifier les surfaces lésées, puis on administre les lavements.

Pour en revenir au charbon de Belloc, M. Constantin Paul se demande si les molécules de charbon qui, en pénétrant dans le poumon, occasionnent parfois de la pneumonie chronique, ne sont pas susceptibles d'entraîner des désordres du côté des plaques de Peyer, où, indépendamment des lésions spéciales, on trouve une congestion des vaisseaux. En exprimant cette opinion, M. Constantin Paul se rapproche de la théorie qui fait considérer le charbon administré contre la flatulence moins comme un absorbant que comme un stimulant, qui rend aux tissus leur vitalité en les excitant à remplir leurs fonctions.

M. *Dujardin-Beaumetz* s'étonne que la dose de 2 grammes, indiquée par M. Maurel, puisse suffire pour amener la désinfection.

M. *Grellety* partage d'autant plus l'avis de M. Dujardin-Beaumetz, que pour obtenir le résultat désiré, M. C. Bouchard, qui emploie cette médication depuis plusieurs années, a été obligé de la porter à des doses relativement très élevées. M. le professeur Bouchard l'ordonne à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les trois heures, dans un verre d'eau rougie; les selles perdent alors rapidement leur odeur fétide. Non seulement on ne voit pas survenir d'hémorrhagie ni aucun des accidents que craint M. Constantin Paul, mais encore l'affection prend toujours une marche bénigne, ainsi qu'il résulte d'une statistique reposant sur de nombreux cas. En effet, depuis deux mois, malgré l'intensité de l'épidémie actuelle, M. Bouchard n'a perdu, dans son service, que deux malades, et encore ces deux malades étaient-ils entrés à l'hôpital à la dernière période de la maladie.

— M. *Yvon* fait une communication sur l'élimination des sulfates salins.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle qu'on a émis trois théories, sur le mode d'élimination de ces sulfates. La première théorie de la dyalise, a été émise par M. Rabuteau; la seconde (action vaso-motrice par irritation) est due à M. Vulpian; la troisième, due à M. Moreau, est l'intermédiaire des deux précédentes : selon cet auteur, il y aurait d'abord dyalise, puis effet irritatif. A laquelle des trois théories se rattache M. Yvon?

M. *Yvon* répond qu'il n'y a pas dyalise pure et simple. Le sulfate de magnésie, par exemple, est décomposé; l'acide sulfurique passe dans la circulation dans la proportion de 25 pour 100, tandis que la magnésie reste dans le tube diges-

---

note de M. Champion une erreur de fait que je dois relever. Il y est dit que Vigarous ne fit que l'ablation de la tête de l'humérus détachée et mobile, tandis qu'il en fit la résection au moyen de la scie ordinaire des amputations. L'auteur confond ici le cas de M. Thomas, chirurgien à Pezénas, qui, en 1740, fit l'ablation seulement de la tête de l'humérus, laquelle était détachée et mobile. Non seulement M. Vigarous a fait la résection de la tête de l'humérus; mais il conçoit la probabilité et le succès de cette opération dans les plaies d'armes à feu qui intéressent les articulations. » (*Œuvres de chirurgie pratique*, 1812, p. 431, en note.)

Si Champion avait pris soin de dire comment il avait connu le désaveu de Vigarous père, nul doute que Vigarous fils eût ensuite consulté la source et se fût rendu à l'évidence. C'est la faute à Champion.

Le travail de Sabatier a été analysé dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, an VIII, t. III, p. 395. — Nous ne parlons de cet extrait que parce qu'il s'y est glissé de grosses fautes d'impression (?). Ainsi White est appelé Whiter à deux reprises différentes, et Bent est écrit Benck.

Percy, dans son *Eloge de Sabatier*, analyse aussi ce travail, dont il ne donne que l'indication bibliographique incomplète (p. 91). Il dit en note (p. 92) qu' « un mémoire analogue a été inséré, sous le nom de M. Sabatier, dans le recueil de la Société médicale d'émulation ». Si Percy a lu ces deux mémoires, on est en droit de s'étonner qu'il ne les confonde pas, qu'il ne mentionne pas ce fait que la diaphyse humérale était séparée de l'épiphyse supérieure avant l'opération, et qu'il dise que l'observation de White est la plus connue et la mieux constatée de toutes (p. 92). D'ailleurs, Percy, que l'on peut croire blessé de n'avoir pas trouvé ses propres travaux cités par Sabatier, s'attache beaucoup plus, dans ce passage de son éloge, à relever les omissions de Sabatier qu'à faire ressortir la valeur de son mémoire.

L. H. Petit.

(*A suivre.*)

tif. Le sulfate de soude se décompose différemment : il passe en nature dans le sang; tel est un fait signalé par M. Collin, qui, après avoir administré de grandes quantités de ce sel à des chevaux, a remarqué que le sang de ces animaux ne se coagulait plus.

— M. *Henri Gueneau de Mussy* rapporte qu'il a été récemment très surpris des infidélités de pilules de la pharmacopée anglaise qu'il prescrit avec succès comme purgatif. Ces pilules, dites *ante cibum*, se composent approximativement, pour une pilule, de 5 centigrammes d'aloès pour un peu plus de rhubarbe; on y ajoute un peu de calomel.

M. *Noël Gueneau de Mussy* attribue cette infidélité d'action à l'aloès, dont la composition est variable.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit plutôt devoir l'attribuer à la rhubarbe, dont les principes actifs sont variables selon l'origine de la poudre employée.

Dr Joseph Michel.

Société de médecine légale.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DEVILLIERS.

De la valeur médico-légale des signes de la pédérastie active et passive : M. le professeur Brouardel.

Le remarquable travail de Tardieu (*Etudes médico-légales sur les attentats aux mœurs*) est actuellement le guide, à peu près unique, des médecins légistes chargés des enquêtes relatives à la pédérastie. Quelques parties de cette étude méritent de rester absolument intactes; mais la valeur que Tardieu attribue à certains signes nous paraît très exagérée. Bien que ce soit avec regret que M. Brouardel fasse aujourd'hui la critique de l'œuvre de son ancien maître, il croit accomplir un devoir en signalant les erreurs d'un travail dont l'autorité et les qualités elles-mêmes pourraient abuser des médecins légistes peu expérimentés.

Tardieu a distingué les signes de pédérastie active de ceux de la pédérastie passive. Suivant M. Brouardel, la *pédérastie active* ne possède pas de signes caractéristiques, même quand les actes sont fréquemment répétés. Il partage sur ce point absolument les opinions de Casper (*Traité pratique de médecine légale*, trad., Germer Baillière, Paris, 1862, p. 122), et de Hoffmann (*Nouveaux éléments de médecine légale*, trad. E. Lévy, Paris, 1880, p. 104). Tardieu professait, au contraire, que souvent les pédérastes autopsiés avaient une modification portant sur les dimensions et la forme du pénis. « Les dimensions du pénis (*loc. cit.*, p. 236), chez les individus qui se livrent à la sodomie, sont, d'après Tardieu, ou très grêles ou très volumineuses : la gracilité est la règle très générale, la grosseur est la très rare exception; mais, dans tous les cas, les dimensions sont excessives dans un sens et dans l'autre.

» Quant à la forme, elle a quelque chose de beaucoup plus remarquable et de vraiment caractéristique, variant d'ailleurs d'après les dimensions du pénis. Dans le cas où il est petit et grêle, il va en s'amincissant considérablement depuis la base jusqu'à l'extrémité, qui est très effilée, comme un doigt de gant, et rappelle tout à fait le *canummore*.

» Lorsque le pénis est très volumineux, ce n'est plus la totalité de l'organe qui subit un amincissement graduel de la racine à l'extrémité : c'est le gland qui, étranglé à sa base, s'allonge quelquefois démesurément, de manière à donner l'idée du museau de certains animaux. De plus, la verge, dans sa longueur, est tordue sur elle-même, de telle sorte que le méat urinaire, au lieu de regarder directement en avant et en bas, se dirige obliquement à droite ou à gauche... »

M. Brouardel a observé avec le plus grand soin les inculpés qui avouaient, ceux qui niaient, mais contre lesquels s'élevaient des charges accablantes; il a enfin examiné au même point de vue la forme de la verge de tous les malades qui ont passé dans ses salles, sans avoir rien constaté qui lui ait permis de confirmer les opinions de Tardieu. La forme, le volume du gland et de la verge, varient infiniment plus que les traits du visage. Il n'y a de comparable à la diversité de l'appareil génital masculin que celle des organes génitaux externes de la femme.

On peut dire cependant que l'on trouve assez souvent la verge des pédérastes petite et grêle; mais cette déformation ne tient pas à des habitudes de pédérastie, elle reconnaît une tout autre cause : nous l'indiquerons plus loin; et en tout cas elle n'est pas exclusivement dévolue aux pédérastes actifs.

La *pédérastie passive* mérite d'appeler davantage l'attention. Le signe le plus connu est celui que l'on désigne sous le nom de *déformation infundibuliforme de l'anus*. Sa valeur est très réelle, mais seulement dans certaines conditions que M. Brouardel voudrait déterminer avec précision. Un premier fait à signaler, car son importance est capitale, c'est que l'infundibulum peut être prononcé après un seul acte de pédérastie. Lorsqu'un attentat unique, récent, a été commis, par exemple sur un jeune garçon, l'anus est tiré en haut et les fesses forment un cornet à sommet anal. On ne peut dire qu'il y a eu déformation par refoulement habituel des parties molles repoussées par la verge; l'attentat a été unique, et une pareille déformation ne saurait résulter d'un refoulement explicable par un seul acte même violent, brutal. Quelle est donc sa cause? Un examen attentif permet de la déterminer. Après un acte violent la marge de l'anus est rouge, les bords de l'anus sont excoriés. Il y a de petites fissures multiples superficielles. La victime souffre en allant à la garde-robe; souvent on voit un peu de sang sur les matières fécales. Si l'on cherche à introduire le doigt dans l'anus, le sphincter entre en contracture et serre énergiquement le doigt. En pressant lentement, quelquefois deux ou trois minutes, on parvient à vaincre ce spasme. Si, après avoir dépassé la limite du sphincter, on replie le doigt pour palper la prostate, on sent une sorte de plan résistant tendu obliquement qui s'oppose à ce palper. Or ce plan ne peut être formé que par le releveur de l'anus. Il y a donc, outre la contracture du sphincter, une contracture du releveur de l'anus. C'est ce muscle qui tient relevé l'anus, qui l'entraîne vers le petit bassin et qui détermine par sa contraction la formation de cet infundibulum. Il est à remarquer qu'il en est ainsi, non pas seulement quand l'anus a été contus par un acte violent, mais lorsqu'il y a, soit une fissure simple, soit des hémorrhoïdes enflammées ou douloureuses. M. Verneuil, qui traite les hémorrhoïdes par la dilatation du sphincter de l'anus, a fait la même remarque (Frédéric Monod, *De la dilatation forcée du sphincter de l'anus, considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoïdes*, thèse de Paris). La douleur a pour conséquence le retrait de l'anus; avec les doigts on parvient difficilement à franchir les limites du sphincter, et, pour dilater l'anus, M. Verneuil a recours à l'emploi d'un spéculum qui pénètre profondément.

Ainsi une seule tentative violente, offensante pour la marge de l'anus, détermine une ascension de cet orifice et la formation d'un infundibulum. En est-il de même lorsque les actes ont été consentis, répétés, et par conséquent accomplis sans violence? Tantôt, même lorsque l'inculpé fait les aveux les plus complets, on ne trouve pas d'infundibulum; tantôt on en trouve un plus ou moins notable. La raison de ces différences me semble être double; elle se trouve d'abord dans l'état de la muqueuse rectale. Souvent, en effet, les pédérastes ont, ainsi que le remarque Hoffmann, une blennorrhée, un catarrhe rectal chronique : chez ceux-ci la contracture du releveur peut survenir, mais ce n'est pas un phénomène constant. Par-

fois, en effet, même avec une blennorrhée rectale la contracture ne se développe pas ou ne persiste pas.

Cette différence trouve-t-elle une explication raisonnable? On est en droit de le penser. On sait que la fissure douloureuse de l'anus, celle qui nécessite l'intervention chirurgicale, se rencontre surtout chez les jeunes sujets, chez les femmes; non pas que ces jeunes sujets et ces femmes soient seuls sujets à la fissure, mais chez eux seulement se développent, sous l'influence d'un système nerveux excitable, la contracture du sphincter et celle du releveur. Il en est de même pour les pédérastes. La forme en cornet de l'anus se rencontre dans les mêmes conditions, et la contracture qui la produit ne se développe que chez les individus nerveux, jeunes le plus souvent et excitables.

Le mode d'examen augmente chez ces individus nerveux le caractère infundibuliforme de l'anus. Lorsque la douleur, la honte ou la crainte de l'examen est vivement ressentie, le sujet examiné contracte les muscles fessiers en même temps que le releveur. Cette contraction seule crée ou exagère la disposition en infundibulum. Pour s'en assurer, que l'on fasse l'épreuve suivante : on explore plusieurs fois l'anus d'un jeune homme en ayant soin de ne toucher la région fessière qu'avec précaution. Lorsque, après plusieurs examens, l'impression nerveuse n'existe plus, qu'on essaye de renouveler l'épreuve après avoir plongé les mains dans l'eau glacée et avec une certaine force: de suite le grand fessier se contracte, son bord inférieur devient saillant, l'anus remonte, et lorsque avec une certaine énergie on sépare les fesses, on trouve un infundibulum momentané là où il n'en existait pas les jours précédents.

Plus tard une phase spéciale succède à celle de la contracture. Les muscles qu'un contact faisait entrer dans un état spasmodique se fatiguent, à une impressionnabilité excessive succède une atonie presque complète; l'anus se relâche, le sphincter n'est plus capable de retenir les matières fécales, qui viennent souiller la marge de l'anus; le releveur de l'anus ne soutient plus l'anus et celui-ci retombe, faisant saillie presque au niveau des fesses. Cette sorte de paralysie survient, soit par le fait de la fatigue musculaire provoquée par une contention trop prolongée, soit par la cachexie dans laquelle tombent souvent ces hommes adonnés à la débauche.

Les autres signes attribués par Tardieu à la pédérastie trouvent dans cet état de contracture et du releveur de l'anus une explication naturelle. La conservation ou la disparition des plis de la marge de l'anus dépend de l'état de tonicité du sphincter.

Depuis les satiriques latins, les pédérastes sont réputés avoir souvent des hémorrhoïdes, des rhagades, des marisques. Or, les recherches anatomiques sur le trajet des veines hémorrhoïdales et sur leur traitement, poursuivies par M. Verneuil depuis plusieurs années, démontrent que ces veines traversent les fibres du sphincter à travers des anneaux musculeux. La contracture du sphincter a pour conséquence d'étrangler ces veines, d'amener leur dilatation hémorrhoïdale. Le traitement par la dilatation simple du sphincter préconisé par M. Verneuil, prouve que la cessation de ces étranglements a pour effet de faire disparaître les hémorrhoïdes.

La contracture fréquente du sphincter avait produit les mêmes effets chez les pédérastes et explique la fréquence des hémorrhoïdes par suite de la pédérastie passive.

Cette façon d'interpréter les causes des déformations de la région anale chez les pédérastes permet de comprendre leurs diverses variétés. Les contractures du sphincter et du releveur ne sont pas toujours associées. Si le sphincter est seul contracturé, il n'y a pas d'infundibulum; si le releveur de l'anus l'est seul, l'orifice anal est dilaté, ouvert, béant quelquefois en même temps qu'il est élevé. Nous ne saurions prévoir et indiquer tous les possibles.

Ces déformations ont donc une valeur, mais ne sont pas caractéristiques. Toutes les lésions douloureuses de la marge de l'anus peuvent les produire. Lorsque le médecin légiste constatera un infundibulum anal, un relâchement de l'anus, la disparition des plis anaux, il devra faire un diagnostic, reconnaître la cause de ces diverses modifications; mais il ne devra pas conclure sur simple constatation qu'elles sont le résultat de la pédérastie passive: d'autres causes peuvent les produire.

M. Brouardel dit ensuite quelques mots sur deux points spéciaux : la saillie des formes et en particulier des fesses chez les pédérastes passifs et la gracilité fréquente de la verge chez les pédérastes actifs.

Il est un fait reconnu par tous les médecins légistes, c'est que les pédérastes passifs ont très souvent un habitus féminin. En laissant de côté ce que la coiffure, les cosmétiques, l'art de la toilette, peuvent ajouter à cet extérieur en le féminisant davantage, il est vrai que quelques-uns, mais quelques-uns seulement des pédérastes, ont cet habitus spécial. Tardieu l'a parfaitement noté; il cite le fait suivant : « La métamorphose est parfois si complète, que l'on dit d'un jeune pédéraste, connu sous le nom de *fille à la mode :* « Si » M. Duval, le chef du bureau des mœurs, voyait le petit R. » avec une robe au lieu d'un pantalon, il serait fort embar- » rassé. »

Mais cet habitus féminin précède les habitudes pédérastes, il n'en est pas la conséquence, et bien d'autres que ceux voués à la sodomie possèdent ces attributs. Lorain, dans ses leçons, décrivait avec complaisance un type de jeunes gens nés le plus souvent dans les grandes villes, type dont les caractères spéciaux ont fait créer les noms de féminisme, infantilisme. Ce sont des adolescents, qui vers l'âge de quinze ans s'arrêtent dans leur développement: ils sont petits, ont des formes arrondies, les seins sont développés; souvent même ils ont à cet âge des inflammations des seins. Le bassin est large, les testicules et la verge sont petits. Quelquefois ils présentent un embonpoint précoce.

Leurs aptitudes génésiques sont, non pas éteintes, mais assez peu déterminées; ils n'ont pas les ardeurs entreprenantes dévolues au mâle dans la série animale, et s'ils sont débauchés, ils subissent plutôt qu'ils ne provoquent les actes génitaux auxquels ils participent. C'est dans cette classe que ceux qui exploitent les pédérastes choisissent leurs sujets, leurs *clercs;* c'est par eux qu'ils excitent les instincts pervertis de quelques sodomistes, précisément parce que ces atrophiés ont quelques-unes des formes et des allures féminines.

Les organes internes de la génération participent d'ailleurs à cette atrophie. La prostate, la vessie, ont un volume notablement inférieur. M. Brouardel a pu lui-même, par la dissection, constater l'atrophie du muscle ischio-caverneux.

C'est dans cette catégorie d'adolescents restés infantiles par leurs organes génitaux que l'on trouve les signes décrits par Tardieu, le développement des fesses et la gracilité de la verge.

On voit par ce court exposé que si l'on peut accorder aux caractères tracés par Tardieu, dans son étude sur les attentats aux mœurs, une valeur incontestable, il faut donner à leur existence une interprétation différente. Suivant M. Brouardel, pour le médecin légiste, il ne saurait plus être question de trouver dans ces différentes déformations des signes caractéristiques: tous peuvent naître isolément par d'autres causes que la pédérastie, et pour chacun d'eux il faudra à l'avenir établir son mode de production, sa pathogénie spéciale, en un mot faire un diagnostic pour chaque cas particulier, et ne pas admettre en médecine légale plus qu'en pathologie de prétendus signes caractéristiques.

REVUE DES JOURNAUX

Perforation de l'intestin grêle, par M. W. Hagenbach

L'auteur rapporte deux cas de perforation de l'intestin grêle, l'un consécutif aux tentatives faites pour réduire une hernie inguinale enflammée, l'autre survenue chez un malade atteint de pleuro-pneumonie, et à la suite de l'ouverture dans le péritoine d'un abcès sous-muqueux de l'iléon.

Chez le premier malade, on avait diagnostiqué, en l'absence de commémoratifs, et vu la situation de la hernie dans le trajet inguinal, un étranglement profond de la hernie; chez le second sujet, l'attention ayant été exclusivement attirée du côté du thorax, à cause de la pleuro-pneumonie qu'il présentait, la lésion abdominale était passée inaperçue. La mort survint dans le premier cas à la suite d'une algidité croissante, d'affaiblissement du pouls et de tous les symptômes d'un choc nerveux grave; dans le second, la mort fut subite, précédée seulement de quelques mouvements convulsifs : l'auteur, faisant allusion sans doute aux expériences d'arrêt réflexe du cœur à la suite des irritations violentes des plexus abdominaux (Brown-Séquard, Goltz, Bernstein, etc.), pense que « l'issue rapide du contenu liquide de l'intestin a produit la mort subite par un choc nerveux et par l'arrêt du cœur. » (*The medical Record*, New-York, 14 février 1880.)

Retard énorme du pouls, par M. A. T. Keyt (de Cincinnati).

L'auteur a déjà attiré l'attention sur l'exagération du retard du pouls dans l'insuffisance mitrale, le rétrécissement aortique et l'anévrysme de l'aorte (voy. *Med. Record*, New-York, novembre 1879). Dans un nouveau cas de retard excessif du pouls qu'il relate, ces trois lésions coexistaient. Le retard du pouls de la sous-clavière qui, normalement, ne dépasse pas 1/13 de seconde, atteignait 40/100, près d'une demi-seconde, retard qui est certainement, comme le dit M. Keyt, le plus considérable qu'on ait jamais observé. Il ajoute que si l'autopsie n'avait pas établi l'existence de la triple lésion (insuffisance mitrale, rétrécissement aortique, anévrysme de l'aorte), il eût été difficile de désarmer la critique au sujet d'une erreur d'observation. L'auteur croit que la constatation d'un pareil retard peut servir à fixer le diagnostic de ces lésions mitrale et aortique combinées. (*The medical Record*, New-York, 14 février 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de la paralysie générale des aliénés, par M. le docteur Auguste Voisin, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, etc. 1 vol. in-4°, avec XV planches dessinées d'après nature, lithographiées et coloriées; graphiques; fac-simile. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1879.

Paralysie générale, par M. le docteur Achille Foville, médecin directeur de l'asile des Aliénés de *Quatre-Mares*. Article du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, XXVI. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1879.

Plus d'un demi-siècle s'est écoulé depuis la publication, par Bayle et par M. Calmeil, des premières monographies sur la paralysie générale. Depuis cette époque, la science, sur cette importante question comme sur tant d'autres, n'est pas restée stationnaire; des faits nouveaux ont été observés, les symptômes ont été analysés avec plus de soin, les causes ont été recherchées, on a établi avec le plus de précision possible la marche et l'évolution de cette redoutable maladie, le microscope enfin a permis d'entrer, pour ainsi dire, dans l'intimité de ses lésions et de bâtir ainsi des théories, souvent opposées, sur sa nature. Depuis trente ans surtout, le nombre des travailleurs qui, dans notre pays comme à l'étranger, se sont appliqués à la solution de tous ces problèmes, s'appelle légion; aussi n'en rappellerai-je ici aucun : car, en ne citant que quelques noms, je risquerais fort d'en passer sous silence des plus méritants.

Mais l'esprit humain ne peut pas constamment s'occuper de de détails; il arrive, dans l'histoire de chaque science, un moment où il y a nécessité de synthétiser les découvertes faites, de montrer le chemin parcouru. C'est le rôle des monographies. Celles-ci, condensant la multitude des travaux antérieurs, ne peuvent pas être considérées comme un tableau définitif de la science, — cette dernière n'est jamais finie mais toujours dans le *devenir;* — mais elles doivent servir surtout, par l'exposition de ce qui est fait, à indiquer ce qui reste à faire; telles ces stations, établies récemment dans l'Afrique centrale, nous font connaître la voie parcourue, mais en même temps nous permettent d'entrevoir les conquêtes qu'il reste à faire sur l'inconnu.

Les deux ouvrages qui font l'objet de cet article, présentent, à des titres divers, toutes les qualités de bonnes monographies. Le premier, celui de M. Auguste Voisin, très étendu, nous fait connaître la paralysie générale jusque dans ses plus minimes détails, et contient en outre une soixantaine d'observations; le second, celui de M. Achille Foville, plus condensé, présente un tableau rapide, mais complet, de la terrible maladie. Tous deux cependant présentent quelque peu les défauts de leurs qualités; au livre de M. Voisin on pourrait reprocher l'abus du détail et de l'analyse, à celui de M. Foville une trop grande concision. Mais, tels qu'ils sont, ils se complètent l'un l'autre, et l'on gagne à lire l'exposé synthétique fait par le médecin de Saint-Yon, après avoir étudié les minutieuses descriptions données par le médecin de la Salpêtrière.

Aucun des auteurs n'a voulu réagir contre l'usage, et ils ont accepté le nom facile à critiquer, mais généralement admis, de *paralysie générale*. Ils ont eu raison : dans les questions de mots, l'usage doit prévaloir, et dans le cas particulier tout le monde sait aujourd'hui qu'on désigne, par ces deux termes, « une espèce de folie produite par une altération » organique spéciale des centres nerveux, à marche progres» sive, mais inégale, et souvent interrompue par des rémis» sions. Elle est caractérisée : 1° par des lésions multiples et » diffuses des organes encéphalo-rachidiens, prédominantes » vers la surface des circonvolutions cérébrales; 2° par un » ensemble complexe de symptômes dont les uns, fondamen» taux et constants, consistent dans l'affaiblissement progres» sif de l'intelligence et de la motilité (démence et paralysie), » et les autres, complémentaires, accessoires, souvent tem» poraires, consistent dans la perversion des mêmes fonctions » (délire ambitieux, hypochondriaque, instinctif; contractions, » spasmes, convulsions). » (Ach. Foville.)

Cette maladie est-elle un produit de notre époque, un résultat de la civilisation, comme on se plaît à le dire; ou bien a-t-elle été observée autrefois sans qu'on y attachât l'importance qu'y attachent les médecins de notre siècle? Les recherches historiques ne donnent sur ce sujet aucune réponse satisfaisante. M. Voisin cite bien des faits empruntés à Willis, à Bonet, à Morgagni; mais cela ne nous conduit guère au delà de la seconde moitié du dix-septième siècle. Nous en sommes donc réduits aux conjectures sur cette intéressante question et, jusqu'à preuve du contraire, ils semblent avoir raison, ceux qui affirment que la paralysie générale est une maladie de notre siècle. Et cependant que de phénomènes biologiques ou autres qui ont existé de tout temps, mais qui, pour des raisons qu'il serait trop long d'exposer, n'ont été observés et n'ont pu l'être que de nos jours! Quoi qu'il en

soit, il est de fait que c'est pour ainsi dire d'hier seulement que la maladie dont nous nous occupons ici, a droit de cité dans la pathologie, et qu'il y a quatre-vingts ans, elle n'était distinguée d'aucune des autres formes de folie. Mais, ce qui arrive fréquemment, dès que le nouveau type morbide a été bien établi, on en a démesurément élargi le cadre, en y faisant entrer une multitude de faits qui n'avaient de commun que certains symptômes avec la maladie telle que l'avaient décrite les premiers auteurs. Que de cas d'alcoolisme chronique, de démence apoplectique et même de démence sénile, que nous pourrions citer et qui ont été considérés comme des paralysies générales! Il était donc important de bien délimiter la symptomatologie de la paralysie générale, de faire connaître la forme type de cette affection. M. Foville aussi bien que M. Voisin n'y ont pas manqué, et les descriptions qu'ils nous ont données seront généralement trouvées excellentes. Il y a un point cependant où nous ne pouvons suivre le second de ces auteurs, c'est quand il cherche à démontrer l'existence d'une période intermédiaire existant entre les prodromes de la maladie et la première période d'état. Cette période intermédiaire, rare, il est vrai, débuterait « au jour où le trouble mental de la période prodromique est assez marqué pour mériter le nom de délire ou de démence », et finirait « au jour où apparaissent certains troubles somatiques propres à la paralysie générale ». Loin de voir des avantages dans de telles distinctions, nous croyons plutôt qu'il y a là de sérieux inconvénients. Sans doute, nous reconnaissons qu'il existe des faits de paralysie générale à début insidieux, où l'observateur hésite dans son diagnostic, parce qu'il n'en a pas tous les éléments sous les yeux; où il devra s'en prendre aux formes et aux caractères du délire pour porter son jugement. Mais pour ces cas exceptionnels qui présentent les symptômes psychiques avant les symptômes somatiques, chez lesquels la lésion inflammatoire envahit les centres intellectuels de l'encéphale avant d'atteindre les centres moteurs, est-il nécessaire cliniquement de créer une sorte de période intermédiaire où le malade serait paralytique sans l'être? Nous ne le croyons pas et nous préférons, avec M. Foville après M. J. Falret, admettre plusieurs modes de début, les uns somatiques (variétés congestive et paralytique), les autres psychiques (variétés mélancolique et expansive).

M. Foville, d'ailleurs, s'en tient à ces distinctions de début, il ne veut pas voir là des formes diverses de paralysie générale, présentant dans la marche et l'évolution des symptômes des caractères particuliers. M. Voisin au contraire, s'appuyant sur les données fournies par l'étiologie, la symptomatologie et même l'anatomie pathologique, croit pouvoir admettre cinq grandes catégories : 1° la paralysie générale aiguë à marche rapide; 2° la paralysie générale commune avec délire expansif, ambitieux; 3° la paralysie générale à forme sénile; 4° la paralysie générale présentant surtout les caractères de la démence; 5° la paralysie générale à forme spinale. L'auteur donne les caractères distinctifs de ces formes et cite des faits à l'appui; on accepte volontiers les uns et les autres, sauf lorsqu'il s'agit de la paralysie générale, à forme sénile, dont l'existence sera sans doute mise en doute et par les cliniciens et par les anatomo-pathologistes.

On sait l'importance que jouent les rémissions dans l'évolution de la paralysie générale et l'interprétation qu'en a donnée récemment M. Baillarger. D'après l'éminent aliéniste, elles ne seraient autre chose que la guérison d'un accès de manie ou de mélancolie surajouté à la démence et à la paralysie, ces deux derniers symptômes persistant encore après que les autres ont disparu. Cette théorie a soulevé de nombreuses objections qu'il serait trop long d'énumérer ici. Aucun de nos deux auteurs ne croit pouvoir l'accepter; ils ne pensent pas que la manie et la mélancolie soient des phénomènes surajoutés à la paralysie générale, mais des symptômes mêmes de cette affection. M. Voisin recherche la cause de ces rémissions et croit pouvoir la trouver dans la disparition des phénomènes congestifs, dans la localisation des lésions inflammatoires, enfin dans la suppléance plus ou moins complète entre les parties frappées d'inactivité et les parties du cerveau restées saines. Quoi qu'il en soit, l'existence de ces rémissions, des temps d'arrêt de la maladie, est « défavorable à la théorie de la *sclérose interstitielle primitive*, car on ne saurait comprendre la guérison d'une sclérose d'emblée, tandis qu'on comprend très bien la disparition des lésions congestives et inflammatoires. » (Aug. Voisin, p. 183.)

Nous touchons ici à une des questions les plus importantes que soulève l'étude de la paralysie générale, celle de la nature et du siège de cette affection. Tant qu'il ne s'est agi que des lésions macroscopiques, l'accord a existé — ou peu s'en faut — entre les divers savants qui se sont appliqués aux recherches anatomo-pathologiques; mais il n'en a plus été de même quand il s'est agi d'interpréter les altérations trouvées à l'aide du microscope. Alors on a vu naître les dissentiments suivant que l'observateur était partisan de telle ou telle école histologique. Pour le point qui nous occupe, c'est la question de la névroglie qui devait jouer le plus grand rôle. Cette substance interstitielle est-elle formée par du tissu conjonctif, comme le veut Virchow, ou bien, au contraire, ainsi que l'enseigne M. Ch. Robin, n'est-elle que du tissu nerveux? Suivant qu'on admet l'une ou l'autre de ces hypothèses, on sera amené à donner de la nature de la paralysie générale une explication différente. Qu'on compare, en effet, le chapitre consacré par M. Voisin à l'anatomie pathologique, avec les travaux sur le même sujet de M. Luys, de M. Magnan, etc., et l'on pourra se rendre compte des divergences profondes existant entre eux. M. Foville, plus éclectique, a résumé son opinion dans les lignes suivantes : « Quant à la nature de la » paralysie générale, on se trouve ramené à l'opinion des » premiers auteurs qui ont découvert et décrit cette maladie, » et qui la considéraient comme une affection inflammatoire » chronique; seulement, en s'appuyant sur les travaux modernes, on peut réfuter l'objection tirée jusque-là de » l'absence de suppuration, et compléter la doctrine de » Bayle et de Calmeil en disant que la paralysie générale » est une inflammation chronique qui appartient au type » de l'encéphalite interstitielle hyperplastique. » (P. 139.)

M. Foville ne croit guère aux résultats du traitement des paralytiques généraux; M. Aug. Voisin s'insurge contre ce lieu commun de l'incurabilité de la paralysie générale, et fait à ce propos son procès au scepticisme en thérapeutique. Nous ne contredisons nullement aux excellentes raisons que donne le savant médecin de la Salpêtrière en faveur de la curabilité de l'affection qu'il a si bien étudiée dans son ouvrage; mais sceptique, il nous est bien permis de l'être un peu après les tentatives faites par tous les médecins aliénistes pour améliorer l'état de leurs paralytiques. M. Voisin a été plus heureux en maintes occasions, et il nous enseigne les moyens par lui employés : nous l'en remercions et nous essayerons de l'imiter en mettant en pratique les moyens qu'il nous enseigne.

Il n'est pas de monographie sur une forme quelconque d'aliénation mentale qui puisse se passer d'un chapitre de considérations médico-légales. La paralysie générale surtout mérite à ce point de vue une étude approfondie. M. Foville n'a fait qu'effleurer cette question dans le cours de son travail; M. Voisin, au contraire, lui a consacré un chapitre très important, dans lequel il étudie successivement la responsabilité des aliénés paralytiques, leur capacité civile et la validité de leurs actes. Deux points surtout sont à noter chez ces aliénés : ce sont les vols qu'ils commettent dans les premières périodes de leur affection, et les testaments qu'ils font ou plutôt qu'on leur extorque le plus souvent. Dans ce dernier cas, les caractères de l'écriture doivent être étudiés avec soin; ils fournissent des preuves importantes de l'état mental du malade.

M. Voisin a dédié son livre à MM. Calmeil et Baillarger,

« dont les travaux ont fait le mieux connaître la maladie qui en est le sujet ». Il ne pouvait le publier sous de meilleurs auspices; car, quel que soit le sort réservé à quelques-unes des théories qu'ont émises ces deux éminents aliénistes, leurs savants travaux n'en ont pas moins tracé des sillons ineffaçables dans le champ si difficile à cultiver de la pathologie mentale.

Dr Ant. Ritti.

Index bibliographique.

Étude sur l'hydrocèle symptomatique des tumeurs du testicule, par M. A. Boursier. (Thèse de doctorat. Paris, 1879. V. A. Delahaye et Cie.)

L'auteur borne son étude des hydrocèles à l'examen des épanchements de la tunique vaginale qui accompagnent les tumeurs du testicule; il s'est préoccupé de rechercher quelle est la nature des hydrocèles de cette catégorie et quelle peut être leur valeur séméiologique. Après un historique très complet du sujet, il se livre à une étude consciencieuse des caractères du liquide épanché, de l'état de la tunique vaginale, et tout particulièrement de la nature et de la disposition des néomembranes qui cloisonnent et tapissent la séreuse. On pouvait supposer, étant données les nombreuses variétés que présentent les caractères anatomiques des hydrocèles dans les différentes espèces de tumeurs du testicule, que la clinique pourrait rapporter ces variétés à des tumeurs d'espèces différentes : or, de l'analyse d'un très grand nombre d'observations résulte pour l'auteur cette déduction importante ; qu'il n'y a pas lieu de chercher un rapport entre la nature du liquide épanché ou les altérations de la séreuse et la nature de la tumeur. L'hydrocèle est la conséquence d'une vaginalite, et ses caractères ne varient guère avec les différentes tumeurs.

Le travail de M. Boursier, qui est le fruit de recherches personnelles faites pendant plusieurs années d'internat, servira donc à fixer un point mal défini de la clinique chirurgicale; il aboutit à une conclusion qui, pour être presque entièrement négative, n'en a pas moins d'importance pratique, à savoir, qu'il n'y a pas lieu de compter, comme on a pu l'espérer, sur les caractères de l'hydrocèle pour établir le diagnostic de la nature de la tumeur solide.

Mais si l'étude des caractères du liquide ne paraît devoir fournir que très exceptionnellement des renseignements sur la nature de la tumeur, l'apparition précoce de l'épanchement et la production rapide d'une vaginalite adhésive serviront, au contraire, à faire admettre le point de départ épididymaire de la tumeur, et ce point a, comme on sait, un grand intérêt clinique.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — M. Pajot, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer, du 16 mars au 16 août 1880, par M. Pinard, agrégé près de ladite Faculté.

Bureau central. — Le jury du concours pour trois places de médecin au Bureau central est composé de MM. Bouchut, Delpech, Hillairet, Maurice Raynaud, Mesnet, Damaschino, Marotte, Fauvel et Desormeaux.

Maladies mentales. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 14 mars 1880, à neuf heures et demie du matin, au nouvel amphithéâtre de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Nécrologie. — Un médecin qui a rendu les plus grands services à l'enseignement de l'anatomie par l'invention de pièces artificielles, le docteur Louis Auzoux, vient de mourir à Paris. Dès 1822, l'Académie de médecine et l'Institut lui accordèrent un de leurs prix. A toutes les Expositions universelles, il a obtenu des médailles d'or. Notre regretté confrère était né en 1797 à Saint-Aubin d'Ecroville (Eure).

On doit, en outre, au docteur Auzoux de nombreux ouvrages sur les sciences médicales, tels que les *Considérations générales sur l'anatomie*, un *Mémoire sur le choléra*, un *Tableau de la situation physique des ouvriers*.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le professeur Boll (de Rome), connu par ses recherches d'histologie et de physiologie. C'est à lui que l'on doit la découverte du pourpre rétinien.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 21 février 1880, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Boulongne (Eloi-Alfred), médecin principal de 2e classe. — M. Michel (Charles-Hector), médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Poncet (François), médecin-major de 1re classe. — M. Chartier (Charles-Edouard), médecin-major de 1re classe. — M. Giard (Jean-André-Théophile), médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Gaumé (Louis-Marie-Jean-Dominique), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Bertrand (Louis-Honoré-Léon), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté). M Louis (Joseph-Alfred), médecin-major de 2e classe.

Mortalité a Paris (9e semaine, du vendredi 27 février au jeudi 4 mars 1880). — Population probable : 1 988 806 d'habitants. — *Nombre total des décès :* 1200, se décomposant de la façon suivante : *Affections épidémiques ou contagieuses :* fièvre typhoïde, 69; variole, 71; rougeole, 15; scarlatine, 6; coqueluche, 10; diphthérie et croup, 42; dysenterie, 1; érysipèle, 2; affections puerpérales, 9. — *Autres maladies :* phthisie pulmonaire, 185; autres tuberculoses, 72; autres affections générales, 126; bronchite aiguë, 53; pneumonie, 95; diarrhée infantile et athrepsie, 72; autres maladies locales, 331; morts violentes, 30; causes inconnues, 7.

Bilan de la 9e semaine. — Cette semaine, le service de statistique n'a relevé que 1200 décès au lieu de 1246 de la semaine dernière; mais il est obligé d'avouer que ce n'est pas par le fait du ralentissement des sévices de la mort, mais par celui du travail de quelques mairies qu'il ne veut pas nommer, et que les distractions de la Mi-Carême ont empêchées de dénoncer leurs naissances ou leurs décès de mercredi (50 décès environ et 71 naissances). Ces omissions grossiront d'autant les décès du bulletin suivant, et, si nous n'en avertissions, elles feraient croire à une aggravation aussi peu fondée que l'est l'apparent dégrèvement de cette semaine. Ces irrégularités, qui se renouvellent à chaque fête (et même demi-fête) tombant le jeudi ou le vendredi, sont regrettables; mais il n'appartient que bien indirectement au service de la Statistique de les faire cesser. Cependant, en tenant compte de ces omissions et à en juger d'après les moyennes des cinq mairies en souffrance, on peut estimer à environ 1250 le nombre des décès de la semaine, c'est-à-dire à très peu près le même que celui de la semaine précédente. Cela convenu, il est facile de voir que les méfaits des trois maladies épidémiques : fièvre typhoïde, variole et diphthérie, semblent, comme la mortalité générale, rester à peu près les mêmes.

Toujours le quartier de la Sorbonne reste le plus frappé par la variole, puis ceux contigus de la Gare et des Quinze-Vingts; mais ce qui est surtout digne de remarque, c'est la prédilection constante de la diphthérie pour ce quartier des Quinze-Vingts, et pourtant les décès enfantins de l'hôpital Sainte-Eugénie sont rapportés au quartier de leur domicile respectif. Les choses se passent donc comme si de cet hôpital, renfermant toujours des enfants atteints de diphthérie, il émanait sur tout le quartier des contages de diphthérie; c'est là un thème que nous aurons à poursuivre pour toutes les maladies contagieuses; nous verrons qu'il présente un singulier intérêt

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 18 mars 1880.

DES PEPTONES AU POINT DE VUE DE LA NUTRITION.

Dans un article précédent (voy. *Gazette hebd.* n° 43 et 44, 1879, p. 678 et 693), nous avons cherché à démontrer que les lavements dits alimentaires, quelle que soit leur composition, sang défibriné, viande, bouillon et lait, ne pouvaient suffire à l'entretien de la vie; nous nous sommes appuyé pour combattre les observations publiées, non seulement sur la physiologie, mais surtout sur l'expérimentation clinique, et nous avons conclu que si les lavements alimentaires rendaient des services et soulageaient le malade, dont ils diminuent la sensation d'angoisse par suite de l'absorption de l'eau et des sels qu'ils contiennent, ils ne pouvaient à eux seuls, contrairement aux faits de Flint, de Schmitt, etc., entretenir la vie, ni même enrayer la déperdition. Nous avons volontairement négligé ce qui avait rapport aux lavements de peptone; nous n'avons fait que les signaler, n'ayant aucune observation à apporter, ni aucune expérience personnelle sur ce sujet.

Nous ne connaissions alors les lavements de peptones, seule substance assimilée par le gros intestin, ainsi que le démontre l'expérimentation, que par des observations publiées en Allemagne. (*Archiv. für Path. und Phys.*, t. LXXII, p. 431; Adankiewiz, de Berlin, Basil Kistiakowsky, de Kiew, *Pflüger's Arch.*, t. IX, p. 438, *des peptones pancréatiques*.) Aujourd'hui, grâce à la discussion soulevée à la Société de thérapeutique, de nouveaux travaux ont été entrepris, de nouvelles observations ont été publiées; aussi est-il possible de se rendre compte dès maintenant de l'importance de cette question et du rôle que les lavements de peptones ou mieux du rôle que les peptones, quel que soit leur mode d'ingestion, sont appelés à jouer en thérapeutique.

Nous avons cherché dans notre article précédent (p. 694), à déterminer les fonctions physiologiques du gros intestin au point de vue de la digestion et de l'absorption des diverses substances alimentaires; nous n'avons pas à y revenir. Rappelons seulement que la seule absorption démontrée est celle de l'eau, des sels, de l'alcool, de la glycose, de la dextrine et enfin des peptones. Or la quantité de peptones introduite peut-elle être suffisante pour entretenir la vie? Pour répondre à cette question, pour conclure de la prolongation de la vie à la valeur nutritive réelle des lavements, il fallait déterminer non seulement l'augmentation de poids, mais aussi le rôle de l'alimentation, en examinant les variations de l'urée et de la température, ainsi que le demandait M. Dujardin-Beaumetz, qui a été non seulement l'instigateur de cette discussion, mais qui y a apporté les faits les plus importants. « Il faut d'autres preuves, qui doivent être tirées des éléments qui indiquent une activité plus grande dans la nutrition. Ces éléments sont: l'augmentation de la température, l'accroissemeut du poids de l'individu, et enfin la plus grande quantité d'urée sécrétée dans les vingt-quatre heures. Toute observation qui ne nous donnera pas à cet égard des renseignements précis ne pourra jouir d'une valeur réelle et effective au point de vue des lavements alimentaires. »

Nous avons vu précédemment qu'aucun lavement alimentaire, sauf cependant les lavements de pancréas, ne remplissait ces conditions; une expérience de M. Catillon le prouve d'une façon péremptoire. Prenant un chien pesant 10 kilogrammes, M. Catillon lui donne chaque jour deux lavements composés chacun de trois œufs délayés dans deux cuillerées d'eau, deux gouttes de laudanum de Sydenham et 6 grammes de pepsine liquide à la glycérine préparée de telle sorte que cette solution puisse digérer six parties de fibrine ou de blanc d'œufs en deux heures. Le chien subit, il est vrai, une déperdition de poids, mais au bout de trente-sept jours d'expérience il a conservé son aspect et sa vivacité habituelle; la déperdition n'a été que de 750 grammes, et l'urine contient une proportion de 13gr,40 d'urée par litre: la nutrition se fait donc d'une façon à peu près normale. Le trente-septième jour de l'expérience, M. Catillon supprime la pepsine, tout en donnant trois lavements au lieu de deux qu'il donnait au début; cinq jours après le chien ne pèse plus que 8 kilogrammes, quatorze jours après 6kil,500 seulement, alors que parallèlement à la perte du poids la température s'abaissait: de 39°,2 celle-ci tombait à 37°,2. Le chien qui avait conservé un poids constant de 9kil,250 pendant un mois avec des lavements additionnés de pepsine et de glycérine perdaient en quinze jours, alors qu'on cessait l'usage de la pepsine, 2kil,750. M. Catillon suspend alors les lavements d'œufs et les remplace par trois lavements de 100 grammes de sang; onze jours après le poids descendait à 6 kilogrammes, la température à 35°,2, et le chien tomba dans un état de cachexie telle que l'alimentation normale ne put réussir à le sauver.

Restent donc les lavements de pancréas, autrement dit les lavements de substances peptogènes avec lesquels Leube a pu obtenir des faits favorables. A propos de notre article sur les lavements alimentaires (n° 43 et 44) M. le professeur Brown-Séquard écrivait (14 novembre 1879, p. 732) que la question pratique n'est pas de savoir si le gros intestin secrète ou non des sucs doués de la puissance digestive, mais de savoir si en mêlant à des matières alimentaires, soit du suc gastrique, soit du suc pancréatique, on pouvait obtenir la digestion de ces matières, ou mieux l'assimilation de ces substances alors qu'elles ont été introduites dans le gros intestin. « Les expériences démontrant que le gros intestin n'a pas de fonction digestive n'ont rien de contradictoire avec ces faits, pas plus que n'en aurait la démonstration universelle qu'un vase con-

tenant du lait ne possède pas de fonction digestive. Dans ce vase inerte, au contraire, la digestion de substances albumineuses peut se faire sous l'influence du suc gastrique ou de celle du suc pancréatique. Le gros intestin n'agit peut-être ni *plus* ni *mieux* que ce vase inerte quand on y a injecté de la viande et du pancréas; mais ce qui est important, c'est qu'il n'agit pas pis, et surtout que les vaisseaux de cet intestin sont capables d'absorber les produits de la digestion (artificielle si l'on veut) qui s'y fait (page 733.) » Or, pour que des lavements alimentaires puissent agir comme reconstituants, il est de toute nécessité que les substances albuminoïdes contenues dans les œufs, la viande, soient modifiées de telle sorte que la digestion se fasse dans le tube intestinal inerte pour ainsi dire, puisqu'il ne secrète pas de liquide propre à opérer cette transformation : il est nécessaire que les peptones remplissent des conditions spéciales de préparation. Rien en effet ne serait plus facile que d'avoir des peptones; mais il est plus difficile d'avoir des peptones assimilables ou mieux dyalisables, car c'est là le point le plus important de la question. L'absorption ne pouvant se faire d'une part que par les vaisseaux chylifères destinés principalement à l'absorption des matières grasses émulsionnées, et d'autre part par que les veines qui permettent la dialyse, c'est-à-dire l'échange des substances peptogènes et le contenu des vaisseaux veineux à travers les parois de ces vaisseaux, il est de toute nécessité d'employer des peptones facilement dialysables; autrement, non seulement la nutrition serait trop incomplète, mais de plus on risquerait de déterminer du côté du gros intestin des inflammations douloureuses, semblables à celles qu'on voit trop souvent survenir à la suite des lavements alimentaires habituellement employés, et qui par cela même ne permettraient plus l'emploi des lavements de peptone mieux préparés.

C'est à l'aide du suc pancréatique ou du suc gastrique qu'on arrive à opérer ce travail dans le tube intestinal. Telle est en effet la condition indispensable pour donner aux aliments introduits dans le rectum des propriétés nutritives; aussi avons-nous eu raison de nous élever avec M. Dujardin-Beaumetz contre les lavements de sang defibriné, les lavements de bouillon et de dire que le seul résultat qu'on obtenait de ce moyen thérapeutique était un simple soulagement et non une nutrition proprement dite. MM. Brown-Séquard, Daremberg, Mayet, Catillon (Société de thérapeutique) et Raymond (*Gazette des hôpitaux*, n° 24, p. 188, 1879) ont apporté des faits nouveaux parmi lesquels les plus importants, sans aucun doute, sont les deux observations publiées par M. le docteur G. Daremberg dans la *Gazette hebdomadaire* (p. 780, 5 décembre 1879).

En effet, sous l'influence des lavements de peptones préparés selon les indications de M. Henninger, le malade, atteint de rétrécissement organique de l'œsophage (rétrécissement qui, ne permettant le passage d'aucune substance alimentaire, devait promptement et fatalement amener la mort par inanition) put vivre quatre mois, engraissant, marchant, écrivant et fournissant 15 à 20 grammes d'urée par jour, tandis qu'avant les lavements composés d'une décoction de viande, d'œuf et de pain, traitée d'abord par la pepsine et ensuite par la pancréatine, l'urée était tombée à 4 grammes par vingt-quatre heures. Chez le second malade, tuberculeux, atteint d'œdème de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, avec dysphagie des plus douloureuses au passage de la plus petite parcelle d'aliments liquides ou solides, le résultat fut au moins aussi heureux. Arrivé au dernier degré de la cachexie, sous l'influence de lavements de peptones de viande et de peptones d'albumine, le malade qui ne pouvait sortir de son lit sans avoir de syncope, put marcher au soleil, dormir sans agitation pendant quatre ou cinq heures de suite, et rendre par les urines environ 17 grammes d'urée par jour au lieu de 9, et tout cela sans prendre un atome de substance par l'œsophage.

De son côté, M. Catillon expérimentant sur des animaux, est arrivé à des résultats semblables à ceux de M. Daremberg. Expérimentant d'abord sur lui-même, M. Catillon reconnut que la quantité d'urée excrétée augmentait proportionnellement la quantité de peptones ingérées. Le poids qui avait diminué rapidement par suite de la privation de viande, augmenta rapidement sous l'influence des peptones : la faiblesse et la faim disparurent complètement sous l'influence des peptones. Et même, M. Catillon ajoute ce fait intéressant à noter que, la proportion d'urée excrétée par l'effet d'une même quantité de peptones, est plus élevée lorsque ces peptones sont administrées par l'intestin que lorsqu'elles le sont par la bouche.

Les expériences faites sur des chiens, donnent des résultats absolument semblables : déjà en 1877, M. Fauconnier dans une communication faite à la Société de thérapeutique, résumait ainsi une expérience dont les conclusions sont conformes à celles de M. Catillon : « J'ai maintenu pendant quatre jours un chien du poids de 10kil350, en lui donnant en vingt-quatre heures 800 grammes de pommes de terre et 100 grammes de peptone. Ayant doublé le poids de peptone, en huit jours l'animal augmenta de 300 grammes; les ayant supprimés il perdit en quatre jours 500 grammes. J'ai voulu alors essayer si l'extrait de viande de Liebig atténuerait cette diminution ; il n'en a rien été, et l'animal auquel je donnai 30 grammes d'extrait, ce qui représente 1 kilo de viande, continua à périr. » Enfin, en 1878, M. le docteur Tessen (*Zentralb. für med. Wiss.*, n° 34) publiait une intéressante observation d'un malade qui atteint d'aliénation mentale, refusait toute alimentation. Les accidents d'inanition s'aggravant, Tessen ordonna un lavement composé de trois cuillerées de peptone, d'une préparation correspondant théoriquement à une quantité équivalente à 270 grammes de viande pour onze cuillerées d'eau pure (solution de Sanders obtenu par le pancréas). Sous l'action de ce traitement le malade vécut ainsi trente-cinq jours, au bout desquels il revint à l'alimentation ordinaire.

Il est donc démontré aujourd'hui, bien que le nombre des observations publiées soit encore restreint, que les lavements de peptone peuvent non seulement arrêter la cachexie causée par l'inanition, mais même rendre au malade leurs forces perdues; l'augmentation de volume de l'urée dans les urines et de la température en est une preuve.

Il reste à rechercher quel est le mode de préparation le plus pratique pour obtenir les meilleurs peptones, et la quantité nécessaire de ces peptones pour entretenir la vie. On comprend tout d'abord que cette quantité varie selon le mode de préparation, de concentration, et selon aussi qu'on emploie le pancréas ou la pepsine; et il est nécessaire tout d'abord que cette solution soit alcaline, autrement on s'exposerait à la voir mal supportée par le rectum.

Ainsi que l'ont fait remarquer MM. Daremberg et Catillon, pour transformer les substances albuminoïdes en peptone, on donner la préférence à la pepsine sur la pancréatine (1). En

(1) Nous ne faisons que signaler le *Carica papaya*, dont les propriétés peptogènes ne sont pas encore nettement démontrées (voy. la communication de M. C. Paul à la Société de thérapeutique, p. 185).

Hollande ou l'usage des peptones est tombé dans la thérapeutique habituelle, on se sert du pancréas (préparation Sanders), le gout en est désagréable et les préparations s'altèrent rapidement. Il est donc préférable d'employer la pepsine contrairement à l'opinion de Kistiakowski (*Revue des sciences médicales*, t. VI, p. 76), surtout si on veut en préparer une certaine quantité à la fois, comme le conseil Daremberg qui en préparait quatorze litres par semaine, pour l'usage de son malade, sans que jamais il se soit formé de fermentation.

Voici le mode de préparation conseillé par M. Heninger, auteur de la meilleure monographie publiée sur cette question (*De la nature et du rôle physiologique des peptones*, 1878); c'est celle que MM. Daremberg et Dujardin-Beaumetz ont adopté en la modifiant légèrement. On introduit dans un vase en verre 500 grammes de viande dépouillée de toute sa graisse et finement hachée, puis on verse trois litres d'eau acidifiée par 30 centimètres cubes d'acide chlorhydrique liquide d'une densité de 1,15 à 1,18, et non l'acide sulfurique comme le conseillait tout d'abord M. Heninger. On ajoute alors 2gr,50 de pepsine pure du commerce au maximum d'activité, c'est-à-dire digérant environ 200 fois son poids de fibrine humide, et on fait chauffer ce mélange à une température de 45 degrés pendant dix à douze heures, en ayant soin de maintenir la température au même degré, de telle sorte qu'elle ne s'élève pas à 50 degrés, on s'exposerait ainsi à détruire la pepsine, et on remue de temps en temps le mélange. On transvase dans une capsule de porcelaine en ajoutant 200 grammes de sel cristallisé par litre, jusqu'à ce que la solution présente une faible réaction alcaline, puis on filtre le liquide : « On obtient ainsi, dit M. O. Chevalier, un liquide trouble, contenant indépendamment des principes extractifs de la viande, qui se trouvent dans le bouillon, du chlorure de sodium et de la peptone de viande. Ces matières étrangères seront les adjuvants utiles et même indispensables de la peptone. » On évapore ensuite au bain-marie; lorsque la concentration est assez avancée, il se forme une pellicule à la surface indiquant que l'opération est terminée. Cette dernière opération n'a du reste pour but que de diminuer la quantité de liquide à injecter dans le rectum pour éviter des lavements trop fréquents; on obtient ainsi de 1500 à 1800 centimètres cubes de liquide dont on administre la moitié chaque jour en trois lavements qu'on fait précéder de lavements d'eau additionné de 2 à 5 gouttes de laudanum selon les indications de Daremberg pour éviter les contractions intestinales qu'occasionneraient les lavements de peptones. Telle est la préparation la plus simple d'une substance destinée, sans aucun doute, à occuper un rôle important dans la thérapeutique.

Dr Joseph Michel.

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude clinique.

Sémiotique de l'adénopathie bronchique, par le docteur Guiraud, ancien interne des hôpitaux.

Adénopathie bronchique chez une jeune fille de vingt-trois ans. Signes d'affection cardiaque et d'affection chronique du poumon gauche. Disparition progressive de ces symptômes et de la plupart des signes d'auscultation. — C. T., institutrice, est admise à l'Helvetia (asile de convalescence pour les jeunes filles pauvres à Menton, en novembre 1877).

Aucun antécédent de famille au point de vue de la tuberculose. Son père et sa mère, âgés de plus de soixante-dix ans, vivent encore.

Elle n'a jamais été très forte, contractant facilement des rhumes, mais n'a pas eu de maladie grave, sauf une fièvre typhoïde à l'âge de onze ans. Elle était depuis quelque temps institutrice à Sainte-Croix, station élevée, froide et humide de la Suisse.

L'affection actuelle a débuté, dit la malade, en novembre 1876, par un rhume avec fièvre, oppression, épistaxis. Quelque temps auparavant, elle avait eu une *adénite cervicale* suppurée à droite, dont elle porte la cicatrice et de l'*engorgement des glandes cervicales gauches.*

Elle continua néanmoins à vaquer à ses occupations et à diriger son école jusqu'à la Noël, époque à laquelle elle fut obligée de suspendre ses travaux. Un peu de repos et quelques soins la remirent de nouveau sur pied; mais l'été ayant été fort humide, elle eut une rechute. L'oppression et la toux reparurent; elle eut quelques légers crachements de sang, ce qui acheva de la décider à venir passer un hiver dans le Midi où elle arriva avec une note de son médecin, portant : *Pneumonie chronique de la base du poumon gauche.*

Etat actuel. — Ce qui frappe tout d'abord chez la malade, c'est l'aspect violacé, cyanosé de la face, surtout au niveau des pommettes et des lèvres; c'est la toux incessante, fatigante, sèche, sans quinte coqueluchoïde, qui se produit dès que la malade parle, s'agite, fait un mouvement un peu brusque; c'est la gêne de la respiration, l'anhélation survenant sous la moindre influence.

L'amaigrissement est peu prononcé. Le pouls est petit, misérable, rapide, 100 à 110 pulsations, inégal, variant de fréquence d'un instant à l'autre. Température normale. Pas de fièvre manifeste.

Palpitations et dyspnée revenant par crises, surtout la nuit.

Le sommeil est mauvais, entrecoupé de rêves, de cauchemars avec sensations d'abîmes.

Malgré la fréquence de la toux, expectoration rare, muqueuse, striée quelquefois de sang. Epistaxis fréquentes, presque quotidiennes. Appétit mauvais. Digestions habituellement régulières. Quelquefois, mais rarement, vomissements à la suite de ses quintes de toux.

Menstruation régulière, assez abondante et durant près de dix jours.

Urine claire, donnant par la chaleur un léger précipité se dissolvant dans de l'acide nitrique.

Pas d'œdème ni d'anasarque.

Appareil respiratoire. — En avant, aux deux sommets, respiration normale.

En arrière, à gauche, à la base, submatité avec râles sous-crépitants fins à l'inspiration; une vraie pluie de râles telle qu'on l'entend dans l'œdème. A mesure que l'on remonte, ces râles deviennent plus rares et sont peu à peu remplacés par un souffle rude, fort, à caractère tubaire, prononcé surtout à l'expiration. Le souffle atteint son maximum dans la gouttière vertébrale, le long du bord postérieur de l'omoplate, au niveau de la racine des bronches. Plus haut, le souffle se prolonge, mais en diminuant d'intensité, jusque dans la fosse sus-épineuse. Diminution de sonorité, mais non matité dans tous ces points. A droite, respiration légèrement soufflante.

Cœur. — La pointe du cœur bat à son niveau normal. Les battements sont forts, très sensibles à la main, sans frémissement cataire. La matité précordiale se prolonge un peu en haut et en dedans sous le sternum.

Souffle rude, rapeux au premier temps (systolique) à la base et se prolongeant le long de l'aorte. (Digitaline, 1, puis 2 grammes par jour. Vésicatoire volant en arrière et à gauche, au niveau de la racine des bronches.) Dès les premières semaines de son séjour, grâce au repos, au calme de la vie de l'asile, l'état général s'améliore. L'oppression, la toux, les palpitations, sont moins prononcées, surtout lorsque la malade est allongée et silencieuse. Les signes d'auscultation restent les mêmes du côté du poumon. Vers le milieu de la saison, le souffle se propage même dans le poumon droit, à sa partie moyenne, où l'on entend aussi quelques craquements fins. A gauche, le souffle prend un timbre de plus en plus creux, très intense, presque amphorique.

Le souffle aortique, au contraire, paraît moins fort et est parfois difficile à percevoir, si la malade est calme et reposée.

A la fin de la saison, en août 1878, l'amélioration de l'état général et de l'état local est très sensible. La malade a gagné plus de 4 kilomètres en poids et tous les symptômes observés au début de l'hiver sont fort atténués.

Le traitement médical a dû être souvent modifié par suite du peu de tolérance de l'estomac. La digitaline, l'arsenic, l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, les vésicatoires répétés ont été successivement essayés et n'ont jamais pu être longtemps ni bien régulièrement administrés.

Mlle F... va passer son été en Suisse, d'où elle nous revient en novembre dernier (1878) toute transformée. Son embonpoint est encore accru; ses forces, son appétit fort augmentés, et elle peut maintenant, à la condition de marcher lentement, faire quelques petites promenades. Mais la toux et l'oppression reparaissent dès qu'elle s'agite un peu. Le pouls a sensiblement baissé (80 pulsations au lieu de 110) et a pris de l'ampleur. Les battements du cœur sont toujours forts, mais je ne puis retrouver le souffle si fort, si manifeste du début.

Les signes d'auscultation des poumons sont les mêmes que l'an dernier, mais avec une notable diminution d'intensité. Ainsi, le souffle a tout à fait perdu le timbre creux qu'il avait d'une façon si prononcée au milieu de l'hiver dernier.

Cette diminution dans les signes physiques s'accentue de plus en plus pendant cette seconde saison, et marche de front avec l'amélioration et la disparition progressive des symptômes subjectifs.

A la fin de la saison, au moment de son départ, la malade n'éprouve plus de dyspnée, sauf lorsqu'elle s'agite ou se fatigue trop. Sa toux est beaucoup plus rare et moins fatigante.

Le pouls est à 80. *Plus de trace de souffle du cœur.*

Dans le poumon gauche, on n'entend plus qu'une respiration un peu rude et quelques râles sous-crépitants fins à la base.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'état général a continué à progresser, et que la malade quitte Menton au mois de mai dernier, se considérant comme à peu près guérie.

Commentaires. — Résumons cette observation en quelques mots, de façon à bien faire saisir l'ensemble et la marche de la maladie.

Cette jeune fille est prise, en 1876, à la suite des mauvaises conditions climatériques dans lesquelles elle se trouvait, et après des *engorgements ganglionnaires cervicaux*, d'accidents qu'elle rapporte à un rhume, mais dans lesquels dominent tout d'abord la gêne de la respiration, une toux fatigante, incessante, une altération grave de la santé générale. Les symptômes ne font que s'aggraver, et l'on constate en même temps, à la fois du côté du poumon gauche et du côté du cœur et de l'aorte, les signes fonctionnels et physiques de lésions (râles sous-crépitants fins à la base, souffle tubaire, puis caverneux à la partie moyenne) dans le poumon gauche. Souffle systolique avec prolongements dans l'aorte.

Après une période stationnaire pendant plusieurs mois, l'état de la malade s'améliore progressivement, et les signes physiques marchent de pair dans leur évolution avec cette amélioration, et quelques-uns finissent même par disparaître.

Maintenant, à quelle affection avons-nous eu affaire? Quel diagnostic poser?

La malade nous est arrivée avec un certificat de médecin ayant assisté au début de la maladie, portant pneumonie chronique à la base du poumon gauche.

La toux, l'altération de la santé générale, l'oppression, et enfin les signes fournis par l'auscultation pouvaient, en effet, faire penser tout d'abord à une infiltration tuberculeuse du poumon gauche. Cependant, bien des objections se présentaient contre cette manière de voir. Si nous étions en présence d'une tuberculose, il fallait admettre une période très avancée, car il y avait tous les signes d'une caverne, et même d'une vaste caverne, et cependant l'absence d'état cachectique proprement dit, de fièvre, d'amaigrissement prononcé était faite pour inspirer des doutes.

La lésion n'était point à son siège d'élection. Tandis que dans la partie moyenne et à la base, l'auscultation révélait des lésions profondes, la respiration des sommets en avant sous les clavicules, ne présentait que des altérations insignifiantes. Or l'on sait combien est chose rare une éruption tuberculeuse aussi avancée respectant les sommets.

Enfin, malgré ces signes de cavités, le souffle a toujours été sec, sans mélange de gros râles humides, et l'expectoration toujours rare et muqueuse. Il y avait donc, dès les premiers temps du séjour de la malade, de sérieuses raisons d'écarter l'idée d'une caverne tuberculeuse.

A ma première entrevue, je fus frappé du facies cardiaque, et c'est de ce côté-là que je dirigeai mon examen. Le bruit de souffle systolique rude et rapeux de la base, le pouls petit, inégal, irrégulier, l'oppression habituelle, les palpitations, les cauchemars, l'épistaxis et les crachements rosés, tous ces symptômes me paraissaient plaider en faveur de l'existence d'un rétrécissement aortique.

Il restait néanmoins quelque chose d'obscur, et il était difficile de se rendre compte de la relation existant entre les signes pulmonaires et les signes cardiaques. A quoi rapporter ce soufffe caverneux si intense, ces râles de la base limités à un seul côté?

Quelques mois après, ce souffle cardiaque perd son caractère rude; on ne le perçoit à la fin du premier hiver que d'une façon intermittente, lorsque la malade s'agite, et au deuxième hiver, il a complètement disparu. Ce n'est point là le caractère habituel du souffle des lésions organiques du cœur.

L'existence d'une maladie du cœur ou du poumon étant écartée, reste une affection à laquelle certains symptômes, la nature de la toux, la dyspnée, etc., etc., devaient faire songer, une adénopathie bronchique comprimant les organes du médiastin antérieur. L'analyse des symptômes et de la marche de la maladie me paraît confirmer de tous points ce diagnostic.

Bien que la matité précordiale parut s'étendre un peu plus haut et plus en dedans que d'habitude, ce signe était trop peu net pour que nous nous y arrêtions. D'ailleurs, comme le fait observer notre confrère et ami, le docteur Barély, dans sa remarquable monographie, devenue classique dans la science, ce signe manque souvent à gauche, parce que le groupe ganglionnaire de ce côté est situé profondément. Mais en revanche, l'auscultation nous fournissait un signe de la plus grande valeur, le souffle bronchique à caractère tubaire, et plus tard caverneux, le long du bord postérieur de l'omoplate. Ce symptôme seul eût suffi pour faire songer à une compression de la bronche gauche (1).

La toux n'était pas coqueluchoïde, mais sèche, incessante, fatigante pour ceux qui entouraient la malade; caractère signalé dans presque toutes les observations et rapporté à la compression et à l'irritation du pneumogastrique. De même pour la dyspnée, la gêne de la respiration qu'exaspère le moindre effort.

Enfin, le docteur Barély mentionne l'œdème pulmonaire borné à un seul côté, comme un des accidents de l'adénopathie et le rattache, soit à la compression des veines pulmonaires, soit à la parésie des pneumogastriques.

Le souffle systolique à la base du cœur a été rarement observé. Nous le voyons cependant signalé dans la cinquième observation du mémoire du docteur Barély.

Quant au pouls, cet auteur parle de sa petitesse et de sa lenteur. Ici il a été, au contraire, petit, inégal et très fréquent, et cette fréquence a diminué à mesure que son état s'améliorait.

Nous retrouvons ce même caractère, fréquence extrême et intensité des battements cardiaques, dans une observation relatée dans le *Journal des connaissances médicales*, 8 mars 1879. La parésie du nerf modérateur, du pneumogastrique comprimés, peut expliquer cette fréquence et cette diminution de tension vasculaire. Enfin, la gêne de la circulation produite par la compression des vaisseaux d'origine rend compte des dilatations veineuses, de la teinte cyanosée de la face et des épistaxis. L'altération de la voix plutôt rauque et voilée

(1) Dans la discussion qui a eu lieu à Amsterdam à propos de cette observation, le docteur Berhart (de Londres), se fondant sur de nombreuses autopsies faites à l'hôpital dont il est médecin, attribue ce souffle, non à la compression de la bronche, mais à de petits noyaux pneumoniques siégeant autour des racines des bronches.

qu'éteinte; les quelques vomissements qui ont, du reste, été toujours parmi les symptômes du second plan, se rattachent aussi à la compression du pneumogastrique.

Maintenant, quel pronostic porter sur cette affection? La diminution des symptômes de compression, l'amélioration de l'état général, la marche décroissante de la maladie peuvent faire croire à la possibilité d'une résolution complète et espérer une issue favorable.

Néanmoins, nous ne devons pas oublier que l'adénopathie, surtout chez l'adulte, est bien rarement primitive; si elle l'est jamais, qu'elle reconnaît presque toujours pour cause, pour point de départ, des lésions chroniques des organes thoraciques, et, bien que nous n'ayons pas jusqu'à présent des signes positifs de tuberculose, nous devons faire des réserves et poser un point d'interrogation relativement à l'évolution ultérieure de la maladie et à sa terminaison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 1er MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DAUBRÉE.

(Suite. — Voyez le numéro 11.)

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1880, 1881, 1882, 1883.

Physique. — *Grand prix des sciences mathématiques* (prix du budget) : « Etude de l'élasticité d'un ou de plusieurs corps cristallisés, au double point de vue expérimental ou théorique. » Le prix sera une médaille de la valeur de 3000 francs. Les mémoires devront être déposés au secrétariat avant le 1er juin 1880.

Physique, chimie et physiologie. — *Prix L. Lacaze :* L'Académie décernera, dans sa séance publique de l'année 1881, trois prix de 10 000 francs chacun aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la Physiologie, de la Physique et de la Chimie.

Statistique. — *Prix Montyon :* Le prix consiste en une médaille de la valeur de 500 francs.

Chimie. — *Prix Jecker :* L'Académie annonce qu'elle décernera *tous les ans* le prix Jecker, porté à la somme de 10 000 francs, aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter les progrès de la Chimie organique.

Botanique. — *Prix Barbier :* Prix annuel de 2000 francs « pour celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir ». L'Académie décernera ce prix, s'il y a lieu, dans sa prochaine séance publique.

Anatomie et zoologie. — *Prix da Gama Machado :* L'Académie décernera, *tous les trois ans*, à partir de l'année 1882, le prix da Gama Machado aux meilleurs mémoires sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés. Le prix consistera en une médaille de 1200 francs.

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon* (médecine et chirurgie) : Les ouvrages ou mémoires présentés au concours doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

Prix Bréant : Prix de 100 000 francs « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique ou les dartres ».

Prix Godard : Prix annuel de 1000 francs à décerner au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Serres : Prix triennal « sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine ».

Prix Chaussier : L'Académie décernera ce prix, de la valeur de 10 000 francs, dans sa séance publique de l'année 1883, au meilleur ouvrage paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement. Les ouvrages ou mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1883.

Prix Dugaste : L'Académie décernera le prix Dugaste (signes de la mort), pour la première fois, dans sa séance publique de l'année 1880. Les ouvrages ou mémoires seront reçus au secrétariat de l'Institut jusqu'au 1er juin.

Prix Boudet : L'Académie décernera le prix Boudet, en 1880, s'il y a lieu, à l'auteur dont les travaux « sur l'influence pathogénique des organismes inférieurs » auront paru dignes de cette distinction. Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1880.

Physiologie. — *Prix Montyon* (physiologie expérimentale) : L'Académie adjugera une médaille de la valeur de 750 francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Prix généraux. — *Prix Montyon* (arts insalubres) : Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des découvertes ou des ouvrages qui seront jugés les plus utiles à l' « art de guérir », et à ceux qui auront trouvé les « moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre ».

Prix Gegner : Prix de 4000 francs destiné à soutenir un savant pauvre qui se sera signalé par des travaux sérieux, et qui dès lors pourra continuer plus fructueusement ses recherches en faveur des progrès des sciences positives.

Prix Jean Reynaud : Prix de 10 000 francs (annuel) décerné par les cinq Académies « au travail le plus méritant, relevant de chaque classe de l'Institut, qui se sera produit pendant une période de cinq ans ».

Note. — L'Académie juge nécessaire de faire remarquer à MM. les concurrents pour les prix relatifs à la médecine et aux arts insalubres : 1° que les concours ont expressément pour objet des *découvertes* et *inventions* propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou à rendre un art moins insalubre; 2° que les pièces adressées pour le concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée*, ou une application bien constatée; 3° que l'auteur doit indiquer, par une analyse succincte, la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée, et que, faute de cette indication, sa pièce ne sera point admise. Cette analyse doit être en double copie.

SÉANCE DU 8 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Traitement du choléra. — M. *Is. Coffin* adresse de New-York, par l'entremise de la Légation des Etats-Unis, un mémoire relatif à un traitement du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Sur les lésions du rein dans l'empoisonnement lent par la cantharidine. Note de M. *V. Cornil*. — Dans une précédente communication (*Comptes rendus*, 26 janvier), l'auteur avait indiqué les lésions rénales produites par un empoisonnement rapide avec la cantharidine introduite par une injection sous-cutanée. Depuis lors, dans le but d'étudier les phénomènes d'une néphrite se rapprochant comme durée de la néphrite albumineuse aiguë ou subaiguë de l'homme, il a donné à un chien, tous les deux ou trois jours, pendant un mois, des doses de cantharidine incapables de causer la mort.

A chaque prise, l'animal ressentait des accidents gastro-intestinaux (diarrhée, vomissements), et les urines contenaient des glo-

bules rouges, de l'albumine et des cylindres hyalins. Les reins de cet animal ont montré toutes les lésions qu'on observe dans la néphrite albumineuse aiguë ou subaiguë de l'homme. Ainsi, sur les préparations faites après durcissement par l'acide osmique, il existait, entre la capsule du glomérule et les vaisseaux, un exsudat réticulé contenant quelques globules blancs ou rouges en petit nombre. Les cellules de la capsule étaient tuméfiées, et les anses glomérulaires étaient souvent adhérentes. Les tubes contournés de la substance corticale, très dilatés, contenaient, dans leur lumière agrandie, quelques globules blancs ou des boules claires ou grenues de volume très variable, tantôt très petites, tantôt beaucoup plus volumineuses que les globules blancs. Dans d'autres tubes également dilatés, la lumière était obstruée par un exsudat réticulé dont les travées plus ou moins fixes, enserrant souvent des globules rouges, convergeaient du bord libre des cellules épithéliales vers le centre du tube.

Dans d'autres tubes contournés, le liquide contenu, coagulé par l'acide osmique, était homogène, teinté, percé de trous clairs ou logeant des boules grenues et des globules sanguins. Ces coagulations sont, comme je l'ai montré, l'origine des cylindres hyalins. Les tubes en anse de Henle et les tubes droits contenaient beaucoup de cylindres.

Les cellules épithéliales des tubes contournés, conservées en place, étaient coiffées par l'exsudat réticulé. Elles étaient tantôt tuméfiées et grenues, tantôt surmontées d'une boule claire et transparente qui faisait saillie dans la cavité du tube; quelques-unes, peu nombreuses, étaient transformées en une grande vésicule transparente. Beaucoup d'entre elles montraient une rangée de granulations graisseuses disposées près de leur implantation sur la paroi hyaline des tubes. J'énumère simplement ces lésions sans y insister, car j'en ai donné une description détaillée à propos de la néphrite albumineuse de l'homme (*Journal de l'anatomie* de Robin, 1879).

En outre de ces lésions des cellules épithéliales, il existait, le long des artérioles glomérulaires, une quantité notable de petites cellules rondes, indiquant une néphrite interstitielle à son début.

Cette expérience suffit, dit l'auteur, à établir que l'usage de la cantharidine continué pendant un certain temps détermine des lésions en tout comparables à l'albuminurie due à l'impression du froid ou aux maladies infectieuses, telles que la diphthérie, la scarlatine, etc.

L'identité des lésions observées permet de conclure que le fait essentiel de la néphrite albumineuse consiste dans le passage à travers les vaisseaux glomérulaires des parties constituantes du sang, plasma, globules rouges et globules blancs. Tel est le premier phénomène de l'empoisonnement aigu par la cantharidine. Presque simultanément les cellules épithéliales des tubes sinueux sont granuleuses, quelquefois vésiculeuses, et elles sécrètent un exsudat coagulable.

Beaucoup d'organes sont atteints en même temps que le rein; il ne s'agit nullement d'une action élective sur cet organe. Une demi-heure déjà après l'introduction de la cantharidine sous la peau, les cellules épithéliales de la muqueuse intestinale se multiplient, se desquament, et l'on observe une inflammation, d'une grande intensité, de toute la muqueuse. Les petites bronches sont remplies de cellules desquamées et de globules blancs; la trachée et le larynx sont également enflammés. Les vaisseaux capillaires du foie sont engorgés par places par des globules blancs, et les cellules hépatiques tuméfiées présentent presque toutes deux noyaux. Il existe, en un mot, une inflammation généralisée, etc.

Sur la mort apparente résultant de l'asphyxie. Note de M. *Fort*. — *Conclusion :* Dans l'état de mort apparente consécutive à l'asphyxie proprement dite, on doit pratiquer avec persévérance la respiration artificielle, pendant un nombre d'heures non encore déterminé. Dans une note ultérieure, l'auteur cherchera à préciser la durée de la respiration artificielle, basée sur l'état du sang, du système nerveux et du muscle cardiaque.

Modifications apportées par l'organisme aux substances albuminoïdes injectées dans les vaisseaux (3e série : Injections intra-veineuses de ferments solubles). Note de MM. *J. Béchamp* et *E. Baltus*. — Ces expériences portent sur des injections de pancréatine et ont conduit les auteurs aux conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° L'injection intra-vasculaire de pancréatine pure amène des troubles fonctionnels d'une gravité exceptionnelle, et détermine la mort quand la proportion de matière injectée atteint environ 0gr,15 par kilogramme du poids de l'animal. L'état de digestion paraît diminuer les effets toxiques de la pancréatine.

2° La pancréatine injectée n'est éliminée que partiellement par les urines et se retrouve alors avec tous ses caractères. Nous n'avons pu la caractériser par son pouvoir rotatoire, en raison de la petite quantité de matière éliminée, mais la matière isolée liquéfiait instantanément l'empois et le saccharifiait; elle se colorait en rouge par le chlore.

Sur la composition des eaux de Cransac (Aveyron). Note de M. *Ed. Willm*. — L'eau minérale de Cransac est presque exclusivement composée de sulfates. Elle est caractérisée par la présence de quantités considérables de sulfates d'aluminium et de manganèse, tandis que le fer y fait totalement défaut, quoique ces eaux résultent du lessivage de cendres de pyrites. L'absence du fer ne peut être attribuée qu'à un contact ultérieur des eaux avec des roches dolomitiques qui précipitent tout le fer et saturent l'acide libre, sans précipiter le manganèse et l'alumine. En même temps que le manganèse, l'eau de Cransac contient un autre métal en quantités appréciables, assez rare dans les eaux minérales, le *nickel*, ainsi que des traces de *zinc*, mais point de cuivre.

Académie de médecine.

Séance du 16 mars 1880. — Présidence de M. H. Roger.

La correspondance officielle comprend l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Guéniot comme membre titulaire dans la section d'accouchement, en remplacement de M. Jacquemier, décédé.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M le docteur Bœckel (de Strasbourg), accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'ostéotomie dans les incurvations rachitiques des membres. (Prix Barbier ou Godard.) — 2° Une lettre de M. Cerrard, notaire à Paris, qui informe l'Académie d'une donation que Mme veuve Vernois se propose de lui faire. — 3° Des lettres de candidature, de M. Cadiat, pour la section d'anatomie et de physiologie, et de M. Boudier, pour le titre de membre correspondant dans la section de pharmacie. — 4° Une lettre de M. le docteur Bouyer (de la Creuse), demandant l'ouverture d'un pli cacheté relatif au traitement abortif et curatif de la variole.

M. Alfred *Fournier* présente : 1° Au nom de MM. E. Brissaud et Ch. Josias, internes des hôpitaux, une brochure intitulée : *Des gommes scrofuleuses et de leur nature tuberculeuses.* — 2° En son propre nom, une série de leçons professées à l'hôpital Saint-Louis et réunies en un volume intitulé : *Syphilis et mariage.*

M. *Dechambre* dépose sur le bureau, au nom de MM. Chouet et Pelissié, un mémoire intitulé : *Etude clinique et anatomo-pathologique de l'empoisonnement par les champignons.* (Prix Godard.)

M. Maurice *Raynaud* présente, de la part de M. le docteur Armaingaud, agrégé de la Faculté de Bordeaux, une brochure intitulée : *Action rapidement favorable de l'eau froide (draps mouillés) dans un cas de fièvre typhoïde avec température thermique de 42 degrés et pneumonie du sommet.*

Élections. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Voici l'ordre de présentation des candidats : En première ligne, M. Gaujot; en deuxième ligne, M. Cusco; en troisième ligne, M. Lannelongue; en quatrième ligne, M. Terrier; en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Léon Labbé et Péan.

Le nombre des votants étant de 88, majorité 45, M. Léon Labbé obtient 42 suffrages, M. Cusco 32, M. Gaujot 8, M. Terrier, 3, M. Péan 1, bulletins blancs 2. Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 88, majorité 45, M. Léon Labbé obtient 47 suffrages, M. Cusco 38, M. Gaujot 3. En conséquence, M. *Léon Labbé* ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Rupture du tendon du triceps fémoral. — M. *J. Guérin* communique une note sur la rupture du triceps fémoral et sur un appareil propre à combattre l'infirmité résultant de cette lésion à l'état chronique.

La malade de M. Guérin fut prise tout à coup, il y a trois ans, en faisant un effort, d'une douleur très vive au genou droit. Après avoir exploré les parties, l'auteur aperçut à la portion terminale du vaste externe droit, une légère dépression latérale qui le mit sur la voie d'un diagnostic qui avait échappé aux médecins qui avaient antérieurement soigné la malade. M. J. Guérin est arrivé à combattre la claudication résultant de cette rupture par l'application d'un appareil contentif en caoutchouc.

M. *Tillaux* désire faire à M. J. Guérin une question que M. le président le prie de remettre à la séance prochaine.

Rapports. — M. *Devilliers* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Gallard, ayant pour titre : *Considérations médico-légales sur la simulation*. Le travail de M. Gallard a été analysé dans la *Gazette* (voy. le n° 8).

« M. Gallard, dit en terminant M. le rapporteur, a fait une œuvre utile, honnête et indépendante, en signalant à l'Académie les abus de plus en plus fréquents qu'entraîne la simulation dans les conditions surtout où il l'a étudiée, et en cherchant à faciliter aux médecins experts la recherche de la vérité. Nous vous proposons, en conséquence, de remercier M. le docteur Gallard de son intéressante communication, et de renvoyer son travail à la section d'hygiène et de médecine légale, pour laquelle il se porte candidat. » (Adopté.)

Société de chirurgie.

Séance du 10 mars 1880. — Présidence de M. Tillaux.

Cystite du début de la grossesse.

M. *Terrillon* lit un mémoire sur la cystite du début de la grossesse et paraissant liée à cet état. L'histoire de la cystite chez la femme est peu connue; au début de la grossesse, elle paraît liée à l'utérus gravide.

Il y a sept ans, une femme de vingt ans, enceinte de deux mois et demi, vint consulter M. Terrillon; elle accusait des envies fréquentes d'uriner, de la chaleur pendant la miction; l'urine avait une odeur ammoniacale; douleur au-dessus du pubis. Pas de vaginite ni d'uréthrite. L'introduction de la sonde dans la vessie était très douloureuse. L'utérus était volumineux. On observait un dépôt dans l'urine. Injections d'eau alcoolisée dans la vessie; guérison en trois semaines. M. Terrillon crut à la coïncidence de la cystite et de la grossesse.

Trois ans après, la même femme eut une autre grossesse; une cystite analogue se développa et guérit en quinze jours.

Un an plus tard, M. Terrillon observa un nouveau fait. Une femme de vingt-deux ans, arrivée au troisième mois de la grossesse, fut également atteinte de cystite. Ni vaginite ni uréthrite. Guérison en vingt jours.

Deux nouveaux cas depuis. Une femme au début de la grossesse est prise de cystite; dépôt purulent dans l'urine; au microscope, globules de pus et cellules épithéliales.

Dans tous ces faits, on ne pouvait soupçonner aucune affection contagieuse; pas de traumatisme, pas de refroidissement. C'est donc l'état de grossesse qui est en cause. On connaît les cystites de la fin de la grossesse causées par la compression de l'utérus sur la vessie. Mais l'inflammation de la vessie au début de la grossesse est peu connue.

Churchill décrit l'irritabilité de la vessie au début de la grossesse et l'attribue à un trouble nerveux; West dit que l'urine peut contenir du pus. La rétroversion utérine peut encore amener la cystite du début par compression (Depaul). Mais, dans les observations précédentes, il ne s'agit ni de vessie irritable, ni de rétroversion; il n'y a pas eu de traumatisme. M. Terrillon attribue la cystite à des troubles de voisinage, congestion ou inflammation de la muqueuse vésicale.

M. *Després*. Si la grossesse était une cause de cystite, on en trouverait de nombreuses observations. Nous attendrons donc de nouveaux cas pour admettre cette variété d'inflammation vésicale.

M. *Guéniot*. Le mot cystite est peut-être exagéré pour caractériser les troubles de la miction du début de la grossesse; c'est plutôt une irritation vésicale; la vraie cystite est rare dans les trois premiers mois de la grossesse.

M. *Guyon* a attiré l'attention d'un de ses internes, M. Monod, sur des cystites rebelles, graves, conséquence non de la grossesse, mais de l'accouchement pénible.

M. *Le Dentu*. La cystite, chez la femme, n'est pas rare, même en dehors de la grossesse.

M. *Trélat*. La cystite passe souvent inaperçue chez la femme, parce qu'elle est liée à d'autres accidents, à la métrite particulièrement.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 28 février 1880. — Présidence de M. Moreau (1).

Origine des éléments de l'ovisac : M. Mathias Duval. — Lésions du rein dans l'abuminurie diphthéritique : M. Brault. — Détermination de la sensibilité rétinienne : M. Javal. — Effets du sang asphyxique sur les nerfs du cœur : MM. Dastre et Morat. — Des différents genres de mort causés par l'explosion du feu grisou : M. Regnard. — Changements de couleur chez les lygles : M. Pouchet.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Mathias Duval* fait observer que les tubes séminipares des embryons lui ont paru présenter une évolution semblable à celle que M. Cadiat a décrite pour les tubes ovariques. C'est une preuve nouvelle de l'analogie qui existe entre l'ovule mâle et l'ovule femelle.

— M. *Brault*. Pendant que j'étais interne de M. Cadet de Gassicourt, j'ai eu l'occasion d'étudier l'altération des reins dans des cas d'albuminurie diphthéritique.

Les altérations trouvées au microscope, après l'emploi de l'acide osmique comme réactif, étaient les suivantes: congestion intense de la substance rénale, augmentation de volume du glomérule, gonflement des cellules de la cavité glomérulaire, exsudat dans la cavité du glumérule contenant des globules blancs, des globules rouges et des boules albumineuses, au niveau des tubes contournés, augmentation de volume très considérable des cellules contenant des granulations protéiques en quantité, des fragments de globules sanguins et des globules entiers — dans la cavité du tube exsudat très compact avec réticulum enfermant des globules blancs, des globules rouges et des boules albumineuses en très grande quantité.

Ces lésions se rapportent à un cas d'albuminurie intense, elles sont très analogues aux lésions décrites par M. Cornil dans les cas de néphrite parenchymateuse suraiguë et dans les néphrites expérimentales produites par la cantharidine. A ce degré elles peuvent expliquer la possibilité de complications urémiques dans la diphthérie par anurie complète, complications admises autrefois par Béhier et aujourd'hui par MM. Sanné et Archambault.

Cette néphrite semble consécutive à une altération du sang déterminant l'irritation des éléments du rein. Ce serait une néphrite *parenchymateuse infectieuse*.

M. *Rabuteau* rappelle que l'albuminurie peut être produite soit par le passage à travers le rein d'une substance irritante

(1) Par une erreur de mise en pages, le compte rendu de la séance du 6 mars 1880 a été inséré dans le précédent numéro.

(albuminurie cantharidienne), soit par suite d'une altération générale de la nutrition (empoisonnements métalliques). A quelle catégorie appartient l'albuminurie diphthéritique? Agit-elle sur le rein en altérant toute l'économie ou par l'élimination d'un principe toxique? M. Hayem désapprouve le terme de néphrite parenchymateuse. Ce nom s'applique à des lésions à évolution plus lente et plus durable que ne le sont celles de la diphthérie. En outre, dans cette affection, la lésion rénale doit être locale et porter sur le tissu conjonctif aussi bien que sur les épithéliums. — M. Brault ne nie pas la possibilité des lésions conjonctives, mais il ne les a pas constatées dans les cas qu'il a observés.

—M. *Javal*. Les échelles typographiques usitées pour mesurer l'acuité visuelle ne tiennent compte que d'un seul élément : les dimensions des caractères. Il est nécessaire d'en faire intervenir un autre : supposons sur une feuille de papier blanc huit lettres de même grandeur, tracées à l'encre de Chine et de plus en plus ombrées, grâce à des hachures dont le nombre croît suivant une progression déterminée. Les lettres les plus foncées seront vues par un œil qui distinguera mal les lettres plus claires. Cette faiblesse relative de la vision aurait été méconnue par le simple examen avec les anciennes échelles. Il y a dans ce fait le principe d'échelles à établir, que M. Javal réalisera plus tard pratiquement.

— MM. *Dastre* et *Morat*. Le sang asphyxique détermine une violente excitation des centres bulbaires et médullaires d'où naissent les nerfs du cœur. L'action des nerfs modérateurs, comme l'ont établi les recherches de Baxt, prédomine sur celle des accélérateurs soumis à la même excitation : aussi le cœur tend-il à s'arrêter. Si à ce moment on sectionne les deux pneumogastriques, les nerfs accélérateurs restant seuls et étant hyperexcités, le cœur reprendra ses battements avec une rapidité plus grande qu'au début de l'expérience.

— M. *Regnard*. Les mineurs, au moment des explosions de feu grisou, peuvent succomber, ou bien écrasés sous les décombres, ou bien par respiration du mélange détonant, ou bien par brûlure. Dans ce dernier cas, la mort n'est pas immédiate, elle survient dans le délai d'un jour ou deux par pneumonie suraiguë avec lésions du larynx et de la trachée. Dans le cas précédent (respiration du mélange détonant), des expériences faites sur des chiens ont montré qu'au moment de la détonation il y avait arrêt du cœur, la mort est instantanée.

—M. *Pouchet* montre des *lygies*, dont la coloration jaune gris pâlit quand on leur coupe les antennes et devient plus foncée quand on leur enlève les yeux.

— Au cours de la séance, M. Mégnin est nommé membre de la Société de biologie.

SÉANCE DU 13 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BERT.

Appareil à réfrigération et à réchauffement : M. Peyraud. – Action physiologique de la thalictrine : MM. Doassans et Bochefontaine. — Quelques faits relatifs à la pathologie des capsules surrénales : M. Bochefaine. — Épithélium vibratile servant au transport des ovules de l'ovaire au pavillon : MM. Mathias Duval et Wiet. — Transformations du scolex chez les tænias : M. Mégnin. — Manomètre inscripteur modifié : MM. François-Franck et Galante. — Réfrigérations partielles et générales : M. Dumontpallier. — Développement du nez : M. Hamy. — Mode de progression de certaines chenilles processionnaires : M. Pouchet. — Doses maniables de chloroforme : M. Bert.—Système nerveux des diptères : M. Kunckel.

Au nom de M. *Peyraud* (de Libourne), M. *Bochefontaine* dépose une note relative à un appareil permettant, par une circulation d'eau chaude ou d'eau froide, de réchauffer les enfants nouveau-nés ou de refroidir les malades fébricitants.

— En son nom et au nom de M. Doassans, M. *Bochefontaine* dépose une note sur les propriétés physiologiques de la thalictrine, principe actif du *Thalictrum macrocarpum*. Elles paraissent analogues à celles de l'aconitine.

— M. *Bochefontaine*. — J'ai constaté à l'autopsie de plus de cent vingt aliénés un ramollissement marqué de la substance corticale des capsules surrénales. Mais ayant remarqué que la plupart des sujets avaient plus de quarante-cinq ans, j'ai vérifié qu'un grand nombre de sujets non aliénés présentaient à partir de cet âge un ramollissement analogue. Ce ramollissement paraît étranger à la présence de la matière chromatogène dans les capsules. Lorsque celle-ci est absente on ne saurait en accuser la décomposition cadavérique. A l'autopsie d'un supplicié, quelques heures à peine après la mort, j'en ai trouvé seulement des traces : c'est une question tout à fait individuelle. Il existe des capsules surrénales surnuméraires chez un assez grand nombre de sujets.

— M. *Mathias-Duval*, au nom de M. *Wiet* et au sien. La théorie de l'adaptation du pavillon à l'ovaire par le mécanisme indiqué par Rouget ne peut s'appliquer à certains animaux, la grenouille en particulier, chez lesquels le pavillon est fixé d'une façon inamovible contre la colonne vertébrale. C'est par un épithélium à cils vibratiles, disposé en longues bandes de l'ovaire vers le pavillon à la surface interne du péritoine que paraît s'effectuer le transport de l'ovule. Cet épithélium a transporté sous nos yeux de petits grains de charbon dans le sens indiqué. Existe-t-il d'une façon permanente ou seulement à l'époque de la fécondation? N'existe-t-il que chez la femelle? Toutes ces questions doivent être étudiées. Enfin cet épithélium existe peut-être chez la femme, et c'est lui qui serait l'agent de la migration des ovules par la trompe du côté opposé à celui de l'ovaire dont elles proviennent, migration démontrée dans certains cas pathologiques et inexplicable par la théorie de Rouget.

— A l'appui de cette hypothèse, M. *Malassez* fait observer que certaines végétations de la surface des ovaires sont tapissées d'épithélium cylindrique, renfermant souvent des cellules à cils vibratiles et même caliciformes, et M. de Sinéty rappelle que l'épithélium utérin ne devient vibratile qu'à la puberté, ce qui semble établir un rapport étroit entre cette forme d'épithélium et les fonctions ovariennes.

— M. *Mégnin*. — Les mêmes tænias peuvent passer par différentes transformations et les scolex armés et inermes que l'on considère comme caractérisant des espèces différentes ne sont souvent que deux états successifs d'un même individu. Chez le *tænia infundibuliformis* du poulet, à une première époque, le scolex porte une couronne de cent quarante-huit crochets, et des crochets disposés autour de chaque ventouse; ces derniers tombent bientôt, puis le scolex se creuse à son extrémité d'un infundibulum, puis il tombe et l'animal reste acéphale.

Le tænia de l'oie présente le même évolution.

— M. *François-Franck*, en son nom et au nom de M. Galante, présente un manomètre inscripteur modifié dont les avantages sont les suivants : 1° La mobilité du tube en verre le long de l'échelle graduée assure la constance au zéro; 2° le fil à plomb, servant à guider le flotteur, mais dont les oscillations fréquentes font varier à tout instant l'application de la plume sur le cylindre enregistreur, a été remplacé par un cheveu tendu entre deux points fixes; 3° le flotteur formé d'une tige d'acier que termine un renflement biconique de caoutchouc durci ne frotte contre le tube que par la circonférence commune aux bases des deux cônes. Les frottements contre le tube sont ainsi réduits au minimum, et la solidarité est assurée entre les mouvements du mercure et ceux du flotteur; 4° le manomètre est mobile autour de son axe vertical; 5° le tube peut être changé, vidé, nettoyé; il suffit pour l'enlever de sa place de desserrer un bouton qui le maintient à sa partie supérieure.

— M. *Dumontpallier*. — J'ai continué la série d'études

que j'avais commencées sur la réfrigération des sujets sains ou malades, à l'aide de l'enveloppement dans une série de tubes où circule de l'eau froide. Le refroidissement de régions limitées telles que la tête, le rachis, l'abdomen, la région splénique n'a aucune action sur la température centrale mesurée dans le rectum. Mais la réfrigération simultanée du thorax et de l'abdomen produit le même abaissement de température que celle du corps entier; il est donc inutile de soumettre les membres à la réfrigération pour obtenir les effets thérapeutiques cherchés.

— M. *Hamy*. — Chez l'adulte, le nez occupe dans le sens vertical le quart de la hauteur de la tête. Lorsqu'on le mesure vers le trente-cinquième jour de la vie embryonnaire, époque où il vient de se constituer, on reconnaît qu'il n'occupe alors qu'un dixième de la même hauteur. Une progression très régulière, déterminée par une suite de mensurations, l'amène peu à peu à présenter les dimensions relatives que nous avons indiquées et qu'il atteint déjà à la naissance.

— M. *Pouchet*. — Certains bombyx marchent en files isolées, « la tête dans le derrière les unes des autres » suivant l'expression de Réaumur. Lorsqu'on enlève une chenille de la partie moyenne d'une de ces files, la procession est coupée en deux, et le segment antérieur s'arrête; c'est la dernière de ce segment qui s'arrête la première, elle s'allonge et reste immobile, celle qui la précède en fait autant et ainsi de suite jusqu'à la première qui s'arrête la dernière. Ainsi en station, elles ne se touchent pas; elles portent la tête à droite et à gauche. Quelques minutes après elles se remettent en marche, et c'est la dernière, qui, poussant par derrière celle qui est devant elle donne le signal du départ. Il n'est pas étonnant que les recherches faites jusqu'à présent sur le chef de file n'aient abouti à aucun résultat.

— M. *Bert* a fait des recherches sur les doses maniables de chloroforme. Il a repris les expériences que M. Baudelocque a tentées il y a quatre ans environ et a reconnu qu'un chien peut dormir indéfiniment lorsqu'il est soumis à l'inhalation d'un mélange comprenant 20 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air. A dose double, l'animal meurt très vite; il meurt en quinze minutes si la dose est augmentée de moitié. La *zone maniable* des doses de chloroforme est donc très restreinte, ce qui doit faire considérer cet agent plutôt comme un poison que comme un médicament.

— M. *Kunckel*. — Le système nerveux des diptères, tantôt se réduit à un seul ganglion, tantôt forme une chaîne de six ou sept ganglions. La concentration des ganglions à un nombre de plus en plus petit semble être en rapport avec une organisation de plus en plus élevée dans la série de ces insectes. On avait dit aussi que cette concentration s'opérait chez le même individu passant de l'état de larve à l'état adulte. M. Kunckel a souvent vu le contraire. En classant les diptères d'après leur système nerveux on peut les diviser en sept groupes.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 10 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Du permanganate de potasse comme antiseptique dans la fièvre typhoïde : M. Féréol. — Du carica papaya : M. Constant Paul. — Du charbon de Belloc dans la fièvre typhoïde : M. Grellety. — Des déformations scolaires de la colonne vertébrale : M. Dally. — Seringue pour injection hypodermique : M. Créquy. — De la valeur alimentaire des peptones : M. Catillon : M. Dujardin-Beaumetz.

Le *Président* adresse les félicitations de la Société à M. Constantin Paul, qui vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Féréol* signale le permanganate de potasse comme un excellent antiseptique, dans la fièvre typhoïde; on peut le donner en solution au millième, et même à dose moindre. — Administré en lavements, il donne de bons effets locaux; il paraît même avoir une influence salutaire sur la marche de la maladie.

— M. *Constantin Paul* fait part à la Société des expériences qu'il a entreprises sur le *carica papaya*. — Elles confirment pleinement celles qui ont été faites avant lui et prouvent une fois de plus l'excellence de ce produit. La digestion artificielle est bien plus complète qu'avec la pepsine ordinaire. — C'est une peptonisation parfaitement dialysable; il l'a constaté avec les réactifs appropriés. — Au point de vue de l'application clinique, il fera connaître plus tard les résultats qu'il aura obtenus.

M. *Dujardin-Baumetz* confirme ces déclarations et affirme une fois de plus l'action si manifeste de la papaïne sur la digestion artificielle.

M. *Grellety* revient sur les réserves qu'il a émises dans la dernière séance, à propos des doses de charbon ordonnées par M. Maurel pour combattre la désinfection des selles, dans la fièvre typhoïde. — Il s'est convaincu qu'il faut donner une grande quantité de charbon jour et nuit pour atteindre ce résultat. — S'il se produit de la constipation, on la combat par des laxatifs appropriés.

— M. *Dally* présente une brochure, dont il est l'auteur, et qui a pour titre : « Des déformations scolaires de la colonne vertébrale. » On sait que ces déformations consistent dans une déviation de la colonne vertébrale avec élévation de l'épaule qui est portée en avant du côté où le malade a l'habitude de s'appuyer : ces déviations sont plus communes qu'on ne le pense généralement; elles existent en effet plus ou moins prononcées chez tous les jeunes gens ou les jeunes filles qui dans les pensions ou même dans leur famille se livrent à des travaux d'écriture. Chez eux en effet le bras gauche s'appuyant sur la table, l'épaule du même côté est portée en avant et en haut; grâce à cette position la colonne vertébrale subit une espèce de torsion d'autant plus prononcée que le poids du tronc se concentre en partie sur la fesse gauche. Tout d'abord cette déviation disparaît pendant la marche ou pendant les autres exercices, puis elle devient permanente et peut arriver à une déformation chronique, très apparente, difficile à guérir même par un traitement méthodique. Ce n'est pas seulement la position vicieuse devant une table de travail qui détermine cette affection, M. Dally l'a observée aussi sur les violonistes : il suffit de se rendre compte de la position que prennent ces derniers, pour comprendre la déviation qui résulte de cette position prolongée.

— M. *Créquy* présente une seringue à injection sous-cutanée qu'il vient de faire fabriquer dans le but de remplacer les seringues de Pravaz. Cette seringue coûte moins cher que la seringue de Pravaz, elle permet de plus de faire des ponctions aspiratrices. Elle se compose d'une pomme en caoutchouc qui s'adapte à un tube gradué, sorte de réservoir qui contient un gramme de la solution. A ce tube est fixée l'aiguille. Par la simple pression de la pomme en caoutchouc, on fait pénétrer dans les tissus le liquide à injecter. Par contre, on peut par le procédé inverse, faire une ponction aspiratrice, si souvent utile pour éclairer le diagnostic.

M. *Constantin Paul* fait remarquer que le but de M. Créquy étant de remplacer les seringues de Pravaz par un instrument coûtant moins cher et permettant ainsi d'être utilisé par les malades eux-mêmes, il a dû arriver que des malades peu experts se soient injectés de l'air en même temps que le liquide. M. Créquy a-t-il observé des accidents déterminés par l'introduction de l'air?

M. *Créquy* répond n'avoir jamais observé aucun accident : il ne pense pas du reste que l'introduction de quelques bulles d'air sous la peau puisse amener une complication quelconque.

M. *Catillon* lit un mémoire sur *les peptones*. Il rappelle que dans un mémoire précédent sur les lavements alimentaires, il était arrivé à cette conclusion qu'il fallait, pour obtenir le résultat qu'on se proposait, c'est-à-dire la nutrition du malade, associer aux aliments des ferments digestifs, c'est-à-dire peptoniser ces aliments. En effet, le chien auquel il avait injecté simplement des œufs avait vécu plus longtemps que si on ne lui avait rien donné, mais il avait vécu péniblement, tandis que celui auquel il avait injecté des œufs mélangés de pepsine s'était maintenu dans le même état de vigueur et de santé que s'il avait été nourri normalement. M. Catillon étudie d'abord les divers peptones, c'est-à-dire les produits ultimes de la digestion pepsique des matières albuminoïdes, puis il détermine leur réaction chimique, et il arrive à leur mode de préparation. Les albuminoïdes peuvent être transformés en peptone par la pepsine, par la trypsine, par des ferments végétaux au nombre desquels on doit noter le *carica papaya* et par l'action combinée de la chaleur et des acides dans des conditions particulières. C'est à la pepsine que M. Catillon donne la préférence, non seulement à cause de son action plus réelle, mais aussi parce qu'elle est plus agréable au goût et à l'odorat que les peptones produits par la pancréatine.

M. Catillon cherche à déterminer quelle est la quantité de peptone qui correspond comme valeur nutritive à la quantité d'aliments azotés, nécessaires à l'alimentation normale. Le critérium dont il se sert, est l'urée ; on sait, en effet, que l'urée étant le résultat de la combustion des substances azotées dans l'organisme, sa proportion dans l'urine varie selon la quantité d'aliments azotés ingérés. On peut donc se rendre compte de l'action nutritive des peptones, en déterminant la quantité de peptone nécessaire pour produire la même proportion d'urée que la quantité de viande nécessaire à l'alimentation quotidienne régulière. De ses recherches, M. Catillon conclut que la dose moyenne des peptones, représentant l'alimentation azotée nécessaire à un adulte, est de huit cuillerées de solution saturée, pesait 160 grammes et correspondait à *trois fois son poids de viande*.

M. Catillon termine en examinant les divers modes d'administration du peptone. On peut prendre la solution pure, par cuillerée, mais le goût en étant désagréable, il est préférable de prendre une cuillerée de peptone dans un bol de bouillon dont la saveur est à peine modifiée. Si ce dernier mode n'est pas bien supporté, on peut faire usage d'un sirop plus agréable dont voici la formule : peptone de viande (solution saturée), 125 grammes ; sucre, 90 grammes ; vin d'écorces d'oranges amères au lunel, 35 grammes.

Ce sirop contient moitié de solution saturée de peptone, et correspond à une fois et demie son poids de viande. M. Catillon préfère le sirop au vin, parce que le sucre fournit jusqu'à un certain point, au mélange nutritif, l'aliment respiratoire.

Quant aux lavements, M. Catillon conseille de suivre l'indication donnée par M. Daremberg, c'est-à-dire de faire précéder le lavement nutritif d'un grand lavement destiné à nettoyer les intestins, puis d'un petit lavement laudanisé (3 ou 4 gouttes de laudanum de Sydenham) qu'on conserve afin de paralyser les contractions intestinales et prévenir les coliques, surtout si la solution n'est pas suffisamment alcaline. Voici la formule que conseille M. Catillon : peptone de viande (solution saturée), 60 grammes ou trois cuillerées ; eau, 250 grammes ; bicarbonate de soude, 30 centigrammes ; laudanum, 3 ou 4 gouttes : à répéter deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

M. *Dujardin-Beaumetz*, de son côté, a fait des recherches sur les lavements de peptone. Il rappelle tout d'abord qu'il a été un de ceux qui se sont élevés le plus vivement contre les lavements dits alimentaires, tels qu'on les emploie généralement ; c'est-à-dire, composés de sang défibriné, d'œufs, de viande, de bouillon et de lait ; ces lavements en effet, comme on l'a dit avec raison à plusieurs reprises, soulagent les malades, mais ils ne les nourrissent pas ; l'assimilation de ces substances ne peut se faire dans le gros intestin, sans qu'elles aient subi préalablement une transformation particulière ; or, il n'en est plus de même pour les lavements de peptone, car le gros intestin permet l'absorption de l'eau, des sels et des substances albuminoïdes peptonisées. Les lavements de peptone, en effet, alors qu'ils sont bien préparés, peuvent suffire dans certains cas à la nutrition. Les observations de Daremberg, de Catillon en fournissent la preuve. Désormais, lorsqu'on voudra, ou lorsqu'il sera nécessaire de se servir du rectum comme voie d'alimentation, dans les cas d'obstruction de l'œsophage par exemple, c'est aux lavements de peptone qu'on devra recourir.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

Des épidémies d'ictère, par M. FRÖHLICH.

Ce travail manque d'ordre et de clarté, et trahit l'inexpérience de l'auteur en matière d'épidémiologie. On y trouve citées pêle-mêle, sous le titre ci-dessus, les maladies les plus disparates : rémittente bilieuse des Antilles, fièvre ictérique de Gaillon, ictère banal de la fin de l'été. Toutefois il contient un historique complet des épidémies de ce genre observées en Allemagne, spécialement dans l'armée : quant aux faits français, les plus importants sont passés sous silence : épidémies de Lourcine (1865), de Saint-Cloud (1865), de Civita-Vecchia (1859). — On remarquera que l'on n'a pas jusqu'ici observé en Allemagne de ces ictères épidémiques dont la gravité justifiait le nom énergique de *fièvre jaune nostras* (Monneret) : ces accumulations de cas essentiellement bénins méritent à peine le nom d'épidémies. Les quatre petites épidémies rapportées par Fröhlich sont tout aussi insignifiantes au point de vue de la mortalité, mais présentent un certain intérêt au point de vue de l'étiologie.

La première, observée au printemps de 1875 à Neuf-Brisach, comprend 17 cas, et fut attribuée à une infection provenant du fossé qui entoure la ville. Il n'est pas dit quelle infection.

L'auteur paraît faire allusion au miasme palustre, mais ce serait une bien grande singularité : le miasme palustre au printemps, en Alsace !

La deuxième épidémie fut observée à Soultz, près de Mulhouse, en février-mars 1877 : elle comprend 16 cas seulement, et fut attribuée au refroidissement. Les cas paraissent avoir été tous consécutifs à un catarrhe des voies digestives.

Une autre petite épidémie, observée à la même époque à Constance, fut attribuée aux mêmes causes banales. Il est bien regrettable que l'attention des médecins n'ait pas été attirée du côté de l'alimentation comme dans la quatrième épidémie observée en Rastatt, en février-mars 1878. La maladie était localisée à une compagnie, et l'enquête faite à ce sujet aboutit à ce résultat très singulier mais très acceptable, « que le chef de cette compagnie, par une bienveillance mal entendue, bourrait ses soldats d'aliments non azotés, de lard et de légumes secs en abondance, et serait infailliblement arrivé à leur rendre le foie gras, si le foie et l'estomac ne s'étaient pas auparavant révoltés contre cette alimentation irrationnelle ». Dans une dernière série de cas, la cause fut attribuée « à une poutre pourrie qui soutenait le plancher de la chambrée où se trouvaient les soldats ». Voilà une étiologie

bien variée pour des petites épidémies qui sévissent toutes dans le même pays et à la même époque du printemps! La cause mise en lumière à Rastatt ne serait-elle pas la vraie? (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV, p. 394.)

Exanthème généralisé dû à l'ingestion de calomel, par Engelmann.

Un homme de quarante deux ans avait pris trois doses de calomel de 15 centigr. chacune dans une après-midi. Deux heures après se montraient, du côté de la peau du visage, de la sécheresse, de la tuméfaction et de la rougeur, phénomènes qui s'étendirent rapidement à toute la surface du corps. Le lendemain, le malade présentait l'aspect d'un érysipèle grave, le visage tuméfié, les paupières difficiles à ouvrir, la peau d'un rouge brillant, les conjonctives injectées, la langue blanche, tandis que toute la muqueuse buccale et pharyngienne présente une coloration d'un rouge intense. Cette rougeur extraordinaire de la peau s'étend à toute la surface cutanée, plus marquée aux endroits exposés à la lumière. Température dans l'aisselle 40 degrés; pouls 120. Le malade accuse de la faiblesse, de l'anorexie, une sensation de brûlure et de picotement de tout le corps.

Le médecin, très embarrassé devant ces étranges phénomènes fut mis par le malade lui-même sur la voie du diagnostic. Il devait y avoir du mercure dans cette poudre blanche, dit-il, et expliqua qu'il était extrêmement sensible à l'action du mercure. Deux fois déjà il avait éprouvé les mêmes symptômes: une fois après avoir pris quelques pilules de mercure, une seconde fois après avoir passé la soirée dans une société où l'on s'était amusé à brûler une quantité de « serpents de Pharaon ». L'affection guérit spontanément en huit jours, avec desquamation cutanée. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 43.)

Un cas de paracentèse du péricarde, par Hindenlang.

Résumé de l'observation : Péricardite aiguë chez un jeune homme de vingt ans, auparavant toujours bien portant. Épanchement considérable, ascite, tuméfaction du foie, accès de suffocation. Après deux mois et demi de médication inutile, ponction avec l'appareil de Dieulafoy (300 gram.), suivie d'une notable amélioration. Après six semaines, seconde ponction (850 cent. cubes), encore plus favorable dans ses résultats. Le malade quitte l'hôpital deux mois après pour rentrer dans sa famille où il meurt un peu plus tard des progrès de la maladie. Pas d'autopsie.

Comme on le voit, ce cas n'ajoute pas grand'chose à nos connaissances. L'auteur s'est donné la peine de réunir tous les faits connus de paracentèse du péricarde, et arrive à la conclusion que le succès a couronné l'opération dans une proportion de 32,3 pour 100 des cas, ce qui nous paraît fort exagéré. En tout cas, il formule ainsi la méthode opératoire: « Ponction avec le trocart (de Potain) dans le 4e 5e ou 6e espace intercostal, suivant l'étendue et la forme de la matité, à *trois centimètres en dehors* du bord gauche du sternum. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV, p. 452.)

Une épidémie d'oreillons, par Luhe.

Observée dans la maison de cadets de Plön (Holstein).

Sur 131 élèves, 13 seulement restèrent indemnes et plusieurs eurent des rechutes. L'isolement des premiers cas n'empêcha pas l'extension de la maladie, ce qui tient, suivant l'auteur, à la longue durée de l'incubation (17-18 jours au moins). Aucun cas ne fut observé en dehors de l'établissement, malgré des relations incessantes.

Les auteurs allemands modernes considèrent la parotidite épidémique comme une affection contagieuse, tandis que Cohnheim la range dans la classe des miasmatico-contagieuses, en ce sens qu'il faut, pour le développement ultérieur d'un germe transmis d'un individu à l'autre, quelque chose d'indéterminé tenant probablement à la *localité*. C'est la théorie de Pettenkoffer pour le choléra, adaptée aux oreillons. Or les recherches les plus soigneuses de Lühe sur les particularités du lieu ne lui firent rien découvrir de spécial, ni dans le niveau de la nappe d'eau souterraine, ni dans l'eau potable, ni dans les circonstances météoriques.

Il est remarquable que sur 123 cas observés, *une seule fois* se produisit la métastase du côté du testicule. L'auteur a oublié de nous donner l'âge des cadets : il est probable qu'il s'agit d'enfants de dix à quinze ans. Cette immunité vis-à-vis de l'orchite oreillarde (si commune dans notre armée) plaiderait en faveur de la théorie généralement acceptée en France. (*Bol. klin. Woch.*, 1879, n° 40.)

BIBLIOGRAPHIE

Syphilis et mariage. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8. — Paris, 1879. G. Masson.

De toutes les questions qui peuvent engager la responsabilité morale du médecin, tourmenter sa conscience et troubler sa règle de conduite, il n'en est pas de plus grave que celle dont M. A. Fournier a fait le sujet de ses leçons à l'hôpital Saint-Louis. Dans la pratique ordinaire, de quoi s'agit-il? De mettre son savoir et son dévouement au service d'un malade, de tenir suspendu à l'issue du traitement le bonheur et parfois la vie matérielle de toute une famille. Chose assez lourde déjà! Mais combien le poids augmente quand il faut se prononcer sur un projet de mariage où se pose la terrible chance de l'empoisonnement syphilitique! Il n'en va plus seulement ici de la santé d'un individu, mais de celle de deux êtres, et des enfants qui en naîtront, et des enfants de ces enfants; il n'en va plus seulement de l'atteinte portée au corps, mais de celle que l'opinion, quoi qu'on fasse, inflige à l'honneur des familles. Si l'on ajoute que, à beaucoup d'égards, les éléments du jugement à prononcer sont encore incertains, controversés, on comprendra toute la délicatesse de la tâche imposée au médecin, et l'on saura d'autant plus de gré à M. A. Fournier d'avoir entrepris de la lui faciliter par les conseils de sa grande expérience et de son excellent esprit.

Dans la revue qu'il passe des dangers que les antécédents syphilitiques d'un des conjoints font courir à l'autre et à leurs enfants se présentent deux difficultés, deux sujets de contestation :

Première difficulté. On ne sait que trop combien est fréquente la transmission de la syphilis du mari à la femme dans les premiers temps du mariage. Sur un total de 572 femmes infectées qui se sont présentées à M. Fournier dans la pratique de la ville, 81 se trouvaient dans ce cas. D'ordinaire on peut constater chez le mari le corps du délit: par exemple, quelque érosion jugée insignifiante. Mais en est-il toujours de même? En d'autres termes, une femme peut-elle prendre la syphilis d'un mari ayant des antécédents syphilitiques, mais présentement exempt de lésions contagieuses? Si le fait est vrai, il est étrange. Du côté de la femme, pas de traces de chancre, ni de bubon, soit actuel, soit récent; aucun antécédent suspect. Du côté de l'homme, nous le répétons, aucune lésion susceptible de se transmettre. Et ainsi la femme que voilà affectée de syphilides cutanées, de plaques muqueuses de la bouche, d'adénopathie cervicale, de névralgies, d'accès fébriles intermittents, d'alopécie, etc., a contracté la syphilis secondaire sans avoir passé par la syphilis primitive, et sans contact apparent avec un

produit de la syphilis secondaire elle-même. Aussi nombre de syphiliographes nient-ils ce mode de contamination de la femme. Ou l'époux, disent-ils, a dissimulé, peut-être ignoré, des accidents locaux à lui survenus depuis le mariage; ou l'épouse avait également à sa charge des antécédents syphilitiques. M. Fournier est, sur ce point, d'un avis qu'il nous est difficile de ne point partager. D'abord, nous répugnons à des suppositions qui, n'ayant de valeur qu'autant qu'elles s'appliquent à tous les faits en litige, deviennent, par cela même, assez souvent malséantes. Quand une jeune fille n'a pas quitté l'aile maternelle, qu'elle est pure aux yeux de tous, qu'elle n'a jamais présenté d'ailleurs aucun symptôme attribuable de près ou de loin à la syphilis, et que tout à coup, après quelques mois de cohabitation avec un individu ostensiblement syphilitique, elle est infectée à son tour, en vérité on fait un usage un peu hardi et assez étrange du droit scientifique en la chargeant elle-même de la responsabilité de son malheur, et en recourant à une suspicion d'immoralité pour sauver... quoi? une théorie. C'est par des expédients de ce genre, on ne doit pas l'oublier, qu'on a si longtemps fait échec à la doctrine, si généralement acceptée aujourd'hui, de la contagiosité des accidents secondaires. D'un autre côté, M. Fournier établit que l'existence d'une grossesse est la condition invariable de ces manifestations syphilitiques chez la nouvelle mariée, et que, invariablement aussi, ou l'enfant meurt dans le sein de la mère, ce qui est un des effets ordinaires de la syphilis, ou il vient au monde syphilitique. Dans cet enchaînement de faits, le point saillant, significatif, qui éclaire tout le reste, c'est la nécessité de la grossesse. Si la nouvelle mariée ne présente d'accidents syphilitiques qu'après être devenue enceinte, c'est donc que le mal ne venait pas d'elle, puisque la manifestation de la syphilis constitutionnelle, ni chez l'homme ni chez la femme, n'est pas ainsi subordonnée aux incidents de la santé générale. La nouvelle mariée n'est devenue syphilitique qu'après l'approche du mari, voilà un fait certain, mais ce n'est pas le principal. Si l'approche du mari avait suffi pour opérer la contamination, celle-ci se fût produite aussi bien sans fécondation qu'avec fécondation, avant la grossesse que pendant la grossesse. Il a fallu, pour que le mal fût transmis, que la femme conçût, et, pour qu'il se manifestât chez elle, que la conception datât d, quelque temps, comme quinze jours, un mois ou plus. Donc, en fin de compte, quand une nouvelle mariée, pure d'antécédents syphilitiques, qui cohabite avec un individu infecté mais actuellement exempt de lésions contagieuses, vient à présenter elle-même des symptômes de syphilis, elle porte dans son sein un être nouveau qui, lorsqu'il viendra au jour, présentera des caractères indéniables de syphilis constitutionnelle. Tant que cet être ne s'est pas implanté en elle, elle a pu accomplir impunément pendant des mois, des années, l'acte du mariage. Une fois, un ovule est fécondé, et aussitôt commence l'infection : c'est donc lui, c'est l'enfant qui contamine la mère; et, dès lors, il faut bien admettre que le père syphilitique a la triste faculté de procréer directement des enfants tels que lui, au lieu de leur transmettre le germe par le détour de la mère et par les moyens ordinaires de contamination. Ainsi s'explique l'infection de la femme, sans accident initial de son côté, sans point de départ déterminé du côté de son mari. Ainsi, du moins, se comprend la filiation des phénomènes; car, dire qu'on tient l'*explication* réelle, c'est aller trop vite. Le sperme d'un sujet syphilitique ne possède pas de propriétés contagieuses : inoculé à un sujet sain, il n'a jamais amené d'accidents. Et cependant ce sperme, c'est l'agent de la fécondation de l'ovule qui deviendra le fœtus syphilitique. Il y a là un mystère tout aussi profond que celui de la transmission héréditaire du tempérament, des difformités ou des aptitudes morbides.

Seconde difficulté, qui se lie à la première. On vient de voir un enfant syphilitique naître des rapports d'une femme avec un mari notoirement infecté, et l'enchaînement des phénomènes conduire à cette conclusion, que le mari infecte l'enfant, et l'enfant la mère. Mais, d'un autre côté, on rencontre tous les jours des pères à antécédents syphilitiques qui donnent la vie à des enfants sains et demeurés tels indéfiniment; et il en est même chez lesquels la persistance du mal, la confirmation de la syphilis constitutionnelle s'accuse par les phénomènes les plus caractéristiques, postérieurement à cette procréation d'enfants indemnes. Bien plus, on voit naître des enfants sains d'un rapprochement opéré en pleine évolution d'accidents secondaires chez le mari. Si bien que nombre de syphiliographes aujourd'hui considèrent comme un fait excessivement rare, si non comme chimérique, l'hérédité paternelle de la syphilis. Là est l'excès. On ne saurait trop le redire, nulle part plus qu'en cette matière si délicate et si obscure il n'est nécessaire de se garder du parti pris, des opinions absolues et du goût pour cette chose si séduisante, et qui serait en vérité bien commode, qu'on appelle des lois. Or, si l'on peut affirmer que bien des enfants sains naissent de pères syphilitiques, si l'on peut aller même jusqu'à croire que c'est la règle, il ne manque pas de cas non plus dans lesquels les enfants d'un père syphilitique viennent au monde syphilitiques, la mère restant, avant, pendant et après, absolument indemne de toute contamination. Voilà les faits tels que l'observation les fournit; faits discordants, soit, mais qui tous également doivent être présents à l'esprit du praticien devenu le conseil des familles.

Et encore ce ne sont pas là tous les faits! En lisant les pages animées où M. Fournier expose ceux qui viennent d'être rappelés, nous nous disions que c'était peut-être se faire trop savant que de prétendre classer les enfants nés de parents infectés en deux catégories rigoureusement distinctes : celle des enfants syphilitiques et celle des enfants indemnes. L'acte de la génération renferme bien d'autres mystères, depuis les changements totaux de forme et de composition organique dont les espèces inférieures offrent de si curieux exemples, jusqu'à ces maladies qui, chez l'homme même, changent d'aspect et se différencient, si on peut le dire, en passant par la filière de l'hérédité. Que de nouveau-nés qui ne sont pas marqués des signes spécifiques de la syphilis et qui n'en portent pas moins dans l'intimité de leur organisme le trait empoisonné qui décidera de toute leur santé future. Cette pensée, M. Fournier ne pouvait manquer de s'y arrêter, et nous la trouvons, en effet, dans son livre, longuement développée, avec une abondance de détails que rend attrayants la grande clarté de la méthode. C'est ici, ce nous semble, et non plus haut (p. 37), qu'il aurait dû placer ses remarques sur les inductions à tirer, au profit de la syphilis héréditaire, des lois générales de l'hérédité. Présentées à propos de l'hérédité de la syphilis proprement dite, elles pouvaient paraître forcées, parce que l'analogie n'est pas directe et étroite entre une affection virulente à caractères fixes et des ressemblances plus ou moins vagues de visage, de conformation, de dispositions physiologiques ou pathologiques. Mises en présence de la syphilis transformée, elles reprennent toute leur valeur. Il faut lire ce chapitre. On y aura le spectacle aussi complet que navrant des méfaits indirects, souvent méconnus, commis par la syphilis contre la communauté sociale : la mort *in utero* et les avortements multipliés, la débilité native, la mort subite du nouveau-né, les accidents convulsifs, la méningite, l'idiotisme, l'hydrocéphalie, le lymphatisme et la scrofule, les difformités, etc., etc.

Voilà des effets éloignés de la syphilis dont il faudrait tenir compte quand on veut mesurer l'influence exercée, même par le père seul, sur la progéniture commune; et l'on se verrait certainement forcé de faire à cette influence une part plus large que celle qui lui est communément attribuée.

C'est bien pis quand c'est la mère qui est syphilitique! D'abord il est d'observation que presque toujours alors les enfants naissent infectés. Rien de plus concevable : ils apportent au monde ce qu'ils ont reçu avec le sang dans ce milieu

impur. Et c'est surtout dans ce cas d'hérédité maternelle que le fœtus périt dans l'utérus même. En quelles proportions? Suivant les statistiques de l'auteur, plus de 2 fois sur 3 dans la pratique privée; 6 fois sur 7 dans la pratique hospitalière. En outre, il va de soi que ceux qui échappent aux manifestations directes et spécifiques de la syphilis tombent, le plus souvent, dans cette catégorie d'enfants viciés, chétifs, mal conformés, maladifs dont nous parlions tout à l'heure.

Enfin la puissance d'hérédité morbide atteint un degré d'intensité de plus quand les conjoints sont syphilitiques tous deux, soit chacun pour son compte propre, soit par transmission de l'un à l'autre. Cette influence d'une double diathèse sur la progéniture est *désastreuse;* c'est le mot de M. Fournier; et elle contribue, dans une mesure notable, à la dépopulation du pays et à la dégradation de l'espèce.

Nous passons sur quelques considérations relatives aux atteintes que le mariage d'individus syphilitiques peut porter aux intérêts de la communauté, pour venir aux conclusions morales et sociales à tirer des faits qui viennent d'être rappelés. En d'autres termes, quelles doivent être les *conditions d'admissibilité au mariage?* L'auteur en compte cinq principales : 1° *absence d'accidents spécifiques actuels; 2° âge avancé de la diathèse; 3° certaine période d'immunité absolue, consécutivement aux dernières manifestations spécifiques; 4° caractère non menaçant de la maladie; 5° traitement spécifique suffisant.*

La première recommandation peut paraître superflue. Se marier en plein cours d'accidents spécifiques, qui l'oserait? Eh bien, il y a des gens qui l'osent : les uns par cynisme; d'autres par intérêt et dans la crainte de laisser échapper une proie dorée; puis, à côté des audacieux, il y a les faibles, les lâches, qui, une fois embarqués, se laissent dériver jusqu'à la mairie de peur de scandale. M. Fournier a très bien saisi et dépeint cette infirmité de caractère qui conduit parfois à un véritable crime des gens foncièrement honnêtes. Enfin il y a ceux qui, connaissant le caractère non contagieux des lésions dont ils sont atteints, et se sentant garantis pour le moment contre un malheur immédiat, se précipitent vers le mariage en se promettant de donner plus tard à la diathèse permanente tous les soins qu'elle pourra exiger. En tout cas, le rôle du médecin est ici nettement tracé et n'a même pas besoin d'être indiqué. Mais il n'en est pas tout à fait de même en ce qui concerne les autres « conditions d'admissibilité », qui ne sont pas susceptibles d'une précision parfaite. Ainsi la contagion syphilitique dans le mariage est d'autant moins à craindre pour la femme, et la chance de syphilis héréditaire pour les enfants, que la syphilis du mari est plus récente; voilà la donnée fondamentale de la solution à intervenir; mais combien de temps durera la quarantaine? Un temps variable évidemment, suivant que les poussées secondaires auront été plus actives, plus fréquentes, et que la date de la dernière sera plus éloignée. En moyenne pourtant, et à ne considérer que cette donnée, on peut admettre avec M. Fournier un laps de trois ou quatre ans à partir de l'accident initial; encore est-il nécessaire qu'une autre condition, la cinquième, ait été, dans l'intervalle, scrupuleusement remplie, à savoir que le sujet se soit soumis à un traitement spécifique rigoureux. Ainsi encore, cette période d'immunité dont nous venons de parler, et qui constitue la troisième condition, c'est-à-dire le temps écoulé depuis la dernière manifestation spécifique, quelle en devra être la durée? De dix-huit mois à deux ans, suivant l'auteur; mais c'est un *minimum.* Il ne faut pas perdre de vue que le danger diminue d'autant plus que la période d'immunité est plus longue, et que dès lors il importe toujours, en pareille circonstance, de gagner le plus de temps possible. Reste enfin la condition du « caractère non menaçant de la syphilis »; c'est une des plus importantes, mais aussi une des plus difficiles à apprécier, parce qu'elle repose exclusivement sur l'expérience clinique. Là se place la question des syphilis bénignes, dont l'auteur a fait particulièrement l'histoire; de ces syphilis à début bénin, dont les suites sont parfois, après un grand nombre d'années, d'une malignité extrême; là aussi ces syphilis à caractère spécial, ces « mauvaises syphilis », dont les unes repullulent sans cesse, les autres déterminent des altérations profondes de la peau, des os, des muscles, de certains viscères, portent atteinte aux forces nutritives, conduisent rapidement à la cachexie, ou se localisent dans des organes importants, comme le cerveau ou la moelle. Ici point de règles possibles, tout est remis au tact, au savoir pratique, à la prudence du médecin, qui, avant tout, doit se tenir en garde contre les obsessions des intéressés, souvent désireux de tirer de lui une décision favorable, dont ils se couvriront plus tard, en cas de besoin, devant les familles.

Nous sommes loin d'avoir analysé en son entier le nouvel ouvrage de M. Fournier. Non seulement nous venons de glisser sur le chapitre relatif au traitement, mais nous passons toute la partie qui a pour titre : Après le mariage, et qui concerne, d'une part, les dangers résultant de l'union; d'autre part, la tâche dévolue au médecin en vue de conjurer ou d'atténuer ces dangers. Cette seconde partie n'est pas moins importante assurément que la première; mais, ne disposant que d'un espace restreint, nous avons préféré le consacrer tout entier à celle qui regarde plus spécialement le point de vue déontologique, et qui, à ce titre, offre peut-être au lecteur un enseignement plus attrayant et plus nouveau. On connaît toute la compétence de M. Fournier en cette matière, et nous avons eu déjà l'occasion de faire ressortir ses aptitudes littéraires. Pour le fond comme pour la forme, le livre que nous annonçons est digne des autres publications de l'auteur. Il a surtout le grand mérite de toucher avec autant de délicatesse que de fermeté à une plaie sociale dont la profondeur vient surtout de la légèreté avec laquelle on la traite trop souvent. Espérons que, ne pouvant la guérir, il contribuera du moins à l'atténuer.

A. Dechambre.

Index bibliographique.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par M. P. Garnier. xve année, 1879. Paris, Germer Baillière.

Cette utile publication poursuit sa marche avec un résultat constant et un choix toujours éclairé des innombrables travaux qui se sont accumulés dans le cours de l'année. Comme l'indique le titre, on y trouve également ce qui peut intéresser le médecin au point de vue des institutions médicales.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

Les sciences médicales en Russie. — Facultés de médecine. — Sociétés savantes. — Les services sanitaires en Allemagne. — Inspection du travail des enfants dans les manufactures. — La collection anthropologique du docteur Davis. — Nécrologie : le docteur Lockhart Clarke.

Au moment où l'attention est vivement dirigée sur la Russie, et notamment sur ses universités que quelques esprits malintentionnés accusent de fomenter des troubles politiques, il n'est pas sans intérêt de dire quelques mots des Facultés russes et de l'état actuel de la science médicale de ce pays.

Le gouvernement russe entretient un grand nombre de Facultés de médecine dont l'organisation ferait envie à beaucoup d'autres établissements européens. Les plus importantes sont situées sur le territoire même de la Russie, à Saint-Pétersbourg, à Moscou, à Kieff, à Kasan et à Karkoff. Mais, indépendamment de ces établissements, la Russie possède, en outre, trois autres Facultés

dans les territoires voisins; c'est ainsi qu'elle entretient une Faculté polonaise à Varsovie, une Faculté allemande à Dorpat et une Faculté finlandaise à Elsingfors.

Les journaux médicaux publiés en Russie et en Pologne sont nombreux et importants; mais ils sont peu répandus chez nous où la langue slave est généralement ignorée. Parmi les plus importants de ces recueils, nous citerons : le *Journal d'anatomie normale et pathologique de Saint-Pétersbourg*, le *Messager médical de Saint-Pétersbourg*, le *Journal de médecine militaire*, le *Recueil des mémoires et observations de médecine légale*, également publiés à Saint-Pétersbourg; la *Revue médicale de Moscou*, les *Annales de la Société de chirurgie de Moscou*, la *Revue médicale de Cracovie*, la *Gazette médicale de Varsovie*; enfin, les Sociétés médicales de Saint-Pétersbourg, de Kieff, de Karkoff, de Varsovie, du Caucase, etc., publient des journaux mensuels ou trimestriels contenant les comptes rendus de leurs séances.

L'empire russe possède également un nombre considérable de Sociétés de médecine. On en compte 34 en Russie; il y en a 4 polonaises, 3 allemandes et 1 finlandaise.

Il se publie, en outre, à Saint-Pétersbourg, un journal affecté à l'étude des sciences naturelles et publié en langue française.

On voit, par ce court exposé, que la Russie est loin d'être la dernière nation de l'Europe au point de vue scientifique, et que les sciences médicales y sont cultivées avec le plus grand soin.

— L'Allemagne organise depuis quelques années différents services sanitaires analogues à ceux qui fonctionnent en Angleterre et en France; quelques-uns de ces services méritent d'appeler notre attention en raison de leurs dispositions spéciales. C'est ainsi qu'en Prusse, il a été créé depuis quelques années un corps d'inspecteurs chargés de surveiller le travail des enfants dans les manufactures et les usines, de veiller à la santé et au bien-être des ouvriers, et de faire observer les règlements sur la matière. Ces inspecteurs, qui portent le titre de conseillers pour les métiers (*Gewerberäthe*), ont à rendre compte de leurs opérations, qui consistent en des tournées de révision, afin d'examiner si les prescriptions concernant les femmes et les travailleurs non adultes, ainsi que celles qui ont trait à l'hygiène des ateliers sont bien exécutées par les patrons. Ces rapports annuels, adressés au ministère du commerce, y sont recueillis, remaniés et livrés à l'impression. Le second volume de ces rapports vient de paraître sous le titre: *Comptes rendus annuels des inspecteurs de fabriques pour l'année* 1878, *publiés par ordre du ministère du commerce et de l'industrie*.

L'inspecteur de la circonscription de Berlin y constate la diminution du nombre des travailleurs non adultes; il se demande si les désagréments qui résultent pour les patrons des prescriptions légales restreignant l'emploi des enfants comme ouvriers, n'en sont pas la cause. D'autres inspecteurs constatent le même fait, qu'ils attribuent en partie au contrôle rigoureux qu'on exerce actuellement. L'un de ces rapports signale de nombreuses contraventions à la loi; ainsi, en Poméranie, dans treize briqueteries, on a trouvé vingt-huit enfants au-dessous de douze ans, employés dans les travaux. Dans les fabriques de blanc de céruse, on signale le fait suivant : on a remarqué qu'en beaucoup de districts, les opérations les plus dangereuses de cette industrie sont confiées à des ouvriers de passage, des compagnons sans ouvrage pour le moment; puis ces opérations accomplies, on les renvoie, en sorte que les ouvriers atteints de coliques de plomb ne tombent pas à la charge des caisses de secours pour maladies, établies dans ces fabriques. On voit combien les tournées sont nécessaires afin de remédier aux abus dès qu'ils se présentent. Quelques inspecteurs ont trouvé des enfants employés à des travaux nuisibles pour la santé, dans des fabriques de phosphore, d'allumettes, de cigares, de papier, etc. En deux fabriques d'allumettes phosphoriques, il n'y avait pas moins de vingt et un enfants.

D'après une ordonnance ministérielle de 1878, ces inspecteurs doivent être sur-le-champ informés des accidents, s'il s'en produit dans les établissements industriels de leur ressort. C'est à la police qu'incombe ce devoir. Si cette prescription était suivie, on éviterait bien des malheurs. Ainsi, l'un des rapporteurs fait observer qu'il a toujours trouvé les fabricants prêts à prendre les mesures de sûreté nécessaires dès que l'inspecteur leur signalait les accidents qui s'étaient produits ailleurs. Il n'en est pas, il est vrai, de même partout. Certains fabricants se refusent à faire des changements après un accident, précisément parce que les ouvriers verraient par là qu'on n'avait pas pris auparavant toutes les précautions nécessaires. En Westphalie, le nombre des accidents causés par le contact des machines en mouvement a été si considérable, que l'inspecteur réclame un règlement spécial pour l'isolement des machines et la protection des ouvriers.

En général, presque tous ces rapports s'accordent sur un point : c'est que la ventilation des ateliers est défectueuse. Ils insistent, en outre, pour que des règlements de police prescrivent l'éclairage des cours, escaliers et autres dépendances des fabriques. Dans l'obscurité, les ouvriers peuvent être saisis par les machines, tomber dans des trappes, etc. La *Gazette d'Augsbourg* se félicite de ce que tous ces faits et d'autres semblables soient ainsi portés à la connaissance des autorités et du public. C'est là l'un des avantages les plus visibles du service des inspecteurs, dont l'institution ne peut que gagner en importance s'ils dévoilent ainsi les abus qui se passent dans l'intérieur des usines.

— Faisons connaître une nouvelle qui sera agréable à ceux de nos lecteurs qui s'occupent d'anthropologie. Depuis plus de quarante ans, le docteur Barnard Davis, médecin résidant à Shelton, dans le comté de Strafford, s'est occupé de réunir une vaste collection de crânes et de squelettes, présentant toutes les variétés de l'espèce humaine et trouvées dans toutes les parties du monde connu. Il a fouillé les tombeaux des habitants de la Grande-Bretagne, en a exhumé les ossements et les os conservés avec soin; il a acheté ou reçu en don, des voyageurs et des collectionneurs, des spécimens de tous les pays, depuis le Groënland jusqu'à la Patagonie; dans le nouveau monde, depuis la Sibérie jusqu'à la Tasmanie; dans l'ancien, des différentes îles du Pacifique, il a obtenu des restes humains avant que les races aborigènes fussent détruites ou modifiées par la nouvelle manière de vivre que la colonisation anglaise a introduite.

Par suite de la résidence du docteur Davis dans une ville écartée, sa collection n'a été visitée que par peu de personnes; mais elle était connue au loin par l'excellent catalogue que son propriétaire en a publié, et dans lequel sont détaillées les mesures prises sur plus de 3000 spécimens.

Le docteur Davis étant aujourd'hui avancé en âge, les amis de l'anthropologie avaient quelques inquiétudes sur l'avenir de cette précieuse collection; les progrès de la science ont, en effet, grand intérêt à ce qu'elle soit conservée intacte et mise à la portée de tous ceux qui se livrent à l'étude de l'anthropologie. On a pensé naturellement qu'il était désirable de ne pas la laisser sortir d'Angleterre, puisque les spécimens qu'elle contient appartiennent presque entièrement à l'ethnologie des îles Britanniques, des colonies de l'Angleterre et de ses possessions, et qu'elle a été presque entièrement réunie par des voyageurs et des explorateurs anglais.

Or, nous sommes en mesure d'annoncer à nos lecteurs que la collection du docteur Davis est non seulement à l'abri de toute crainte de destruction ou de dispersion, mais encore qu'elle sera à la disposition des anthropologistes dans un musée public. Par suite d'un arrangement spécial, le Collège des chirurgiens de Londres s'est assuré la propriété de toutes ces richesses, et dans quelques mois, la collection Davis viendra s'ajouter aux nombreuses richesses du musée de *Lincoln inn's field*, à côté de la célèbre collection anatomique de Hunter.

— Nous avons le regret, en terminant cette chronique, d'annoncer la mort de Lockhart Clarke, un des physiologistes les plus distingués de l'Angleterre.

Ce savant éminent vient de s'éteindre à l'âge de soixante-quatre ans. Il s'était fait connaître par de nombreux travaux sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, et on peut dire qu'il a fait faire un pas immense à nos connaissances actuelles. Il laisse, du reste, d'excellents élèves, parmi lesquels il nous suffira de citer le docteur David Ferrier, dont les travaux sur les localisations cérébrales ont eu récemment tant de retentissement.

A. L.

FACULTÉ DE MÉDECINE : PROJET DE CRÉATION D'UNE CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRATIQUE.

Il y a quelques mois, le ministre de l'instruction publique visitait, pour les mieux connaître, tous les établissements ressortissant à son administration. Un jour il se présente à l'Hôtel-Dieu; il examine avec le plus vif intérêt le nouveau laboratoire d'anatomie pathologique institué près la chaire de clinique médicale; il se fait expliquer par quel mécanisme il

sera désormais possible de faire pratiquer devant un nombreux public les autopsies jugées nécessaires, de préparer et de conserver les pièces anatomiques intéressantes, d'analyser les liquides morbides, etc., etc. Il consulte les notes qui lui ont été remises et qui établissent ce qui a été dépensé pour l'édification et l'aménagement de ce laboratoire. Puis il pénètre dans la salle, où il s'attendait à trouver de nombreux élèves attentifs à la parole d'un maître éclairé et travaillant sous sa direction. Sa surprise est extrême en ne rencontrant dans cette salle que le chef du laboratoire; son étonnement redouble quand on lui dit qu'aucun élève n'a jamais été appelé à travailler sous sa direction, et que, depuis qu'il a été institué, le laboratoire d'anatomie pathologique de l'Hôtel-Dieu n'a été ni une école d'instruction pratique, ni un lieu d'enseignement public. Une longue et intéressante conversation avec le chef du laboratoire apprend au ministre et au directeur de l'enseignement supérieur ce qui se fait en Allemagne, et comment on a organisé, dans certaines universités, un enseignement pratique d'anatomie pathologique. Et le ministre s'éloigne, remerciant vivement son savant et spirituel interlocuteur enclin à donner sa démission par horreur de l'oisiveté, et annonce l'intention de remédier au vice d'une organisation qu'il juge comme lui défectueuse. De ce jour le projet de création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique était arrêté dans l'esprit de M. J. Ferry. Le projet de budget pour 1881 en explique, dans les termes suivants, l'urgence et l'utilité :

Facultés de médecine. — Création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique à la Faculté de médecine de Paris. — L'enseignement de l'anatomie pathologique à la Faculté de Paris est avant tout théorique. La pratique journalière des autopsies et les démonstrations qui s'y rapportent ne sont l'objet d'aucun cours régulier. Cependant rien ne serait plus utile aux élèves que d'apprendre *de visu* l'anatomie pathologique, qui est la base scientifique de l'enseignement médical. Dans toutes les Facultés de l'étranger, dans plusieurs Facultés de France, le professeur d'anatomie pathologique fait journellement lui-même les autopsies devant les élèves. Nous avons pensé que dans la Faculté de Paris, fréquentée par un si grand nombre d'étudiants, il était nécessaire de dédoubler cette chaire fondamentale, et de créer un enseignement qui comprenne la pratique des autopsies, des leçons de démonstrations sur les pièces d'autopsie, et la direction d'un laboratoire de recherches et d'instruction. Cet enseignement, qui ne peut être fructueux que dans un grand hôpital, sera institué à l'Hôtel-Dieu, dont le laboratoire ne laisse rien à désirer.

Nous ne ferons à ce sujet que quelques courtes réflexions. En visitant le laboratoire de l'Hôtel-Dieu et en constatant que les services qu'il avait rendus jusqu'à ce jour n'étaient pas en proportion des dépenses qu'il avait nécessitées, M. le ministre de l'instruction publique accomplissait un devoir, et il lui appartenait de rechercher comment il serait possible de remédier aux inconvénients d'une organisation imparfaite. Mais en proposant aux Chambres la création d'une chaire nouvelle, sans avoir au préalable consulté la Faculté de médecine, il s'exposait à voir ses intentions méconnues et son projet contesté. C'est là en effet ce qui arrive. Nous apprenons que la Faculté, réunie par son doyen, vient de nommer une commission composée de MM. Hardy, Le Fort, Lasègue, Verneuil et G. Sée rapporteur, chargée d'étudier cette question, et, nous le croyons, de protester contre la création de la nouvelle chaire. Les arguments que pourra faire valoir la commission, sont d'ailleurs assez nombreux, assez pertinents. La situation n'est point la même, en effet, à Paris et dans les universités allemandes. Dans celles-ci le nombre des autopsies est très restreint. Pour pouvoir se livrer à l'étude de l'anatomie pathologique, le professeur reste donc tributaire de tous ses collègues, et ceux-ci s'empressent de lui abandonner le soin de faire leurs autopsies et de conserver pour les étudier avec les élèves les pièces anatomiques qu'elles fournissent. L'enseignement clinique et l'enseignement de l'anatomie pathologique se font dans des locaux très voisins Les élèves sont peu nombreux et les maîtres s'entendent aisément pour que l'enseignement de l'un vienne achever et compléter celui de l'autre. Quel serait au contraire, à Paris, le rôle d'un professeur d'anatomie pathologique pratique installé à l'Hôtel-Dieu ? Serait-il chargé de faire les autopsies de tous les malades morts dans cet hôpital ? Que deviendrait dès lors l'enseignement pratique des médecins et surtout du professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu? Si le professeur d'anotomie pathologique pratique n'était chargé que de faire les autopsies des malades morts dans le service de clinique médicale, ses fonctions seraient-elles bien différentes de celles d'un directeur d'autopsies ou d'un chef de laboratoire subordonné au professeur de clinique et complétant son enseignement? Pourquoi dès lors changer un système qui peut être amélioré sans être radicalement transformé? Dans tous les cas, et à supposer, ce qui est à examiner, qu'il puisse y avoir avantage à instituer un enseignement pratique d'anatomie pathologique à côté de l'enseignement théorique, ce serait dans l'enceinte même de la Faculté qu'il importerait de placer et le cours et le laboratoire. Mais dans l'état actuel des choses le Collège de France, l'École des hautes études et la Faculté de médecine ont des laboratoires où tous les élèves désireux de s'instruire peuvent se mettre au courant des études histologiques. Dans tous les hôpitaux, on voit des médecins laborieux initier leurs élèves à la pratique des autopsies et compléter leur enseignement clinique par des démonstrations anatomiques. Dans les hôpitaux où existent des chaires de clinique, des chefs de laboratoire spéciaux ont pour mission exclusive d'exécuter sous la direction du professeur de clinique toutes les opérations que nécessite une autopsie. Tout esprit impartial reconnaîtra donc que l'enseignement théorique de l'anatomie pathologique, qui se fait avec tant d'autorité et tant d'éclat par l'un des maîtres les plus éminents de la Faculté, est complété chaque jour par l'enseignement pratique, libéralement donné non seulement à la Faculté, mais encore au Collège de France. Tout en reconnaissant donc que l'on trouverait plusieurs agrégés parfaitement dignes d'occuper la chaire nouvelle et d'y rendre des services, nous croyons cependant que l'on pourrait se contenter pour le moment de réglementer, de manière à le rendre plus profitable, l'enseignement de l'anatomie pathologique pratique dans le laboratoire institué près la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Avis aux internes des hôpitaux de Paris. — Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1880, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

Assistance publique. — M. le docteur Bourdon, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, a été nommé médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Concours d'agrégation en médecine. — Mardi 16 mars, à cinq heures du soir, a eu lieu la première séance pour l'argumentation des thèses. Voici l'ordre des argumentations : mardi 16 mars, MM. Quinquaud et Vinay; mercredi 17 mars, MM. Troisier et Moricz; jeudi 18 mars, MM. Hanot et A. Robin; vendredi 19 mars, MM. Arnozan et Hutinel; samedi 20 mars, MM. Rondot et Regimbaud; lundi 22 mars, MM. Raymond et Mossé; mardi 23 mars, MM. Perret et Landouzy; mercredi 24 mars, MM. Joffroy et Chauvet; jeudi 25 mars, M. Bouveret.

Concours d'agrégation en chirurgie. — L'ouverture de ce concours a eu lieu avant-hier mardi 16 mars. Le jury se compose

de MM. Richet, président; Azam, Courty, Depaul, Guyon, Le Fort, Rochard, Trélat, Verneuil, professeurs; et Terrier, agrégé.

La composition écrite avait pour titre : 1° Appareil vasculaire utéro-ovarien; 2° De la fécondation.

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 3 avril, à sept heures, dans les salons de l'hôtel Continental. Le prix de la souscription est fixé à 16 francs.

On est prié de s'inscrire, dans les hôpitaux, près de l'interne en médecine *économe* de la salle de garde, ou chez les commissaires du banquet, MM. Bottentuit, 19, boulevard Malesherbes; Piogey, 24, rue Saint-Georges; Tillot (Emile), 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Association générale. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association générale des médecins de France, vient de recevoir les dons suivants : M. le baron Jules Cloquet, 500 francs; M. Ricord, 500 francs; M. Bucquoy, 100 francs; M. Féréol, 300 francs; M. Pfeiffer, 40 francs; M. Bourdin (de Choisy-le-Roi), 60 francs.

— L'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le dimanche 4 et le lundi 5 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, à deux heures, sous la présidence de M. Henri Roger.

A sept heures précises du soir, banquet offert à MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales.

L'ordre du jour de la séance du lundi 5 avril porte un rapport sur les demandes de pensions viagères (deuxième partie); un rapport sur une question relative aux assurances sur la vie, par M. le docteur Brun; l'exposé des vœux adressés par les Sociétés locales; enfin des propositions diverses, par les Présidents et Délégués des Sociétés locales.

Boite de secours pharmaceutiques. — Beaucoup de communes étant dépourvues d'officine de pharmacien, l'administration a songé à combler cette lacune au moyen de boîtes de secours contenant des médicaments et autres objets indispensables pour donner les soins médicaux les plus urgents dans le cas de maladie ou d'accident.

Le ministre de l'intérieur a nommé, à cet effet, une commission spéciale qui a dressé un état des objets qui lui ont paru devoir entrer dans la composition de la boîte.

Il résulte d'une circulaire que M. Lepère vient d'adresser à ce sujet à tous les préfets, que la boîte de secours devra être divisée en deux compartiments : l'un contenant les médicaments exclusivement réservés aux médecins, l'autre les objets laissés à la disposition du public.

Le prix de chaque boîte est fixé à 200 francs. De plus, l'usage des médicaments devra être absolument gratuit.

L'hospice Jousseraud. — On vient de terminer, à Saint-Mandé, en bordure de l'avenue du Bel-Air, une maison de refuge spécialement affectée aux personnes indigentes ayant au moins 70 ans. Elle contiendra en tout cent personnes, cinquante hommes et cinquante femmes.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la guerre vient de prendre une décision importante à l'égard des officiers du Corps de santé militaire qui sont pourvus d'emplois de professeurs auprès des Facultés et des Ecoles civiles de médecine et de pharmacie, tout en conservant leur rang dans le cadre. Le ministre a arrêté que ceux de ces officiers qui, à l'avenir, seront autorisés à accepter les fonctions de professeur, d'agrégé ou autres analogues dans ces Facultés et Ecoles de médecine civiles, seront mis d'abord en demeure d'accepter leur mise hors cadre.

— Par décret en date du 9 mars 1880, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus dans le Corps de santé militaire :

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix.) M. Czernicki (Charles-Auguste-Hippolyte), médecin-major de 2e classe; — (Ancienneté.) M. Sonrel (Nicolas-Stéphane), médecin-major de 2e classe.

Hospices civils de Grenoble. — L'administration des hospices civils de Grenoble fait savoir que, le *lundi 2 août* 1880, *à huit heures du matin*, il sera ouvert à l'hôpital de Grenoble un concours pour une place de médecin adjoint et pour une place de chirurgien adjoint. Le médecin et le chirurgien nommés à la suite de ce concours entreront en fonctions le 1er novembre 1880. Ces fonctions sont gratuites, mais le praticien qui les exerce devient de plein droit titulaire après une suppléance de six ans.

Hôtel-Dieu d'Amiens. — Un concours aura lieu le 3 mai prochain, à Amiens, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu, pour la nomination à trois places de médecin suppléant des hospices et hôpitaux d'Amiens.

Mortalité a Paris (10e semaine, du vendredi 5 au jeudi 11 mars 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1277, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 65. Variole, 55. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphthérie et croup, 44. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Affections puerpérales, 12. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 73. — Autres affections générales, 140. — Bronchite aiguë, 65. — Pneumonie, 111. — Diarrhée infantile et athrepsie, 86. — Autres maladies locales, 386. — Fièvre infectieuse après traumatisme, 1. — Morts violentes, 26. — Causes inconnues, 6.

Bilan de la 10e semaine. — Dans notre dernier *bulletin*, nous avons prévenu que le nombre des décès serait artificiellement accru dans la 10e semaine comme il avait été fallacieusement diminué dans la 9e. On ne sera donc pas surpris si les 1200 décès de la 9e semaine sont remplacés par 1277 décès dans la 10e. Il n'y a rien à conclure de ces irrégularités, si ce n'est les influences perturbatrices de la Mi-Carême sur le travail. Si, comme il convient en pareil cas, on prend la demi-somme de la 9e et de la 10e semaine, on trouve 1238 décès généraux pour la moyenne de chacune des 10e et 9e semaines, au lieu de 1246 contingent de la 8e; — de 1449 contingent de la 7e; — de 1522 contingent de la 6e. Le mouvement de décroissance, d'abord si prononcé, paraît donc se continuer, mais en s'atténuant.

Les trois épidémies les plus redoutables (typhoïde, diphthérie et variole) sont toutes en baisse, surtout la variole, mais il n'en est pas de même de la rougeole, qui a donné 16 à 17 décès en chacune de ces deux semaines, tandis qu'elle n'en avait fourni que 6 à 10 les semaines précédentes. Dr Bertillon.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Etude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale, et indépendantes des hernies, par le docteur Blin. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Traité des maladies de la peau, par le docteur L. Neumann. Traduit sur la quatrième édition, et annoté par les docteurs G. et E. Darin. 1 vol. in-8, avec 76 fig. dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 13 fr.

Traité complet d'ophthalmologie, par MM. les docteurs L. de Wecker et Landolt. Cet ouvrage remplace la troisième édition du *Traité* de *Wecker* (prix Châteauvillard). Tome Ier, 2e partie. Gratis pour les souscripteurs. 1 fort vol. in-8, avec 252 figures dans le texte et 2 planches. V. A. Delahaye et Cie. Prix du tome Ier complet. 17 fr.

Maladies des voies digestives. Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris, par F. Damaschino; recueillies par le docteur Letulle, et revues par l'auteur. 1 fort vol. in-8 de 930 pages. Paris, Germer Baillière et Cie. 14 fr.

Leçons d'anatomie générale, faites au Collège de France. Années 1877-1878. *Appareils nerveux terminaux des muscles de la vie organique, cœur sanguin, cœurs lymphatiques, œsophage, muscles lisses*, par L. Ranvier. Leçons recueillies par MM. Weber et Lataste, revues par le professeur. 1 vol. in-8 de VII-536 p., avec figures dans le texte. Paris, J. B. Baillière et fils. 10 fr.

Influence des corps gras sur l'absorption de l'arsenic. Physiologie. Toxicologie, par le docteur A. Chapuis. Gr. in-8 de 105 pages. J. B. Baillière et fils. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 25 mars 1880.

LES PROJETS D'ASSURANCE MUTUELLE ENTRE MÉDECINS.

Depuis plusieurs années, divers projets d'assurance mutuelle entre médecins ont été successivement présentés, puis discutés, soit dans la presse médicale, soit au sein des Sociétés de province. Notre honorable confrère de la *Tribune médicale,* le docteur Laborde, a l'un des premiers, il y a trois ans, émis cette idée que les médecins trouveraient grand avantage à s'associer pour s'assurer à l'âge de la retraite un capital qui leur permît de vivre à l'abri du besoin, ou pour garantir à leurs héritiers, en cas de mort prématurée, une somme relativement considérable. Le docteur Lande (de Bordeaux) a soumis à l'Association des médecins de la Gironde un projet analogue; la Société locale d'Alger s'est ralliée à l'unanimité au projet de M. Laborde, qui lui était présenté avec quelques amendements par le docteur Trolard; à la Société locale de Vitry-le-François, le docteur E. Damourette a soutenu que l'assurance entre médecins était non seulement réalisable, mais encore très avantageuse. Enfin voici que la question se présente devant l'Association générale des médecins de France. L'ordre du jour de la séance du 5 avril prochain annonce, en effet, sur ce sujet, un rapport de M. le docteur Brun, trésorier de l'Association. Nous n'avons pas à préjuger l'opinion de notre honoré confrère; mais quelles qu'en soient les conclusions, nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt, au moment où une discussion publique va s'ouvrir entre les délégués des Sociétés locales, d'examiner avec quelque détail cette question si délicate à apprécier sûrement.

Nous sommes partisan très convaincu des assurances sur la vie. Nous pensons qu'un médecin, lorsqu'il n'a point assez de fortune personnelle pour assurer, après sa mort, à sa veuve et à ses enfants un patrimoine qui leur permette de vivre, manquerait de prévoyance et de sollicitude envers les siens en refusant les avantages que lui offrent les compagnies d'assurances. Nous engagerons donc très instamment tous nos confrères peu fortunés et chargés de famille à s'imposer tous les sacrifices nécessaires pour pouvoir signer une police d'assurance en cas de décès. Certains de laisser après leur mort un capital suffisant, ils n'auront plus ces angoisses qui si souvent les attristent, quand ils songent à l'avenir de leur famille. Délivrés de toute inquiétude à cet égard, ils pourront se consacrer avec plus de zèle encore à leur travail professionnel, et si le succès couronne leurs efforts, s'ils arrivent à faire quelques économies, ils pourront encore, prévoyant l'âge de la retraite, se prémunir, par une assurance mixte, contre les embarras que causerait une retraite prématurément forcée. Assurance sur la vie entière pour une somme d'autant plus considérable qu'il sera possible d'économiser chaque année le montant de primes plus fortes; assurance mixte, c'est-à-dire pour une période d'années variable, suivant l'âge du médecin, dans le cas où celui-ci serait désireux d'arriver à jouir, au moment de sa retraite, d'un certain revenu : telles sont, à notre avis, les meilleures précautions à prendre pour éviter bien des soucis, pour prévenir bien des détresses. L'Association générale aurait donc tout intérêt à recommander aux médecins peu fortunés les assurances sur la vie ou les assurances mixtes. Mais il importe de préciser dans quelles conditions ces assurances peuvent être avantageuses.

FEUILLETON

Histoire de la première résection de l'épaule pour carie, attribuée à tort à White, de Manchester.

(Suite. — Voyez les numéros 10 et 11.)

Lassus (*De la médecine opératoire,* t. II, p. 501, an III) donne un résumé très étendu de l'observation de White, avec l'indication bibliographique exacte, ce qui, en comptant la traduction de Vigarous, le résumé en latin de Robert et celui en français de Sabatier (deuxième manière), nous donne quatre versions différentes, mais exactes, de l'observation du chirurgien anglais. En supposant même qu'ils n'aient pu se procurer l'original, nos compatriotes avaient au moins chez eux de quoi citer correctement ce fait. Or, c'est justement à partir de cette époque que nous trouvons sur ce cas les assertions les plus étranges, que son histoire devient un véritable roman : car elle est aussi travestie que l'histoire de France par Alexandre Dumas, avec beaucoup moins d'esprit, ou par le Père Loriquet, avec moins de mauvaise foi, nous nous plaisons à le croire. Si notre excellent maître M. Verneuil s'était embarqué sur ce ruisseau pour faire ses promenades dans l'érudition, ces cascades à répétition n'auraient pas manqué de lui inspirer quelque comparaison poétique avec les cataractes du Nil; nous sentant complètement dépourvu du souffle nécessaire pour nous élever à sa hauteur, nous préférons reprendre prosaïquement notre excursion à travers les sentiers poudreux de la bibliothèque.

Citons pour mention Rossi, qui parle à tort et à travers de White (*Eléments de médecine opératoire,* t. II, p. 232, 1806), et Denoue, qui le passe sous silence. Ce dernier a écrit sur l'*utilité de la résection dans les os des membres* une petite thèse de 16 pages, Paris, 1812, n° 44), dont 6 sont consacrées au titre et aux questions de la fin, ce qui la réduit

Or, si l'on étudie d'un peu près le système qui permet aux compagnies à primes fixes de garantir à leurs assurés un capital assez considérable moyennant le versement de primes relativement faibles, si l'on songe aux risques à courir, on voit que ces compagnies d'assurances offrent comme garantie de leurs engagements les avantages suivants : 1° elles disposent dès leur début d'un capital social assez élevé en raison du grand nombre de leurs actionnaires et des fonds qu'ils ont versés; 2° elles limitent à des placements de premier ordre (rentes sur l'État, obligations, immeubles, etc.) les valeurs qu'elles encaissent; 3° elles sont placées sous la surveillance de l'État.

On voit, d'autre part, que ces compagnies ne réalisent des bénéfices assez élevés et n'arrivent à prospérer que dans les conditions suivantes : 1° Elles n'assurent que des personnes qui paraissent n'offrir aucun risque de mort prématurée, car un examen médical sévère élimine au préalable tous ceux qui pourraient faire courir à la compagnie un risque trop sérieux; 2° En raison de la grande latitude qui leur est réservée pour les placements de leurs fonds, elles peuvent trouver, par les prêts hypothécaires et les achats d'immeubles, — interdits aux sociétés d'assurances mutuelles, — des placements à 5 ou 6 pour 100; 3° Les sociétés à primes fixes bénéficient fréquemment de la perte ou du rachat des polices abandonnées par leurs ayants droit; souvent il arrive, en effet, qu'un assuré renonce à payer les primes de l'assurance qu'il a souscrite. S'il n'a pas versé le montant de trois primes consécutives, les sommes qu'il a déboursées pour les deux premières restent acquises à la compagnie ; s'il a payé plus de trois primes et s'il renonce à son assurance, la Compagnie rachète son contrat, mais en lui remboursant le quart ou tout au plus le tiers des sommes versées.

Ces garanties et ces avantages pourraient-ils se trouver réunis dans une compagnie d'assurances mutuelles établie entre médecins? Nous hésitons à le croire. Pour être admise à fonctionner, cette compagnie mutuelle devrait être constituée conformément aux prescriptions de la loi du 24 juillet 1867 et du décret du 22 janvier 1868, ce qui exigerait la surveillance du gouvernement et le débours d'une somme annuelle de 2000 francs (qui n'est point comptée dans les calculs de nos confrères) pour frais de cette surveillance. Créée par des médecins et exclusivement réservée aux médecins, elle ne trouverait pas, dès ses débuts, un capital social considérable. C'est ce que reconnaissait MM. Laborde, Lande, etc., qui comptent plutôt sur les bénéfices à venir pour rendre prospère leur association. Ils s'appuient donc sur un autre argument. Les frais généraux des compagnies à prime fixe sont très élevés. Il n'en serait point de même, disent-ils, pour une compagnie d'assurances mutuelles. Nous croyons que l'on s'illusionne grandement en évaluant à 20 000 francs environ la somme nécessaire chaque année pour constituer un conseil d'administration, payer un directeur ou agent comptable général, rémunérer suffisamment les employés nécessaires pour tenir la comptabilité de l'Association, faire la correspondance, encaisser les cotisations et les intérêts échus, veiller à un placement régulier des fonds disponibles, — on ne trouvera pas aisément un trésorier aussi actif et aussi désintéressé que celui de l'Association générale, — enfin verser à l'État les frais de la surveillance administrative, etc. D'autre part, nous le verrons dans un instant, un fonds social assez important est nécessaire dès le début d'une semblable entreprise, et une Société d'assurances mutuelles entre médecins risquerait fort, en ne possédant pas des capitaux de garantie suffisants, de ne pouvoir faire face à tous ses engagements et de se faire retirer l'autorisation nécessaire pour continuer à fonctionner.

La situation paraît plus douteuse encore si l'on étudie, en les comparant, les avantages qu'offrent aux médecins les compagnies d'assurances à primes fixes et les compagnies d'assurances mutuelles entre médecins. Les contrats d'assurance et la quotité des primes à verser chaque année ont été calculés d'après les tables de Deparcieux. Celles-ci établissent que, pour qu'une compagnie trouve quelque avantage à signer un contrat d'assurance, il faut qu'un homme de vingt-cinq ans vive jusqu'à soixante-deux ans, un homme de trente ans jusqu'à soixante-quatre ans, un homme de quarante-cinq ans jusqu'à soixante-huit ans, etc. Les compagnies à prime fixe qui n'établissent un contrat qu'après un examen médical sérieux, bénéficient de la longévité d'un assez grand nombre de leurs assurés. Cette garantie de l'examen médical préalable devient impossible pour une compagnie d'assurances mutuelles entre médecins : « Le certificat médical! s'écrie le docteur Damourette, ah! messieurs! fuyez-le dans le cas présent; vous n'en demanderez pas pour vous, vous n'en donnerez pas aux autres! Quel médecin aurait le courage de dire à un confrère : « Laisse toute espérance! » en lui refusant la porte d'une association confraternelle? » Et notre confrère conclut à un stage préalable de deux années, ce qui priverait du bénéfice de l'assurance un médecin qui, dans ces deux premières années, succomberait à une maladie aiguë ou acci-

---

à 10, et qui, malgré son peu d'importance, est citée partout. D'aucuns toutefois ne l'ont certainement pas lue; on pourrait même croire que c'est par plaisanterie que certains d'entre eux ont changé dans le titre *utilité* en *inutilité*, comme L. Champion (thèse de Paris, 1815, n° 11, p. 7) et M. Raige-Delorme (bibliographie de l'article Résection du *Dictionnaire en 30 volumes*, p. 413).

Dans sa thèse sur *la résection des os cariés dans leur continuité*, Champion, citant Moreau, White, Percy, etc., ne met White qu'en seconde ligne, bien que Moreau n'ait réséqué l'humérus qu'en 1786 (p. 39).

Moreau fils, comme Champion, croit à une résection de la tête humérale ; mais, en outre, estropie le nom de l'auteur, qu'il écrit Withe (*Mémoire sur la résection des articulations affectées de carie*, Paris, 1803 et 1816; édit. de 1816, p. 29).

Leveillé est du même avis, mais il ajoute à tort que le bras resta sans mouvement après la guérison. (*Nouv. doct. chir.*, 1812, t. II, p. 615.)

Roux pense qu'il s'agit aussi d'un cas de carie, mais donne bien l'indication bibliographique du cas (thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire, 1812, p. 32). C'est le premier qui mentionne la triade David, Vigarous et White. David apparaît alors parce que son fils, dans sa thèse inaugurale sur l'*Inutilité de l'amputation dans la plupart des maladies de la contiguïté des os*, Paris, an XI, n° 372, réclame pour son père la priorité de la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour carie. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Bientôt après les erreurs deviennent plus graves.

Dans un mémoire intitulé : *Nouveau procédé opératoire pour l'amputation du bras dans son articulation scapulo-humérale*, procédé applicable à la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus (Paris, 1815), Lisfranc et de Champesme décrivent le procédé suivant, sous le nom de procédé de White (p. 16) : « Incision longitudinale au voisinage de l'acromion, et s'étendant à la partie moyenne du bras; *sec-*

dentelle, et n'écarterait pas les médecins — hélas! il s'en trouvera — qui adhéreraient aux statuts de l'Association tout en se sachant atteints d'une maladie incurable et fatalement mortelle en quatre ou cinq années. Mais, en admettant même qu'il puisse exister un examen médical préalable, croit-on qu'une assurance mutuelle entre médecins puisse vivre sans exiger de ses participants des annuités infiniment plus élevées que celles qu'exigent les compagnies à prime fixe? Avons-nous besoin de rappeler que si la durée ordinaire de la vie humaine est d'environ soixante-dix ans, nous voyons à peine le quart des médecins atteindre cet âge, et la moitié ou même (d'après Escherich) les trois quarts périr avant d'avoir atteint la cinquantaine? Ne sait-on pas qu'au point de vue de la longévité les médecins occupent le dernier rang parmi les professions libérales? Et ne voit-on pas, en temps d'épidémie, un grand nombre de nos confrères payer de la vie leur dévouement professionnel? Est-il possible d'admettre qu'une compagnie d'assurances mutuelles ne serait pas exposée à faire d'incessants appels de fonds pour satisfaire à ses engagements, et croit-on qu'après une épidémie meurtrière elle puisse continuer à vivre? Ce n'est pas tout. Les compagnies d'assurances à prime fixe profitent, nous l'avons vu, des négligences ou des embarras pécuniaires de leurs assurés lorsque ceux-ci n'arrivent pas à acquitter le montant de leurs primes. Les mesures prises en pareil cas seraient-elles praticables entre médecins? Les compagnies à prime fixe ont des capitaux considérables et peuvent faire des placements avantageux interdits aux sociétés mutuelles. Ne devons-nous pas en conclure que tous les avantages appartiennent aux premières?

Nous n'avons exposé jusqu'à présent que les objections que l'on peut adresser d'une manière générale à tous les projets d'assurance mutuelle entre médecins. Si l'on examine d'un peu près les chiffres sur lesquels on s'appuie pour établir que ces compagnies présentent quelques avantages, on voit qu'à ce point de vue encore bien des désillusions sont à craindre. Nous ne discuterons ni le taux de l'intérêt 3,75 pour 100, admis par M. le docteur Damourette comme base de ses calculs, ni les arguments qui s'appuient sur cette hypothèse que les versements annuels seront tous et immédiatement placés à intérêts composés. On sait combien il est aujourd'hui difficile d'acheter des fonds à un intérêt rémunérateur et quelles impossibilités résultent, au point de vue de la capitalisation des intérêts, des retards inévitables apportés à l'encaissement des cotisations et des intérêts échus. Nous ne parlerons donc que du taux des cotisations. Le projet du docteur Damourette, que nous avons surtout en vue, parce qu'il a été le dernier publié et qu'il présente un grand nombre de chiffres, commet à ce point de vue plus d'une erreur. Il ne considère les tarifs des compagnies à prime fixe que pour les assurances qui se font avec participation aux bénéfices de la compagnie, sans avoir égard aux diminutions de charges qu'entraînerait cette participation. Si, au contraire, pour établir une comparaison rigoureuse, on prend les taux des polices d'assurance sans participation, on voit qu'un homme de trente-cinq ans pourrait contracter une assurance mixte d'une durée de vingt-cinq ans, moyennant une prime de 338 francs et non de 408, comme dit le projet. La société mutuelle demandant 365 francs, on aurait un bénéfice annuel de 27 francs en s'adressant à l'une des compagnies à prime fixe. A trente-cinq ans il n'y aurait qu'une différence de 2 francs entre la cotisation mutuelle et la prime d'assurance (et non de 43 francs, comme le dit le projet). Dans la majorité des cas, la compagnie d'assurances demanderait des primes plus faibles que la société mutuelle.

En résumé donc, les compagnies d'assurances à prime fixe offrent plus de garanties matérielles que les compagnies d'assurances mutuelles; elles ont des chances de succès et de bénéfices infiniment plus grandes en raison des opérations multiples auxquelles elles peuvent se livrer, soit pour le placement de leurs fonds, soit pour l'établissement de leurs contrats. Tout engage donc les médecins à préférer les assurances contractées auprès des compagnies déjà prospères, au lieu de s'associer pour fonder une société mutuelle qui nous paraît présenter peu de chances de viabilité. Si les raisons que nous venons de développer venaient à convaincre les délégués des sociétés appelés à discuter les projets d'assurance mutuelle qui leur ont été soumis, la conclusion à tirer de ce débat n'en intéresserait pas moins l'Association générale des médecins de France. Encourageant tous les médecins peu fortunés et chargés de famille à profiter des avantages que leur offrent les compagnies à prime fixe, elle pourrait intervenir pour faciliter au plus grand nombre d'entre eux la signature de contrats peu onéreux, en sollicitant en faveur des médecins qui adhéreraient à ses conclusions, la remise des frais de première prime, de courtage, d'agence, etc., et peut-être aussi en contribuant pour sa part à alléger, dans une certaine mesure et dans certaines conditions qui seraient à déterminer, les charges que s'imposeraient les médecins assurés. En venant en aide de temps à autre aux médecins signataires de contrats d'assurances et en leur avançant le

---

tion des tendons fixés à la tête de l'humérus; ouverture de la capsule; luxation de la tête de l'os. On détache ensuite les parties avec les précautions convenables pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs. Quand toute l'étendue de la maladie a été mise à découvert, on passe derrière l'humérus une plaque de carton, puis on scie. — Ce procédé offre ordinairement trop de difficultés pour écarter les surfaces articulaires; il a cependant encore réussi à Vigarous. » Remarquons que White n'a pas dit un mot de ce qui est en italique, et que Vigarous n'a eu aucune difficulté, et pour cause, à séparer les surfaces articulaires (1).

Ce travail, lu à l'Institut, classe des sciences physiques et mathématiques, le 21 novembre 1814, fut renvoyé à une commission composée de Deschamps et Percy, rapporteur, qui lut son rapport le 12 décembre de la même année.

Cette rapidité dans la rédaction de ce rapport, qui n'est plus de mode aujourd'hui (c'est la rapidité que je veux dire, et non la rédaction ni le rapport; on pourrait, etc.), cette rapidité, dis-je, nuisit un peu à l'exactitude des recherches bibliographiques. Après avoir rappelé les cas dans lesquels il avait enlevé la tête de l'humérus broyée par un projectile de guerre, Percy s'exprime ainsi (p. 63) :

« Quoi qu'il en soit, votre commissaire ne peut refuser à White, chirurgien des plus distingués à Manchester, l'aveu qu'il a été devancé par lui dans l'extraction de la tête et d'une portion de l'humérus affecté de carie et d'exostose (!!), en conservant le bras au lieu de l'*extirper*, selon l'usage meurtrier qui régnait de son temps, et qu'il importe tant à l'humanité d'*extirper* (!!) à son tour. Ce doit être (!!) en 1769 que White s'illustra par cette belle opération; mais si le chirurgien anglais mérite l'honneur de la priorité, le chirurgien français paraîtra sans doute louable d'avoir marché sur de telles traces et osé tenter la même entreprise. »

(1) Lisfranc a reproduit textuellement ce passage dans un mémoire sur des méthodes et des procédés nouveaux pour pratiquer l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale. (*Archives générales de médecine*, année 1823, t. II, p. 47.)

coût de leur prime, l'Association générale répondrait aux intentions confraternelles qui ont dicté le projet de M. le docteur Laborde, et des médecins qui l'ont suivi dans la campagne entreprise par lui et poursuivie avec tant de dévouement et d'activité. Il ne nous appartient pas d'ailleurs d'insister à ce sujet. Il nous suffisait de montrer toutes les difficultés que soulèvent les projets d'assurance mutuelle entre médecins et de prémunir nos confrères contre de généreuses illusions.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Observation d'une luxation du poignet, par le docteur Servier.

La luxation du poignet est une lésion certainement fort rare. J'ai eu l'occasion d'en observer un exemple, je crois utile de le faire connaître.

L'histoire de cette luxation est des plus intéressantes, non seulement au point de vue chirurgical, mais encore, je puis le dire, au point de vue philosophique. Elle pourrait servir de base à une étude sur les mœurs et coutumes de l'esprit humain. C'est, en effet, un spectacle digne d'une attention anxieuse que celui d'une suite d'hommes très intelligents, très instruits, très experts et habiles dans la pratique des choses de leur profession, faisant métier d'observateurs, et acceptant les uns des autres une longue erreur, que chaque nouveau professait à son tour après l'avoir reçue de son ancien. Je constate seulement, me gardant bien de jeter un blâme que nos neveux auraient, peut-être, trop d'occasions de nous retourner.

On sait que la luxation du poignet était admise par tous les auteurs, depuis Hippocrate jusqu'à J.-L. Petit et Boyer. Son existence était acceptée de confiance par les chirurgiens, lesquels avaient fort souvent l'occasion de la constater. Cependant Pouteau, éminent praticien, s'était aperçu que la lésion que chacun reconnaissait ainsi comme une luxation, pouvait bien, dans certains cas, n'être autre chose qu'une fracture. Parlant des fractures qui arrivent après des chutes où la main paraît avoir fait les plus grands efforts pour en parer le danger, il dit : « Ces fractures sont le plus souvent prises pour des entorses, pour des luxations incomplètes, ou pour un écartement du cubitus et du radius à leur jonction avec le poignet. » Chose singulière ! Pouteau, qui a bien remarqué que ces fractures se produisent dans des chutes sur la main, celle-ci se *portant en avant pour en parer le danger*, les attribue à la contraction musculaire. Du reste, il indique très bien quelques-uns des signes auxquels nous les reconnaissons aujourd'hui. Il remarque qu'on n'y trouve pas la crépitation, qu'on ne sent pas les extrémités des fragments. Il dit encore : « La déviation du poignet en dehors lorsqu'il y a fracture du radius, et en dedans lorsque le cubitus est cassé, n'en a-t-elle pas quelquefois imposé, en faisant prendre ces fractures pour des luxations incomplètes ? » (Pouteau, *Œuvres posthumes*. Paris, 1783.)

Les remarques de Pouteau furent négligées, sa voix ne fut pas écoutée. Mais vint Dupuytren qui, avec sa puissante autorité, renversa l'ancienne doctrine de la luxation du poignet, et édifia contre elle celle de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

La date précise de la doctrine nouvelle, comme l'a dit Malgaigne, n'est pas facile à donner. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en 1819 Dupuytren croyait encore aux luxations du poignet, et que les premiers écrits de ses élèves sur la fracture du radius n'ont paru qu'en 1829. En pareil sujet la connaissance d'une date très précise nous importe assez peu.

Il arriva alors ce qui se passe toujours en cas semblable, la nature humaine ne perdant jamais ses droits : c'est qu'on se porta d'une extrémité à l'autre. La veille, toutes les lésions du poignet étaient des luxations ; le lendemain, elles étaient toutes des fractures. Cependant Dupuytren n'a pas nié la possibilité des luxations traumatiques du poignet ; mais il dit n'en avoir jamais observé aucune. J'ajoute, en passant, qu'il aurait vu des luxations pathologiques, et précisément Malgaigne n'a pas pu trouver une seule observation de celles-ci. Voici, du reste, les propres paroles de Dupuytren : « J'ai toujours vu les prétendues luxations du poignet se changer en solutions de continuité ; et l'art, malgré tant de descriptions, ne possède pas une observation très convaincante de cette lésion. J'ai disséqué des poignets, je n'ai jamais trouvé de luxation par suite de chute sur la paume de la main. Les seules observations que j'aie rencontrées étaient consécutives à des maladies de l'articulation, ou symptomatiques d'autres lésions. » (*Clinique chirurgicale*, t. II, p. 141.)

En ce point, j'ouvre une large parenthèse. Voilà donc un fait admis : nos anciens ne connaissaient pas les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et toutes les fois qu'ils ont eu affaire à quelqu'une de ces fractures, ils ont cru se trouver en présence d'une luxation du poignet. Cependant ils ont décrit les symptômes et les signes de ces lésions ; il semble que leurs descriptions devraient se trouver celles de notre fracture du radius, car ces signes et symptômes étaient les

---

On se demande comment Percy, qui avait étudié la question une fois déjà quand il fit l'éloge de Sabatier, trois ans auparavant, mais mal, comme nous l'avons vu, n'ait pas songé à rectifier un peu ses idées à ce sujet. On remarquera, comme la première fois, que c'est la question de priorité qui a surtout intéressé le baron Percy, et fort peu la question historique. On ne peut que le regretter.

Dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, Laurent, adjoint à Percy pour la rédaction de l'article Résection, ne changea rien à la manière de voir de son collaborateur, sauf l'orthographe du nom de l'auteur anglais, qu'il écrit Whytt (t. XLVII, p. 544 et 553), ce qui est un tort.

Un autre baron, Richerand, prétend que la résection de la tête de l'humérus, d'abord conseillée par White, avait été ensuite exécutée par Bent (de Newcastle). (*Nos. et thér. chir.*, 5ᵉ édit., t. II, p. 370, 1821.)

Boyer, également baron, donne un assez long extrait de l'observation du chirurgien anglais, qu'il écrit Withe, comme Moreau fils, à cinq ou six reprises différentes, et ajoute un petit détail à la description originale : « Withe, dit-il, fit au bras une longue incision, depuis sa partie moyenne jusqu'à l'acromion ; il prit ensuite le coude du malade, et, le poussant de bas en haut... » Ce dernier membre de phrase est de trop. (*Traité des mal. chir.*, édit. Ph. Boyer, t. III, p. 1013. 1845.)

Velpeau, bien qu'il eût déclaré dans la préface de son *Traité de médecine opératoire* qu'il avait consulté les sources, donne à chaque page la preuve du contraire.

Dans la première édition des *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, il débute, dans son article sur la résection de l'épaule, par une erreur : « Dès l'année 1740, dit-il, un chirurgien de Pézenas, Thomas, fit connaître l'observation d'un sujet dont la tête de l'humérus nécrosée avait été extraite avec succès. » Comme lorsque l'observation fut communiquée à Vigarous, le sujet n'était mort que depuis quelques années, il en résulte que ce fait fut connu, non pas en 1740,

mêmes que ceux d'aujourd'hui apparemment, et il ne devrait y avoir à changer que le nom de la lésion. Pourtant il n'en est rien. De même, ils ont dû observer la marche de la maladie, établir son pronostic, et nous devrions retrouver dans leurs écrits des appréciations correspondantes à celles qui jugent aujourd'hui la marche et le pronostic de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il n'en est rien encore.

Je vais citer quelques passages de différents auteurs pour bien faire connaître ce que les anciens pensaient de la prétendue luxation du poignet. On croirait volontiers, en les lisant, en voyant surtout la sévérité de leur pronostic, qu'ils parlent d'une lésion dont on ne connaît plus d'exemples aujourd'hui.

Voici ce que dit Heister : « La violence qu'ont soufferte les ligaments ne peut guère manquer de donner lieu à des douleurs extrêmement fortes ; les doigts deviennent quelquefois si raides, qu'on ne peut ni les étendre ni les fléchir, à cause de la compression qu'éprouvent les tendons ; il n'est donc pas surprenant de voir survenir des inflammations très graves, des tumeurs, des abcès, des raideurs dans les articulations, la gangrène, le sphacèle ou des caries dans les os spongieux du carpe, accidents auxquels on ne peut remédier quelquefois que par l'amputation. »

Le pronostic porté par Du Verney est aussi très alarmant : « Si le malade néglige de se faire traiter, peu de temps après il survient une foule d'accidents, tels que le gonflement de toute l'étendue de la main et de l'avant-bras ; il se fait un engorgement de la synovie dans l'articulation ; toutes les gaînes des tendons du sublime et du profond, qui sont extrêmement liées ensemble dans cet endroit, s'abreuvent, ce qui se continue le long des doigts et les rend raides et inflexibles ; le corps graisseux devient pâteux par le séjour de la lymphe ; enfin, si l'on n'y remédie par l'application des topiques convenables pour faciliter la réduction, les accidents augmentent à un tel point que l'inflammation s'empare de la peau ; ce qui tend indubitablement à un abcès ou dépôt, lequel tient du phlegmon érysipélateux, et qui, faute d'être ouvert, cause par la suite des fusées très difficiles à connaître, qui conduisent insensiblement à la mortification et à la gangrène. » Et plus loin : « Il peut arriver que la matière devienne corrosive et carie les os du rayon et du coude, et en même temps les osselets du poignet. Alors il n'y a guère de ressources, et la maladie devient incurable, si l'on n'a recours à l'amputation. »

J. L. Petit dit : « La luxation du poignet est une des plus fâcheuses, à cause de la douleur extraordinaire, du gonflement, de l'inflammation, des abcès et dépôts de matière glaireuse qui en sont la suite... La synovie épaissie rend l'articulation raide, produit même l'ankylose, ou bien, en se corrompant, elle cause des abcès très difficiles à guérir, et qui se terminent ordinairement par des fistules avec carie. Enfin, la vive douleur attire de fortes inflammations suivies de dépôts, et très souvent des gangrènes dont on ne peut arrêter les progrès que par l'amputation. »

Enfin vient Boyer, avec un pronostic aussi sombre que celui de ses prédécesseurs : « Les luxations du poignet sont très fâcheuses, à cause du déchirement des ligaments, de la distension des tendons et des autres parties molles qui environnent l'articulation ; d'où résultent presque inévitablement une douleur extraordinaire, le gonflement, l'inflammation, des épanchements de matière glaireuse ou synoviale dans les gaînes des tendons, et quelquefois même des abcès. D'ailleurs la cure de ces luxations est toujours fort longue ; il reste souvent une gêne considérable dans les mouvements, et quelquefois même une ankylose. On ne sera point surpris des accidents fâcheux qui accompagnent ces luxations, si l'on fait attention à la violence de l'effort nécessaire pour rompre les ligaments qui affermissent l'articulation, et pour surmonter la résistance des tendons qui la recouvrent et la fortifient. On conçoit que la gravité de la maladie doit augmenter en raison de l'étendue du désordre que les parties molles ont éprouvé, de la mauvaise disposition du blessé, et de la manière peu méthodique dont il aura été traité. Alors il survient quelquefois un gonflement inflammatoire énorme dont on ne peut arrêter les progrès, et qui se termine par la gangrène, ou par une suppuration excessive qui conduit à la nécessité de l'amputation ; ou, si l'on peut conserver le membre sans compromettre la vie du malade, les os s'altèrent, la carie entretient longtemps des fistules, la main se soude avec l'avant-bras, et ses mouvements sont entièrement abolis. »

Il est intéressant de mettre en regard de tous ces effrayants pronostics celui que l'on porte aujourd'hui sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Je le copie dans la *Chirurgie* de Follin et Duplay : « Il est généralement sans gravité ; toutefois, il est fort important de remédier rapidement au déplacement et surtout au renversement de la main en dehors, si l'on veut éviter la difformité. Dans les cas ordinaires, c'est du vingtième au trentième jour que la consolidation s'opère. Ce n'est que lorsqu'on a affaire à une fracture compliquée d'esquilles, de désordres intra-articulaires, que le pronostic acquiert une certaine gravité. »

On peut voir, par ces extraits, avec quelle sévérité ces maîtres renommés jugeaient la luxation du poignet. Aucun d'eux n'hésite sur le dernier terme du pronostic, l'amputation, auquel ils arrivent par l'énumération d'accidents successifs ponctuellement gradués. Tout cela serait bien, et nous pouvons comprendre que, rêvant aux divers accidents que peut provoquer une arthrite du poignet, devinant le développement de l'arthrite par le fait du traumatisme, ils aient écrit sous la dictée de leur esprit prévoyant. Mais ce qui trouble et confond la

---

mais quelques années seulement avant 1774, et encore ne fut-il publié qu'en 1788.

Autre erreur quelques lignes plus bas : « Quant à la résection dans les cas où la tête humérale est le siège d'une lésion organique qui en réclame l'ablation, elle a été pratiquée d'abord par White, David, *Vigouroux*. » — (Lisez : *Vigarous*).

Troisième erreur, à la page suivante : « Saisissant le coude à pleine main, White s'en servit pour faire basculer l'humérus de bas en haut et forcer la tête à se luxer, à s'échapper au travers des parties molles. » Rappelons le texte : Ce n'est pas White qui a dit avoir fait basculer l'humérus de bas en haut, c'est Boyer ; et encore Boyer n'a-t-il dit que pousser ; Velpeau a cru devoir mettre basculer à la place : soit !

Quatrième erreur, page 568, dont nous avons déjà dit que le point de départ remontait à Sabatier.

« *Procédé de Bent.* — Après avoir tenté inutilement le procédé de White, Bent, qui l'un des premiers a pratiqué la résection de l'humérus, crut devoir détacher en dehors, du côté de l'acromion, puis en dedans de la clavicule et transversalement, les fibres du deltoïde, de manière à former une incision en T qui lui permît de disséquer deux lambeaux triangulaires, l'un externe, l'autre interne, et d'agir ensuite librement sur l'article. »

Dans la deuxième édition, *entièrement refondue*, c'est encore pis. D'abord la première erreur s'y retrouve ; puis, Velpeau ayant éprouvé cette fois le besoin de mettre des indications bibliographiques aux faits qu'il citait, donne exactement celle de White, passe celle de David, et pour celle de Vigarous (qu'il écrit cette fois Vigaroux) renvoie au résumé donné par la Société médicale d'émulation.

Avant d'arriver à la troisième erreur de la première édition, nous tombons sur une autre : « Après la résection de l'extrémité supérieure du corps de l'humérus nécrosé, l'extraction de la tête disjointe de l'os devint nécessaire chez le malade de Vigarous, en 1767, de même que chez celui de White, en 1769. » Ici l'erreur est double, car on n'a pas fait l'extraction

pensée, c'est qu'il paraît que nos anciens confondaient la luxation du poignet avec la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et que la lésion qu'ils ont décrite sous le nom de luxation n'était qu'une fracture. Qui reconnaîtrait une fracture du radius et ses suites à la description que nous venons de lire des prétendues luxations? Cependant la fracture de l'extrémité inférieure du radius n'est pas une chose rare, ils ont dû l'observer souvent; je suis convaincu, avec tous, qu'ils ne la reconnaissaient pas et la prenaient pour une luxation du poignet; mais ils devaient voir cette lésion se guérir facilement, sans accidents, peut être laissant après elle un peu de difformité, comme elle se guérit de nos jours. Pourquoi donc ne l'ont-ils pas décrite telle qu'ils l'observaient?

Si je ne craignais d'être irrévérencieux pour leurs doctes mémoires, je dirais qu'ils me rappellent Méry décrivant magistralement un paysage de l'Inde, que jamais il n'avait visitée. Seulement Méry avouait, avec une candeur satisfaite et un peu impertinente, qu'il ne connaissait les Indes en aucune façon; et il ajoutait que son ignorance du pays lui donnait un grand avantage, celui d'y pouvoir placer des beautés et des merveilles qui peut-être ne s'y trouvaient pas.

Cela dit, je ferme la parenthèse.

La clinique de Dupuytren, très retentissante, propagea rapidement et au loin les affirmations convaincues du grand chirurgien. Il y avait bien quelques observations embarrassantes de luxation du poignet, deux entre autres dues à des chirurgiens de renom, Thomassin et Ravaton; on s'en tira fort simplement, en leur refusant toute valeur.

Sur un enfant de six ans et demi qui avait fait une chute de cheval, Thomassin reconnut une luxation du poignet en arrière: le radius passait à travers les téguments, le cubitus descendait jusqu'à l'os crochu. Thomassin fut obligé de faire un débridement, qui lui permit de remettre les os à leur place, et il obtint une guérison complète au bout de deux mois.

Le sujet de Ravaton était aussi un enfant, qui tomba du haut d'un arbre, les deux mains en avant. Il se luxa les deux poignets. A gauche, le condyle carpien passait à travers la peau de la paroi antérieure. Ravaton fit la réduction. L'enfant, comme celui de Thomassin, fut guéri en deux mois.

Dupuytren, et Malgaigne après lui, rejettent ces deux observations, disant que les chirurgiens précités n'ont pas donné la preuve certaine qu'ils eussent reconnu les cartilages articulaires. Malgaigne dit même qu'il y a pu avoir décollement épiphysaire. (Malgaigne, *Gaz. méd.*, 1832, p. 790.)

A l'époque dont je parle, c'est-à-dire vers l'année 1830, la nouvelle doctrine apportée par Dupuytren avait rallié toutes les opinions. On vit paraître plusieurs thèses et travaux lui apportant de nouveaux éléments de certitude. Malgaigne écrivit un important mémoire sur les luxations du poignet, et sur les fractures qui les simulent. (*Gaz. méd.*, 1832.) Bouchet reproduisit et développa les idées de Dupuytren dans sa thèse inaugurale, qui a paru sous ce titre : *Existe-t-il des luxations primitives du poignet? S'il n'en existe pas, quelle est l'affection avec laquelle elles ont été confondues jusqu'à ce jour?* (Thèse de Paris, 1734, n° 182.) Le travail très honorable du jeune auteur n'offre aucun intérêt particulier.

La même année, Galant, également candidat au doctorat, raconte le fait suivant : Chez un jeune garçon, tombé d'une grande hauteur, Roux diagnostiqua une luxation du poignet; mais, ce blessé venant à mourir, on reconnut, à l'autopsie, que la prétendue luxation était une fracture. (Thèse de Paris, 1834, n° 196.) Cette histoire est dite en quelques lignes, dans un paragraphe faisant partie d'une série de propositions sur divers sujets ajoutés à la thèse elle-même.

Les choses restèrent en l'état pendant plusieurs années. Les fractures de l'extrémité inférieure du radius devinrent communes, tandis que les luxations du poignet disparaissaient de la scène chirurgicale. Cependant Forget en publia une observation (*Transactions médicales*, septembre 1833, p. 387), ainsi que Lisfranc (*Gaz. des hôp.*, 1836, p. 37). Mais on trouva de bonnes raisons pour leur dénier toute valeur.

Un moment arriva pourtant où il fallut se rendre à l'évidence, et reconnaître que, pour rare qu'elle soit, la luxation du poignet n'en existe pas moins. Les purs, les doctrinaires résistèrent jusqu'au bout, et enfin, obligés de constater des faits positifs, ils trouvèrent une consolation dans cette remarque, qu'on n'a pas encore pu rencontrer une luxation du poignet nette, sans fracture, sans déchirure ou arrachement des ligaments. Il y a pourtant des exemples, avec autopsie, de luxations du poignet sans fracture; quant à des luxations complètes sans déchirure des ligaments ou des capsules, j'en connais bien peu, qu'il s'agisse du poignet ou de toute autre articulation.

(*A suivre.*)

Anatomie pathologique.

ÉTUDE CRITIQUE SUR QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS CONCERNANT L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU DIABÈTE, par M. le docteur Cyr, médecin inspecteur-adjoint à Vichy.

Il y a peu de maladies qui, avec un contingent aussi considérable d'observations et de recherches, soient encore relativement aussi mal connues que l'est le diabète. Ce résultat tient évidemment à plusieurs causes : la plus sérieuse, c'est l'absence ou le vague des données anatomiques sur lesquelles on puisse s'appuyer, pour de là arriver aux formes cliniques. Il se passe un peu pour le diabète ce qui s'est présenté pour la maladie de Bright : sous la même désignation, on a décrit

---

de la tête chez le malade de Vigarous, et, chez celui de White, ce n'est pas la tête qu'on enleva après l'opération, mais l'extrémité supérieure du tronçon de la diaphyse, laissé après la résection. Comme correctif, Velpeau donne à Vigarous son orthographe véritable et à son observation sa bonne indication bibliographique; mais on ne s'explique pas pourquoi il ne l'a pas donnée plus haut, et pourquoi il donne maintenant au fait de White l'indication des *Transactions philosophiques*. Il signale encore la lettre de Vigarous père à Sabatier, et renvoie aux *Mémoires de l'Institut* (sciences physiques et mathématiques), mais sans volume, ni page, ni date.

A la page 706 de la deuxième édition, Velpeau cite encore David, et renvoie à *Inutilité de l'amputation, etc.* page 55, Paris, 1830. Je n'ai pu me procurer ce travail. Comme le titre est celui de la thèse de David fils, on peut supposer que 1830 est pour 1803, ou que c'est une autre édition du même travail, qui n'est d'ailleurs indiqué que dans Velpeau, et n'existe ni à la Bibliothèque nationale ni à celle de la Faculté de médecine.

Enfin la troisième et la quatrième erreurs de la première édition sont restées telles quelles dans la seconde (p. 707 et 709).

Nous retrouvons la triade White, David et Vigarous dans l'article Epaule du *Dictionnaire en 30 volumes* (t. XII, p. 119), par J. Cloquet et A. Bérard, et dans l'article Résection du même recueil (t. XXVII, p. 409), par les mêmes auteurs.

Dans l'article Résection du *Dictionnaire en 15 volumes*, Blandin ne cite que White et Vigarous, mais en revanche il les cite mal : « Ils pratiquaient cette opération à l'aide d'une simple incision verticale faite à la partie externe du moignon de l'épaule, incision dont ils écartaient les lèvres pour désarticuler et faire saillir la tête de l'humérus au dehors » (p. 263). — Pour désarticuler! Mais ils n'ont rien désarticulé du tout, et ils ne prétendent même pas avoir désarticulé, notez bien.

Roche, Sanson et Lenoir, Vidal (de Cassis) ne nous appren-

et classé un état morbide qui s'offre à l'observateur avec des variations multiples et assez tranchées, si bien qu'on en est venu à se demander si c'était là réellement un état morbide parfaitement défini, une espèce nosologique, ou bien si l'on n'avait affaire qu'à un syndrome, ou encore à un complexus pathologique variant dans ses éléments principaux suivant la nature des lésions fondamentales.

Or, c'est précisément ce substratum anatomique tant recherché et qui résoudrait probablement toutes les difficultés, ou du moins les plus sérieuses, qu'on n'a pu jusqu'à présent dégager. Ce n'est pas que les efforts aient manqué ; mais il faut reconnaître qu'ils n'ont pas encore abouti à un résultat bien remarquable, ce qui tient peut-être un peu au parti pris avec lequel ils ont été conduits. Il faut dire aussi que, dans cette question d'anatomie pathologique, le diabète est loin d'offrir les facilités que l'on trouve pour la plupart des autres maladies : la rareté des autopsies de diabétiques, du moins en France, est un obstacle devant lequel il n'y a pas à discuter. Il n'y a donc qu'à ne pas laisser perdre les occasions qui se présentent à intervalles éloignés, et à en tirer alors tous les renseignements qu'elles sont à même de fournir à tous les points de vue.

Malgré la pénurie de documents nécroscopiques que je viens de signaler, la littérature médicale est à même de fournir quelques faits intéressants sur l'anatomie pathologique du diabète, et l'on peut voir ainsi que si nous ne connaissons pas encore la lésion pathognomonique du diabète, en revanche nous savons qu'on a trouvé quantité d'altérations frappant les organes les plus différents. Augmentation de volume et hypertrophie de l'estomac, avec ou sans congestion, état analogue des reins et du foie, altérations très variées de l'encéphale, de la moelle, des nerfs, du pancréas, etc., etc.; il est peu d'organes qui n'aient à un moment été considérés comme le siège de cette maladie. Cette diversité de lésions et d'organes affectés ne prouve qu'une chose, c'est qu'aucune de ces altérations ne doit constituer essentiellement la maladie, qu'elles ne sont probablement que le résultat d'influences assez complexes, au milieu desquelles le diabète n'a qu'un rôle secondaire, ou alors qu'elles ne se rapportent qu'à des cas particuliers. La conclusion était donc qu'il n'y avait provisoirement pas de généralisation possible, et que la lésion constante, caractéristique du diabète était encore à trouver.

Ce n'est pas ici le lieu de refaire l'historique de toutes ces tentatives infructueuses de localisation : on en trouvera, du reste, un exposé critique très complet dans le remarquable ouvrage de M. Lecorché. Mais, depuis la publication de ce livre, plusieurs auteurs ont repris la question, et ont trouvé des altérations organiques affectant dans certains cas le système nerveux, dans d'autres le pancréas, est assez bien déterminées pour justifier jusqu'à un certain point des prétentions sérieuses à la localisation du diabète. Les faits sur lesquels ces auteurs se sont appuyés sont assez nombreux pour qu'il y ait intérêt à les étudier et à examiner la portée qu'ils peuvent avoir au point de vue de la connaissance du diabète.

I

Les nombreuses recherches physiologiques entreprises sous l'impulsion des travaux de Cl. Bernard, dans le but de déterminer l'influence du système nerveux sur la production de la glycosurie ou du diabète, recherches qui ont eu d'ailleurs des commentaires cliniques très intéressants, ont montré que s'il y avait des lésions nerveuses susceptibles d'amener ce trouble morbide, elles étaient loin de présenter cette constance et cette identité qui sont la caractéristique des lésions pathognomoniques. Je ne crois pas utile de revenir sur ce point particulier de l'histoire du diabète qui est traité dans tous les livres et que j'ai exposé ailleurs (*Etiologie et pronostic de la glycosurie et du diabète*, Paris, A. Delahaye, 1879) avec les développements qu'il comporte.

Si ces diverses investigations physiologiques et pathologiques n'ont pas abouti à donner au diabète cette base anatomique qui lui a manqué jusqu'à ce jour, elles ont eu du moins pour effet d'engager les savants à poursuivre leurs recherches de ce côté. C'est ainsi que Howship Dickinson a été amené à faire du système nerveux des diabétiques un examen plus approfondi qu'on ne l'avait encore fait, et il a consigné les résultats auxquels il est arrivé dans un mémoire publié en 1870 (*Medicò-chirurgical Transactions*, t. LIII, p. 233), et plus tard dans un ouvrage spécial (*Diseases of the Kidney*, Pars I. *Diabetes*, p. 33 à 47, 1875).

Voici, en peu de mots, en quoi consistent les lésions observées par cet auteur.

La substance blanche du cerveau et de la moelle présente, sur des coupes fraîches ou durcies, un aspect cribriforme, visible même à l'œil nu, et résultant de la résorption du tissu nerveux. Ces vacuoles, disséminées un peu partout, mais surtout dans les parties centrales, se rencontrent le long des vaisseaux sanguins et, suivant la période à laquelle on observe la lésion, on trouve dans leur intérieur, soit des cristaux d'hématine, soit des produits de dégénération des éléments nerveux ou du tissu aréolaire provenant de la gaîne des vaisseaux, et quelquefois, quand tous ces éléments ont été résorbés, on ne trouve plus rien dans ces cavités. La marche probable de la lésion est donc la suivante : extravasations sanguines, dégénération localisée du tissu nerveux là où se sont déposés des corpuscules sanguins, résorption graduelle de l'extravasat sanguin, des débris d'éléments cellulaires et nerveux, et, comme résultat final, une place vide, ou vacuole,

---

nent rien; mais il y a une jolie phrase de ce dernier qu'il faut citer : « Si l'on voulait aller à la source des détails relatifs *aux faits* d'extirpation de la tête de l'humérus opérée par White, et dont j'ai parlé, on trouverait encore là un cas de nécrose (*Traité de pathologie externe*, 5e édit., t. V, p. 604, 1861).

Mais qui donc a empêché Vidal de remonter à la source? Celui-là fut bien coupable, car Vidal aurait vu qu'il n'y avait pas *des faits*, mais un seul fait de résection.

Malle, qui s'est souvent inspiré de Velpeau pour rédiger son *Traité de médecine opératoire*, a abandonné son guide ordinaire pour cet article; mal lui en a pris. Il est vrai d'ajouter qu'il n'a pas été plus heureux dans ses autres emprunts. Il décrit le procédé de White et Vigarous de la manière suivante : « Ils se bornaient à pratiquer une simple incision longitudinale, étendue de l'acromion à 14 centimètres de l'empreinte deltoïdienne; une fois les lèvres de la plaie écartées et l'articulation mise à découvert, ils incisaient la capsule, divisaient les muscles qui s'y insèrent, puis faisaient jaillir (*sic*) l'os au dehors et en opéraient la section avec la scie sur une lame de carton, de bois, ou une compresse, afin de ne pas intéresser les parties molles. » (P. 246).

Il est facile de voir que Malle s'est contenté d'amalgamer les erreurs de Sabatier, Lisfranc, Champesme et Blandin pour rédiger cette phrase, en y ajoutant la lame de bois et la compresse, dont aucun d'eux n'a parlé, pas plus, du reste, que White ni Vigarous. Comme si ce n'était pas assez, le compositeur a remplacé le « saillir », de Blandin par « jaillir », ce qui donne un peu plus de piquant à la phrase. Quant à l'indication bibliographique, j'ai à peine besoin de dire qu'elle est inexacte. Malle en donne même deux : *Cases in surgery*, 1770, p. 56, ce qui est presque juste, puisqu'il ne faudrait changer que 56 en 57, — et *Transactions philosophiques*, t. XLIX, p. 39, 1769, ce qui est encore à côté de la vérité, car ce n'est pas t. XLIX, mais LIX qu'il faudrait. On doit donc blâmer fortement Malle d'avoir fait cette infidélité à

irrégulièrement disposée et d'étendue très variable, quelquefois visible seulement au microscope, d'autres fois susceptible de loger un petit pois.

Ces lésions affectent surtout la substance blanche de l'encéphale et rarement la substance grise. On les rencontre aussi dans la moelle épinière, où l'on observe également, dans quelques cas, et par places, la dilatation du canal central; mais elles y sont moins remarquables qu'ailleurs. C'est dans les parties centrales de l'encéphale, et notamment dans la moelle allongée qu'on les trouve en plus grand nombre.

Ces lésions ont été constatées par Dickinson sur onze diabétiques, pour la plupart desquels il donne des détails cliniques assez étendus soit dans son mémoire, soit dans son livre : aussi avait-il cru pouvoir les regarder non-seulement comme constantes, mais encore comme le fait initial, la cause anatomique du diabète.

Malgré l'autorité qui devait s'attacher aux recherches d'un observateur aussi sérieux, des résultats contradictoires ne tardèrent pas à être publiés. Müller (d'Iéna), dans la troisième édition de son ouvrage sur la moelle épinière (*Beiträge zur pathol. Anat. des Rückenmarks*, Leipzig, 1871, cité d'après Külz), déclarait avoir examiné la moelle allongée de trois diabétiques et n'y avoir point rencontré les lésions décrites par Dickinson. Plus tard, E. Külz (*Beitr. z. Pathol. und Therap. des Diabetes*, Marburg, 1874) tenait le même langage après avoir fait aussi l'autopsie de trois diabétiques chez lesquels il avait étudié le bulbe. Enfin, plus récemment, Fr. Taylor et Goodhart ont publié (*Guy's Hospital Reports*, 1877) sur le même sujet un travail basé sur neuf autopsies et dont les conclusions sont complètement négatives. Les recherches de ces auteurs avaient d'autant plus d'importance qu'elles portaient sur des cas assez analogues à ceux de Dickinson, c'est-à-dire sur des sujets morts à l'hôpital et arrivés, la plupart, au dernier degré du marasme diabétique. J'ai dit que leurs conclusions ont été négatives, mais pas cependant d'une façon absolue. Ils ne prétendent pas en effet n'avoir constaté aucune des altérations décrites par Dickinson; mais 1° ils ne les ont pas observées constamment ni aussi marquées; 2° ils leur contestent un caractère qui soit spécial au diabète, vu qu'on les rencontre dans plusieurs autres affections; 3° le plus souvent même elles ne différaient pas sensiblement de ce qu'on voit à l'état physiologique, étant données les nombreuses variations que cet état comporte.

Enfin Moxon et Wilks, dans leur ouvrage sur l'anatomie pathologique, après avoir fait allusion aux recherches de Dickinson sur le système nerveux chez les diabétiques, disent qu'ils ont examiné quelques cas et qu'ils n'ont trouvé d'autre altération dégénérative que celle qui est le fait ordinaire des maladies consomptives (*Lectures on Pathological Anatomy*, pp. 636, 637, 2e éd.).

Dans une communication ultérieure (*The Lancet*, 1878, t. I, p. 117, 160, 253 et 366), et en réponse au travail de Taylor et Goodhart, Dickinson abandonne ce que ses affirmations avaient de trop absolu, surtout quant à la signification de ces altérations, en reconnaissant qu'on pouvait les observer plus ou moins modifiées dans d'autres affections nerveuses; mais tout en maintenant leur réalité dans les limites, déjà un peu réduites, qu'il leur avait données dans son livre. Il a même fait remarquer, à l'appui de sa manière de voir, que le docteur Lockhart Clarke, très compétent assurément en pareille matière, lui avait déclaré, après avoir examiné ses préparations, que les altérations observées étaient bien de nature pathologique.

Comme on le voit, le dernier mot n'est peut-être pas dit là-dessus. Il eût été fort désirable qu'en France ces recherches fussent reprises, ou du moins qu'on ne laissât perdre aucune occasion de répandre un peu de lumière sur tous ces faits. Dans les deux autopsies de diabétiques publiées en 1877 par Lancereaux à propos d'un travail sur lequel j'insisterai tout à l'heure, cet auteur mentionne bien l'état des centres nerveux, mais pas avec des détails suffisants et sans paraître avoir recherché les altérations décrites par Dickinson.

On pouvait encore se demander, guidé par les recherches physiologiques, si le système sympathique ne présenterait pas quelque lésion qui serait particulière au diabète. Stanislas Poniklo, dans une communication faite devant l'Association médicale de Cracovie en novembre 1877, a rapporté en effet cinq cas de sclérose des ganglions cervicaux du sympathique, principalement le supérieur et l'inférieur, observés chez des diabétiques (*The Lancet*, 1878, t. I, p. 268). Ces altérations offrent un certain intérêt à cause de leur accord avec les expériences de Pavy, confirmées par celles de Cyon et Aladoff, de Schiff, de Eckhard, sur la glycosurie produite par l'excision de ces ganglions; mais je ne crois pas qu'elles aient été constatées par d'autres observateurs.

Somme toute, je crains bien que de toutes les recherches dont je viens d'exposer rapidement les résultats, il n'y ait encore rien de définitivement acquis à la science : on peut dire, dans tous les cas, qu'on n'a pas encore trouvé de lésion nerveuse incontestable, spéciale au diabète.

A-t-on été plus heureux dans les investigations faites sur d'autres organes? C'est ce que je vais examiner maintenant.

(*A suivre.*)

Velpeau, qui, pour ces détails, était tombé à peu près juste.

Lisfranc, mis ainsi à contribution par Malle, lui rendit la pareille, mais avec de superbes additions, comme nous le verrons tout à l'heure.

Auparavant, il faut nous arrêter quelques instants sur le *Traité de médecine opératoire* de M. Sédillot. Nous y retrouvons, en effet, la reproduction presque textuelle du procédé de White, d'après Malle.

« White et Vigarous, qui furent des premiers à pratiquer la résection de la tête humérale, se contentèrent d'une simple incision longitudinale, étendue de l'acromion à 4, à 5 pouces plus bas vers l'insertion deltoïdienne. Les lèvres de la plaie écartées, on aperçoit l'articulation, on incise la capsule, les muscles, puis faisant saillir au dehors de la plaie l'extrémité osseuse, on en fait la section avec la scie. » (*Médecine opératoire*, 1re édit., p. 391, 1846.)

Malle disait 14 centimètres, M. Sédillot dit 4 à 5 pouces; les auteurs cités ne disaient ni l'un ni l'autre. M. Sédillot a remis saillir au lieu de jaillir. Là se bornèrent les modifications quant à la forme.

Dans sa seconde édition, M. Sédillot change les pouces en centimètres : il en met 12 ou 15 (1853, t. 1er, p. 498); dans celles de 1865 et 1870, il n'y en a plus que 12; mais cela importe peu.

M. Sédillot, satisfait probablement de son premier emprunt à Malle, lui en fit immédiatement un second. A propos du procédé de Bent, Malle en donne ainsi la description : « Ayant essayé en vain du procédé de White, Bent préfère pratiquer sur la partie supérieure de l'incision deltoïde (encore une faute d'impression) une incision transversale à l'aide de laquelle il obtient deux lambeaux triangulaires situés l'un en avant et l'autre en arrière de la première incision, et qui, une fois renversés, laissent largement l'articulation à découvert, ce qui lui permet d'enlever au besoin une partie du scapulum » (*id.*, p. 247, col. 1). Cette fois Malle était revenu à Velpeau. M. Sédillot répète : « Bent faisait tomber sur le sommet de

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

APPAREIL MICROPHONIQUE RECUEILLANT LA PAROLE A DISTANCE. Note de MM. *P. Bert* et *d'Arsonval*. — Grâce à cet appareil, les bruits stridents connus sous le nom de *crachements* disparaissent en même temps que les ruptures de courant qui leur donnent naissance dans le microphone ordinaire. Le timbre de la voix transmise ne subit qu'une très légère altération, due probablement au téléphone récepteur. On peut, en parlant à voix très basse, mais au voisinage même du microphone, transmettre la parole avec une netteté vraiment très remarquable. A haute voix, on peut se placer jusqu'à 4 ou 5 mètres de l'appareil, dont la sensibilisation à l'aide de l'aimant est très aisément proportionnée à la distance. (Commissaires : MM. Fizeau, Becquerel, Jamin, Marey, Cornu.)

SUR LES CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG DANS LES PHLEGMASIES. Note de M. *G. Hayem*. — A. *Globules du sang*. — 1° L'augmentation du nombre des globules blancs se produit dès le début de la maladie et atteint, régulièrement ou par oscillations, un maximum qui coïncide avec la période de maturité de l'affection, c'est-à-dire, par exemple, avec la suppuration, dans les cas d'inflammation suppurative. 2° Dans les phlegmasies en voie de décroissance, le nombre des globules blancs diminue en suivant plus ou moins étroitement la marche de la maladie. 3° Dans les inflammations suppuratives, le nombre des globules blancs diminue tout à coup au moment où le pus se fait jour au dehors, pour augmenter de nouveau lorsque cette issue est suivie d'une suppuration secondaire. 4° Au commencement de la convalescence des formes franchement aiguës, on voit assez souvent, pendant un temps variable, mais court (un, deux, trois jours), le nombre des globules blancs s'abaisser sensiblement au-dessous du chiffre normal, avant d'atteindre définitivement la moyenne physiologique.

B. *Hématies*. — Les variations numériques des globules rouges dans les phlegmasies dépendent de conditions si diverses et sont par suite si peu régulières, qu'il est difficile d'en donner une description générale. On peut dire cependant qu'une inflammation aiguë d'une durée de huit à dix jours (pneumonie, par exemple) détermine presque toujours une perte de 200 000 à 1 000 000 de globules rouges par millimètre cube. Mais cette évaluation n'est pas rigoureuse, car elle n'a pu être faite qu'à l'aide du chiffre trouvé après le retour complet à la santé.

C. *Hématoblastes*. — Le nombre des hématoblastes, qui, à l'état normal, est de 255 000, est peu modifié pendant la période d'état des phlegmasies aiguës à évolution rapide. Dans la pneumonie franche, il est en général un peu au-dessus du chiffre normal, tandis que dans la plupart des autres maladies inflammatoires il reste au-dessous de ce chiffre ou l'atteint à peine. C'est au moment où la phlegmasie touche à sa fin qu'il atteint son minimum. Alors apparaît tout à coup une augmentation rapide et progressive des hématoblastes, fait capital et constant qui constitue le phénomène le plus saillant et le plus caractéristique de tous ceux que la numération des éléments du sang peut mettre en évidence. En deux ou trois jours (dans les cas franchement aigus), le nombre de ces corpuscules atteint un maximum qui est deux, trois ou presque quatre fois plus grand que le chiffre normal.

SUR L'ACTION DIGESTIVE DU SUC DE PAPAYA ET DE LA PAPAÏNE SUR LES TISSUS SAINS OU PATHOLOGIQUES DE L'ÊTRE VIVANT. Note de M. *E. Bouchut*. — Dans une précédente communication, le 23 août 1879, l'auteur a montré qu'il y avait, dans le suc de papayer et dans le ferment digestif qu'elle renferme (la *papaïne*), un agent qui forme avec les matières albuminoïdes (fibrine, gluten, viande crue, lait) une combinaison ayant tous les caractères des peptones assimilables. En poursuivant ses expériences avec le suc de papayer dilué ou avec la papaïne, non plus sur des matières albuminoïdes mortes, mais sur des tissus vivants, sains ou pathologiques, d'adénomes et de cancers, il a vu les tissus se digérer et se convertir en peptones, comme les matières albuminoïdes mortes. Ainsi, par des injections de 1 gramme de *solution de papaïne* à 10 centigrammes par gramme, ou de 1 gramme de suc de papayer au cinquième dans le cerveau, au moyen de la seringue hypodermique, on obtient une digestion de la substance cérébrale qui a été en contact avec le tissu du cerveau. Toute cette partie, examinée vingt-quatre heures après la mort, est devenue jaunâtre, molle, et, sur un point plus restreint, elle forme un foyer de ramollissement pulpeux jaune et d'autres fois rougeâtre. L'animal ne résiste que deux ou trois heures à cette injection; il tombe dans le collapsus, paralysé d'un ou des deux côtés du corps, et il meurt en paraissant beaucoup souffrir. Si l'on injecte sur le même animal 1 gramme de la même solution de papaïne, ou de suc de papayer dilué, dans les muscles d'une région quelconque du corps, à la cuisse, à la fesse ou dans les lombes, on remarque, au bout de vingt-quatre heures, lors de l'autopsie, une altération très prononcée du tissu musculaire. Dans la partie du muscle où a séjourné la papaïne, on trouve, entourée par le tissu musculaire normal, une partie ramollie, pulpeuse et gélatineuse, formée par le muscle digéré. Dans sept expériences, le résultat a toujours été le même.

On obtient des résultats analogues sur des tissus pathologiques, comme l'adénome, le cancer : d'où une voie ouverte à la thérapeutique.

---

l'incision de White une petite incision transversale, qui agrandissait supérieurement la plaie en produisant deux lambeaux triangulaires, l'un en avant et l'autre en arrière de la première incision. » (1re édit., p. 391; 2e édit., t. Ier, p. 498; 3e édit., t. Ier, p. 502, et 4e édit., t. Ier, p. 550.) M. Sédillot n'a rien changé dans les éditions ultérieures de son ouvrage.

L. H. PETIT.

(*A suivre.*)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie*. — Programme des cours de la saison d'été (année 1880) :

1° *Cours de médecine opératoire*. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le lundi 12 avril 1880, à deux heures. M. le docteur Tillaux traitera des Résections et des Opérations spéciales. M. le docteur Schwartz, premier prosecteur, traitera des Ligatures d'artères. M. le docteur Henriet, deuxième prosecteur, traitera des Amputations. Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie*. — Des conférences sur l'Histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. Quenu, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 1er avril.

CONGRÈS MÉDICAL EN RUSSIE. — Le sixième congrès de l'Association des médecins et naturalistes russes a eu lieu récemment à Saint-Pétersbourg.

Sur l'ankylostomiase. Note de MM. *L. Concato* et *E. Perroncito* (de Turin). — Il résulte d'observations faites par les auteurs que les ouvriers employés au percement du tunnel du Saint-Gothard sont, par centaines, affectés de cette maladie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation de décrets par lesquels sont approuvées les deux élections de M. le docteur Constantin Paul dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, et de M. le docteur Léon Labbé dans la section de pathologie chirurgicale.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur Legrand du Saulle, annonçant qu'une souscription est ouverte pour élever un monument à Philippe Pinel, et sollicitant le concours de l'Académie. — 2° M. le docteur Lardier (de Rambervillers), adresse un mémoire intitulé : *Des causes de mortalité dans certaines épidémies de rougeole. (Comm. des épidémies.)*

M. *le Secrétaire perpétuel* communique un extrait du testament de Mme veuve Louis, par lequel elle lègue à l'Académie de médecine un titre de 1000 fr. de rente 3 pour 100 sur l'État, qui sera employé, selon le désir de son mari, à fonder un prix de thérapeutique qui sera décerné tous les trois ans. Le prix sera de 3000 fr.

M. le docteur *Clément* (de Lyon), à l'occasion de la communication de M. le docteur Dumontpallier, fait connaître un appareil analogue qui fonctionne dans les hôpitaux de Lyon depuis trois ans.

M. *le Secrétaire perpétuel* dit qu'il a pris connaissance de la lettre et de la description de l'appareil de M. Clément, et que cet appareil diffère de celui de M. Dumontpallier en ce qu'il consiste seulement en une ceinture de réfrigération.

MM. *Mathieu* fils, fabricants d'instruments de chirurgie, font connaître un nouveau système de seringue sans piston et entièrement métallique. (*Accepté.*)

M. le docteur *Mandon* (de Limoges) adresse un pli cacheté. (*Accepté.*)

M. *Vauthier* (de Bruxelles) adresse à l'Académie un travail relatif à des expériences qui lui ont permis d'isoler le principe actif des stigmates de maïs et de trouver un corps nouveau auquel il donne le nom d'*acide maïzénique.*

M. *Chatin* présente, au nom de M. Edmond Dupuy, pharmacien de 1re classe, et de M. Émile Ricard, un volume intitulé : *Manuel pratique de l'inspecteur des pharmacies.*

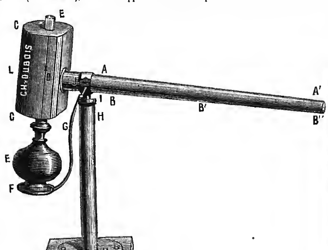
M. *Jules Guérin* présente, au nom de M. le docteur Poumeau, médecin de la marine en retraite, un opuscule intitulé : *Problème concernant l'embryogénie de l'espèce humaine ; détermination des conditions de la sexualité et des moyens de la reconnaître chez la femme enceinte.*

M. *H. Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. Calillon, pharmacien, une brochure intitulée : *Des peptones au point de vue thérapeutique.*

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. le docteur Cadiat, la première partie d'un *Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine.*

M. *Chereau* présente, au nom de M. le docteur Rabbinowicz, un ouvrage portant ce titre : *La médecine du Thalmud, ou tous les passages concernant la médecine, extraits des 21 Traités du Thalmud de Babylone.*

M. le docteur *Noël Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur E. J. Moure (de Bordeaux), un nouvel appareil destiné à remplacer la lumière de Drummond



(lumière oxydrique) pour l'éclairage du larynx et des fosses nasales postérieures. Ce nouvel instrument, construit chez M. Ch. Dubois, se compose : 1° d'une lanterne CC', dont les faces supérieure et inférieure sont percées d'un trou pour le passage du verre de la lampe E; dans l'intérieur de la lanterne et en arrière de la flamme est placé un réflecteur L destiné à projeter les rayons lumineux du côté opposé, où se trouve une ouverture de forme circulaire, mesurant 12 centimètres de diamètre. — 2° A l'ouverture antérieure de la lanterne vient s'emboîter un tube AA', mesurant 95 centimètres de long, dans l'intérieur duquel sont quatre lentilles plan convexe B'BB"B"' destinées à fournir en dehors du tube un faisceau lumineux assez intense pour éclairer nettement le larynx. — 3° Deux coussinets J permettent de diriger les rayons lumineux de haut en bas ou réciproquement ; les mouvements de latéralité s'obtiennent à l'aide d'un tube II, glissant, à frottement doux dans un cylindre HH', qui sert de pied à l'appareil. — 4° Enfin, entre la coussinière J et la lanterne CC' se trouve une tige G, dont l'extrémité inférieure, munie d'un plateau F, supporte la lampe E, qui doit fournir l'éclairage à l'appareil.

Élection. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Les candidats étaient présentés par la section dans l'ordre suivant : en première ligne, M. L. Colin ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Brouardel et Gallard; en troisième ligne, M. J. Besnier ; en quatrième ligne, M. Vallin.

M. *Léon Colin* est élu par 56 suffrages, M. Gallard en obtient 26, M. Brouardel 1, M. E. Besnier 1, 2 bulletins blancs.

Rupture du tendon du triceps fémoral. — A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication faite par M. Jules Guérin, M. *Tillaux* demande à son collègue si la malade dont il est question est une dame dont il indique le domicile. Sur la réponse affirmative de M. Jules Guérin, M. Tillaux ajoute qu'il a eu occasion de voir cette dame, il y a un mois environ, et qu'elle était alors, comme elle l'est encore aujourd'hui, atteinte d'arthrite et de synovite. M. Tillaux croit pouvoir maintenir son diagnostic en face de celui de M J. Guérin.

M. *J. Guérin* ne nie pas et n'a jamais nié que cette malade ait eu et qu'elle ait encore des symptômes d'arthrite et de synovite ; mais il affirme qu'elle a en outre une rupture partielle du tendon du triceps fémoral, rupture appréciable lorsque l'on fait contracter le muscle, et visible, en outre, sur le moule en plâtre qu'il a pris du membre de la malade.

M. *Noël Gueneau de Mussy* connaît particulièrement le médecin américain qui donne habituellement des soins à la malade, et il a su, par ce médecin, que cette dame n'a pas pu marcher tant qu'elle a porté l'appareil de M. J. Guérin, mais qu'elle marche depuis qu'on lui a ôté cet appareil et qu'on l'a soumise à des manœuvres de massage.

M. *J. Guérin* déclare que cette malade ne peut pas marcher, et qu'elle ne marchera jamais.

Myopie dans les écoles. — M. *Maurice Perrin*, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Giraud-Teulon, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Javal, ayant pour titre : *Les livres scolaires et la myopie.* « On est généralement d'accord, dit M. le rapporteur, pour reconnaître que l'enfant ne naît pas myope, mais seulement prédisposé à la myopie, et que cette dernière, qu'elle soit accidentelle ou héréditaire, qu'elle soit attribuée à un défaut de résistance de la coque oculaire, à une irritabilité morbide de la membrane vasculaire, à un état anormal de l'appareil d'adaptation, ou enfin à un défaut primordial dans l'équilibre des puissances motrices du bulbe, se développe sous l'action simultanée d'efforts de convergence et d'accommodation exagérés ou trop longtemps soutenus. »

L'hygiène, appliquée à la prédisposition, consiste donc essentiellement à régler le travail de la convergence et de l'adaptation; en d'autres termes, à empêcher l'œil de regarder de trop près.

Pour atteindre ce but, il faut la réalisation de trois conditions principales : d'abord que l'acuité visuelle soit suffisante ; ensuite que l'éclairage soit bon; enfin que l'objet de travail, c'est-à-dire le livre de classe, soit bien confectionné et imprimé en caractères dépassant le *minimum de la visibilité.* M. Javal, dans son mémoire, s'est borné à l'étude de cette dernière condition. En raison de l'importance pratique de la question et de son opportunité, M. le rapporteur a cru devoir l'envisager à ses différents points de vue.

Il s'attache à établir en particulier quelles doivent être les meilleures conditions de l'éclairage d'une salle d'étude pour

les enfants, et quels doivent être les meilleurs caractères d'imprimerie des livres que l'on met entre leurs mains. Mais il ne suffit pas, dit-il, pour prévenir le développement de la myopie, d'avoir un excellent éclairage et des livres bien imprimés; il faut encore que l'attitude des élèves prédisposés à la myopie soit l'objet d'une surveillance attentive, dans le but de les empêcher de se rapprocher trop pour lire, et surtout de se courber pour écrire. Il est de remarque que les myopes ou ceux qui sont prêts à le devenir se rapprochent de l'objet de travail plus que ne le comporte la portée de leur vue; en d'autres termes, ils ne travaillent pas à la distance de leur *remotum*. Ils aiment à voir de plus près, et l'on peut dire que cette fâcheuse tendance, quelle qu'en soit la cause, constitue la plus grande difficulté que l'on a à vaincre pour opposer une digue à l'accroissement du nombre des myopes. On a fait quelques efforts dans cette voie, on a modifié le mobilier scolaire, on a mieux réglé la hauteur réciproque des bancs et des tables, on a recommandé la surveillance la plus attentive. Tout cela est insuffisant. La seule mesure qui puisse inspirer confiance, c'est l'adoption de tables pourvues d'appareils mécaniques s'opposant à l'invincible tendance qu'ont certains enfants à se rapprocher outre mesure.

Il faut encore, dans chaque maison d'éducation, une surveillance active qui contrôle chaque jour, et presque à chaque instant, l'état de l'éclairage, qui observe l'attitude des écoliers; il faut aussi une direction médicale compétente qui, au commencement de chaque année, détermine l'état de la vue de chaque écolier, lui impose les verres reconnus nécessaires, et s'assure en outre, par des inspections fréquentes et inattendues, que les mesures prescrites sont exécutées.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser une lettre de remerciement à M. le docteur Javal, en l'engageant à continuer ses travaux; 2° de transmettre son mémoire à M. le ministre de l'instruction publique.

Ces conclusions sont adoptées; en outre, suivant la proposition de M. Giraud-Teulon, l'Académie décide que le rapport de M. Maurice Perrin sera également adressé à M. le ministre de l'instruction publique.

M. *Bouley* demande à M. Maurice Perrin une explication sur une proposition émise dans son rapport, à savoir, que l'on ne naît pas myope, mais seulement avec des dispositions à le devenir; jusqu'ici M. Bouley avait la conviction, basée sur les notions les moins contestables de la pathologie comparée, que la myopie est héréditaire de père en fils dans certaines familles.

M. *Jules Guérin* a vu, dans une famille de sept personnes nées d'un père myope et strabique, cinq enfants atteints de myopie et de strabisme. L'un deux, qui ne pouvait rien distinguer à 2 mètres de distance, fut opéré par la section des quatre muscles droits; quatre jours après l'opération, il pouvait voir à 60 ou 80 mètres.

Ce fait démontre d'une manière éclatante, suivant M. J. Guérin, la vérité de cette proposition qu'il a émise depuis longtemps, à savoir, que la myopie résulte de la rétraction des muscles droits de l'œil et qu'on peut la guérir par la section de ces muscles.

M. *Maurice Perrin* répond à MM. Bouley et Blot qu'on s'est assuré que l'enfant, à sa naissance, n'était pas myope, par l'absence du signe anatomique de la myopie, le staphylome postérieur, et par l'absence, également chez le nouveau-né, des conditions dioptriques propres à ce trouble de la fonction visuelle.

M. *Larrey* fait remarquer qu'il ne faut pas confondre l'hérédité avec la congénitalité; la myopie est héréditaire, mais elle n'est pas congénitale.

M. *Giraud-Teulon* ajoute que lorsque la prédisposition existe chez des enfants, le vice de conformation ou le trouble fonctionnel s'établit fatalement, si l'on a pas le soin d'éloigner les causes qui président au développement de la myopie, par exemple la lecture habituelle à une trop courte distance. En d'autres termes, les conditions extérieures du développement de la myopie faisant défaut, l'enfant ne deviendra pas myope, malgré sa prédisposition à ce vice fonctionnel; il le deviendra fatalement si ces conditions existent.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

De l'uréthrotomie externe par le thermo-cautère. — De l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. — Présentation d'un malade : tentative de restauration de la face. — Présentation d'un malade opéré d'un polype naso-pharyngien.

M. *Verneuil* a été frappé de la grande gêne que l'écoulement du sang apporte dans l'opération de l'uréthrotomie externe; sans et même avec conducteur, c'est une véritable complication opératoire. Grâce au thermo-cautère, il a pu opérer dernièrement deux malades avec la plus grande facilité.

Dans un cas, un rétrécissement infranchissable était survenu à la suite d'une chute sur le périnée; l'uréthrotomie externe avec le thermo-cautère dura dix minutes; le malade perdit peu de sang; la guérison arriva sans accidents.

Chez l'autre malade, le périnée était labouré par des fistules; les tissus étaient épaissis, enflammés : la dilatation de l'urèthre était douloureuse et mal supportée. Le rétrécissement n'était pas traumatique. Il y avait au col de la vessie un obstacle probablement valvulaire. Opération avec le thermo-cautère. On passe ensuite une sonde en caoutchouc. Les eschares furent peu épaisses. M. Verneuil ouvrit l'urèthre avec le plus petit des couteaux de la boîte Collin et compléta la section sur un stylet cannelé.

M. *Berger*. M. Verneuil a fait, en 1876, une uréthrotomie externe avec le thermo-cautère dans les circonstances suivantes. Un malade fut opéré de la taille pour un calcul de la vessie; un des fragments du calcul s'engagea dans l'urèthre. Le malade eut une forte hémorrhagie; on dut abandonner le fragment. Plus tard, M. Verneuil coupa la portion membraneuse de l'urèthre avec le thermo-cautère, et enleva le fragment; la guérison fut rapide.

— M. *Terrillon* communique à la Société le résultat d'expériences d'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. Cette substance est très volatile, neutre, non irritante; il est facile de l'obtenir chimiquement pure. On pratique la pulvérisation comme avec l'éther; la température s'abaisse plus rapidement qu'avec cette dernière substance. Pour obtenir une température de moins de 10 degrés, il faut dix minutes avec l'éther, et six minutes avec le bromure d'éthyle. A l'hôpital de Lourcine, M. Terrillon a pu enlever des végétations sans provoquer d'irritation sur la plaie, comme cela arrive avec l'éther.

On tue facilement les chiens, les cochons d'Inde en leur faisant respirer du chloroforme : avec le bromure, l'anesthésie est aussi rapide, et beaucoup moins dangereuse. En Allemagne, on emploie le chlorure de méthylène, qui est moins volatil et plus irritant.

— M. *Berger* présente une femme sur laquelle il a fait une tentative de restauration de la face pour conserver à la malade un œil, l'autre étant perdu par un ectropion consécutif à la cicatrisation d'un lupus. A droite, la vision est perdue ; il n'existe plus trace de la paupière inférieure. A gauche, il y a un peu moins de rétraction, mais la cornée est enflammée et l'œil menace de se perdre.

La suture palpébrale était impossible, même avec une incision libératrice. M. Berger a adopté la *méthode italienne*. La femme fut chloralisée au moyen de 10 grammes de chloral donnés par fractions. L'opération dura trois heures. La suture palpébrale étant faite, il restait une plaie de la face qui

fut comblée avec un lambeau de peau pris sur le bras, auquel il restait fixé par un pédicule. Appareil plâtré comprenant le dos, la tête et le bras.

Pendant vingt et un jours, la malade resta dans cette position très gênante; M. Berger coupa alors le pédicule. Le lambeau pâlit immédiatement, se refroidit et devint insensible. Peu à peu, la sensibilité reparut, le lambeau reprit de la vie; la plaie du bras se cicatrisa. La rétraction cicatricielle se reproduisit un peu à la face. Est-il nécessaire de faire une autre opération pour libérer davantage la paupière inférieure? L'œil droit, qui est perdu, est le siège de vives douleurs ; ne faudrait-il pas l'énucléer?

— M. *Cruveilhier* présente un jeune garçon auquel il a enlevé un polype naso-pharyngien par la voie palatine. L'insertion était sur l'apophyse basilaire. M. Cruveilhier fit plus tard la suture ostéopalatine par le procédé de Fergusson.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Muscles striés des mollusques : M. Blanchard. — Centres vaso-dilatateurs bulbaires : M. Laffont. — Traitement de la chlorose : M. Hayem. — De la hauteur des sièges destinés aux enfants : M. Javal. — Dégagement de chaleur, en rapport avec la digestion : M. d'Arsonval. — Intoxication par un collyre à l'atropine : M. Galippe. — Modifications des variations respiratoires de la pression artérielle sous l'influence de certains médicaments : M. Bochefontaine.

M. *Blanchard*. Les mollusques, contrairement à l'opinion récemment émise par M. Ranvier, peuvent posséder des fibres musculaires striées. Les deux valves du *pecten jacobæus* sont réunies par un muscle dont la partie interne grise est composée de fibres lisses, mais dont la partie externe nacrée est composée de fibres striées. Celles-ci ne possèdent pas de sarcolemme, portent sur le côté un noyau muni de nucléoles, leur striation est oblique, mais non pas entre-croisée comme cela a été dit; leur longueur peut atteindre 5 centimètres; elle mesure toute la hauteur du muscle. Chez l'*helix pomatia*, on trouve dans le muscle rétracteur de la masse buccale des fibres lisses portant un noyau dans leur épaisseur, et en outre une série de granulations, qui peut-être ont été prises à tort pour une striation véritable.

— M. *Laffont* a poursuivi ses recherches sur la glycosurie consécutive à la piqûre du plancher du quatrième ventricule et les effets de l'excitation du bout central du nerf dépresseur. Il a vérifié le fait énoncé par Cl. Bernard qu'une deuxième piqûre faite dans un point déjà piqué ne détermine plus de glycosurie ; mais il a reconnu que, si la deuxième piqûre, au lieu de porter sur le même point, porte sur le point symétrique, la glycosurie réapparaît. De même l'excitation du bout central du nerf dépresseur du côté piqué n'amène plus d'abaissement de la pression artérielle, celle du côté opposé l'amène encore. De ces faits, M. Laffont conclut que dans le bulbe existent deux foyers vaso-dilatateurs symétriques indépendants. M. Laborde ne croit pas que l'on puisse juger, d'après ces expériences, s'il s'agit de centres vaso-dilatateurs excités ou de centres vaso-constricteurs détruits.

— M. *Hayem*. J'ai essayé quelques médicaments que l'on a proposés comme succédanés du fer dans le traitement de la chlorose. Le chlorure de manganèse ne m'a donné aucun résultat à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour, continuée pendant plusieurs semaines. Associé aux inhalations d'oxygène, il n'a pas produit d'amélioration plus sensible. Les mêmes malades qui avaient été infructueusement traités par ces médicaments, ont très bien guéri par l'usage du fer. — M. Galippe rappelle que certains animaux inférieurs ont une hémoglobine bleue qui contient du cuivre, et non du fer, et demande si les sels de cuivre ne pourraient être utilisés dans le traitement de la chlorose. M. Regnard, à l'occasion des paroles de M. Galippe, rappelle que les premières recherches relatives à ces hémoglobines cuivrées sont dues à M. Bert (1867), ont été continuées par MM. Jolyet et Regnard (1876). Il est donc injuste d'en attribuer la priorité, comme on le fait trop souvent, à M. Frédéricq, dont les travaux ne datent que de 1877.

— M. *Javal* fait remarquer combien on se préoccupe peu dans les familles de la hauteur des sièges destinés aux enfants. Une chaise de 57 centimètres pour les bébés ou une chaise de 45 pour les adultes, c'est tout ce dont on se sert, tandis que dans les écoles on a une série de six modèles intermédiaires. Cette négligence a des conséquences fâcheuses au point de vue de la vision, puisque, grâce à elle, il n'est tenu aucun compte de la distance qui sépare l'œil des objets placés sur la table d'étude. Il serait bon de donner aux enfants des chaises plus basses à mesure qu'ils grandissent.

— M. *d'Arsonval*. Un animal pesant 4 kilogrammes, après un repas modérément copieux, est enfermé dans un calorimètre. Il dégage dans la première heure 50 calories; puis ce nombre diminue graduellement et de moins en moins jusqu'à la vingt et unième heure, où il atteint 25. Le dégagement de chaleur est alors constant, ou oscille à peine en rapport seulement avec les mouvements de l'animal. Vers la cinquantième heure, le refroidissement s'accentue et le nombre des calories tombe à 15. Retiré de l'appareil, l'animal mange gloutonnement; renfermé de nouveau, il dégage 70 calories, se refroidit très vite et meurt en présentant les accidents de l'inanitiation. D'autres expériences ont permis à M. d'Arsonval de reconnaître que le dégagement de chaleur était influencé par l'étendue de la surface du corps et la nature du revêtement. Il reviendra sur ces divers points.

— M. *Galippe* signale des accidents d'intoxication survenus à la suite de l'usage, prolongé pendant plusieurs jours, d'un collyre à l'atropine ($0^{gr},30$ sur 20 grammes).

— M. *Bochefontaine*. On sait que les tracés hémodynamométriques présentent deux ordres de courbes, les unes correspondant à chaque systole cardiaque ventriculaire, les autres à chaque mouvement respiratoire. On sait encore que, chez les animaux curarisés, le maximum de la pression correspond à l'ampliation maximum du thorax et au gonflement des vésicules pulmonaires par l'air insufflé. Le contraire a lieu chez les animaux qui respirent normalement : car, chez eux, le maximum de la tension se produit quand l'expiration pulmonaire s'accomplit. En un mot, indépendamment des changements rhythmiques de la tension artérielle produite par les systoles cardiaques, il y a des changements plus considérables dans la tension intra-carotidienne, lesquels répondent aux mouvements de la respiration. Il y a deux séries de courbes.

Plusieurs substances médicamenteuses font cesser les modifications de la tension sanguine intra-carotidienne, chez les animaux à l'état normal, comme chez ceux qui sont curarisés et soumis à l'insufflation pulmonaire, de telle sorte que, sous l'influence de ces substances, les tracés hémodynamométriques ne présentent que la série uniforme des courbes systoliques cardiaques. La courbe plus développée qui répond aux mouvements respiratoires fait défaut.

Trois substances agissent certainement ainsi sur la pression sanguine intra-carotidienne; ce sont le salicylate de soude, le formiate de soude et l'alcool.

D'autres agissent très probablement de la même manière. M. Bochefontaine se propose de les rechercher et de donner, s'il est possible, une explication physiologique de ce fait intéressant.

X. Arnozan,

REVUE DES JOURNAUX

De la dissolution et de l'extraction des calculs biliaires, par M. le docteur T. H. Buckler.

Dans un discours prononcé devant la Société de gynécologie réunie à Baltimore, le docteur Thomas, président de la Société, faisant allusion aux récents triomphes de la chirurgie, disait que le couteau avait été porté jusque dans la vésicule du fiel.

Le docteur Buckler proteste contre ce qu'il appelle un empiétement de la chirurgie sur le domaine de la médecine, et, à son tour, prétend que les calculs biliaires peuvent être dissous dans ce vésicule, même aussi bien qu'ils le seraient dans un simple verre. Malgré que ce confrère de Baltimore ne produise pas une statistique complète des faits sur lesquels il s'appuie, nous croyons intéressant de donner presque complètement la traduction de son article, tout en faisant les réserves nécessaires.

Il y a huit ou dix ans de cela, une communication trop courte fut publiée dans le *Journal de Ray*, conseillant l'usage du chloroforme à doses de 5 à 60 gouttes toutes les quatre ou toutes les six heures, comme moyen certain de dissoudre les calculs de la vésicule, quelque nombreux et quelque gros qu'ils fussent. Dans le *Journal américain des sciences médicales*, numéro de 1867, le docteur Buckler a aussi conseillé l'usage du succinate de fer comme dissolvant les calculs hépatiques et la cholestérine; que celle-ci existe dans les parois artérielles ou ailleurs.

Cette préparation de fer contient plus d'oxygène naissant assimilable que tout autre agent thérapeutique connu. Les décompositions et les recompositions chimiques de cette substance sont inoffensives. Enfin, ce composé est, de toutes les préparations ferrugineuses, un des plus efficaces contre la cachexie palustre, contre l'hypoglobulie et la dégénérescence des globules sanguins. Il est évident que l'acide nitrique renferme beaucoup plus d'oxygène. Mais ici, cet agent de reconstitution est facilement approprié là où il n'est point requis. Tandis qu'avec le succinate de fer, l'oxygène n'est assimilé qu'en temps utile; et s'il n'y a point défaut d'oxygénation il n'y a point assimilation d'oxygène. C'est pourquoi le succinate de fer est bien plus utile, croyons-nous, que l'acide nitrique ou que l'acide chlorhydrique, dans les cas divers de troubles des fonctions hépatiques.

Je me suis servi, dit le docteur Buckler, de ce sel depuis trente ans, préparé sous forme de succinate hydraté de peroxyde de fer, $Fe^2H^2C^2H^4O^4+6HO$. Contenue en suspension dans l'eau distillée, sous forme impalpable, cette préparation est stable, lorsqu'elle est bien faite.

Si l'on considère l'activité de l'oxygène, il est facile de voir ce que peut ce produit en présence de la cholestérine et de la graisse cholestérique, qui ne contient qu'un et demi pour 100 de cet agent omnivore. Dans le journal intitulé : *Transactions de la Société médicale de l'Etat du Kentucky*, 1877, le docteur J. A. Octerlony mentionne un certain nombre de cas de cholé-lithiase traités et guéris par le seul usage du succinate de fer. Dans les cas critiques et urgents de calculs hépatiques, où il n'y a souvent pas de temps à perdre, je préfère l'usage simultané du chloroforme et du succinate de fer de Stewart. Dans les trois derniers cas traités avec succès, je recommandai l'usage du chloroforme et du succinate de fer dès l'existence avérée d'un calcul hépatique. Je donnai 10 gouttes de chloroforme toutes les quatre heures et une cuillerée à café du succinate une demi-heure après chaque repas.

Dans deux cas, les malades de sexe différent purent prendre une cuillerée à café de chloroforme toutes les six heures, sans aucun inconvénient. Ces doses massives produisirent la dissolution des calculs dans l'espace d'une semaine. Un de ces cas fut celui de Mme C. «stewardess», sur le navire *la Scotia*, de la ligne Cunard, soignée par le docteur Bryce, chirurgien de la marine à bord de ce bâtiment. Le diagnostic : *cancer du foie*, avait été porté par sept chirurgiens, passagers sur ce navire à diverses époques. L'auteur, influencé par les opinions émises par ses confrères, crut reconnaître un cancer, lorsqu'il vit la malade pour la première fois, de nuit. Un examen plus attentif fait le lendemain révéla la présence d'une vésicule susdistendue, débordant la face inférieure du foie et s'appuyant contre le bord antérieur du lobe droit, et remplie de calculs facilement appréciables à travers les parois décharnées de l'abdomen. Une tumeur limitée, une teinte ictérique de la région, qui avait échappée au premier examen, furent tout de suite reconnues. Ceci, trois jours après l'arrivée du navire à Jersey-City. J'ordonnai à Mme C. de prendre, en débarquant, quatre flacons de succinate de fer, à raison d'une cuillerée à café après chaque repas. En revenant en Europe dix-huit mois après sur le même bâtiment, je passai plusieurs jours sans reconnaître une grosse Irlandaise, à la face réjouie, au teint florissant de santé. La femme que j'avais vue amaigrie, presque cachectique un an et demi antérieurement, m'apparaissait maintenant replète, fraîche et transformée. Elle avait fait usage du chloroforme à raison d'une cuillerée à café dans de l'eau sucrée toutes les six heures pendant six jours; à partir de ce moment, la tumeur du foie avait disparu et ne pouvait plus être sentie. Elle avait alors commencé le traitement ferrugineux qu'elle avait continué pendant plusieurs mois.

Ces cas sont rares. Je n'en ai vu qu'un semblable, chez la femme d'un pasteur de New-York. J'ai vu bien des cas de calculs biliaires. Tous, à l'exception d'un seul, ont été heureusement traités par le chloroforme, qui agit comme dissolvant des calculs et qui calme la douleur souvent intolérable causée par la présence de ces corps dans les voies biliaires. Après la dissolution des calculs et pour agir contre la diathèse cholestérique et empêcher la formation d'autres calculs, les malades furent tous soumis au traitement par le succinate de fer pris pendant quatre ou six mois de suite. Il y eut une exception, ce fut chez Mme P., demeurant dans le comté de Cecil, Etat de Maryland, où elle avait été traitée par trois médecins de la localité. Tous les trois déclarèrent *ex cathedra* que, suivant eux, les douleurs qu'éprouvait la malade ne pouvaient venir de l'acheminement d'un calcul dans les voies biliaires, puisque leur expérience ne leur fournissait aucun exemple d'une affection pareille chez un sujet aussi jeune. Cette dame avait vingt ans.

Je conseillai à ces trois médecins d'instituer le traitement par le chloroforme et par le succinate de fer; mais le triumvirat était d'opinion différente.

Ils engagèrent la malade à se rendre à Philadelphie pour consulter un médecin célèbre à cette époque pour sa connaissance des maladies des femmes. Celui-ci émit une opinion conforme à celle des médecins traitants, donna à lire au mari de la dame le *Traité des maladies du foie* de Budd, comme preuve que les calculs biliaires ne se voient que chez des femmes d'un certain âge, et il lui dit qu'il était impossible que sa femme, avec sa jeunesse, sa santé, sa beauté, pût souffrir d'une affection pareille. Il lui fallait de la distraction, des divertissements, l'Opéra chaque soir. Elle s'y rendit plusieurs nuits de suite, et soupa après chacune de ces soirées. Le dernier souper fut celui du samedi. A deux heures du matin, le dimanche, elle fut prise de douleurs vives dans la région du foie, nausées, vomissements, et après une maladie de huit jours, elle mourut. Le même jour, au matin, M. P., désireux de connaître la cause de la mort, demanda qu'il fût procédé à l'examen du corps. Cet examen révéla la présence d'un calcul solidement fixé dans l'infundibule de la vésicule du fiel. Une petite pierre est plus dangereuse qu'une grosse, par le fait de la possibilité d'un tel accident.

Le calcul extrait chez Mme P. me fut transmis par lettre; il était de la grosseur d'une petite fraise des Alpes. Pendant les neuf ans que je passai comme médecin de l'hôpital de Baltimore, où il y a une moyenne d'un décès par jour, et où l'examen a lieu pour tous les cadavres, j'ai deux fois retiré de la vésicule du fiel des calculs de la grosseur d'un œuf de poule qui, durant la vie des malades, n'avaient donné lieu à aucune plainte.

La grande majorité des malades ne peuvent ingérer par l'estomac que 10 à 15 gouttes de chloroforme toutes les quatre ou toutes les six heures. Il convient alors d'administrer le chloroforme pendant quinze ou vingt jours de suite.

J'ai vu une malade qui ne pouvait prendre que 4 gouttes toutes les six heures. Chez cette dernière malade, l'adminis-

tration du médicament fut continuée pendant six semaines, durant lequel espace de temps on eut recours aux inhalations de chloroforme comme adjuvant du traitement.

Une fois absorbé par l'estomac, le chloroforme passe nécessairement dans la circulation de la veine porte dont le sang sert à élaborer la bile; de là le chloroforme se rend aux acini de la glande hépatique; charrié avec la bile récemment formée jusque dans la vésicule du fiel, le chloroforme exerce son pouvoir dissolvant sur la cholestérine d'une manière tout aussi efficace que s'il agissait sur la même substance placée dans un verre à expérience. La cholestérine peut obstruer les acini du foie et les conduits hépatiques de petit calibre et produire la jaunisse. Dans ces cas, les symptômes de stase biliaire sont promptement amendés par l'usage du chloroforme. Le pouvoir dont jouit le chloroforme de dissoudre la cholestérine dans le corps humain, démontre jusqu'à l'évidence qu'il n'y a point décomposition de ce produit en principes hydro-carbonés, du moins pas avant qu'il n'ait exercé son action dissolvante sur la cholestérine du foie. On pourrait administrer le chloroforme sous forme de chloral ou de chloroforme naissant, ce dernier étant mis en liberté dès que le chloral entre en contact avec les alcalis du sang. Je ne l'ai jamais préconisé sous cette forme, préférant le chloroforme pur de Duncan et Flockhart (d'Edimbourg) ou celui de Squille (de New-York).

L'éther et la térébenthine ont été recommandés il y a plus d'un demi-siècle comme substances produisant la dissolution des calculs hépatiques, mais leur usage a trompé mon attente, et, après une expérience de cinquante ans, l'efficacité de ces produits n'est rien moins que démontrée. La cause de ces insuccès est difficile à déterminer, puisque, hors du corps, la cholestérine n'est guère moins soluble dans l'éther que dans le chloroforme. Je pense que la raison doit être dans le fait de la différence qui existe entre la gravité spécifique des deux corps; l'éther étant plus diffusible et surnageant dans l'eau, tandis que le chloroforme est plus lourd que l'eau.

En résumé, nous espérons que nous n'entendrons plus parler de l'extraction des calculs de la vésicule du fiel par le couteau chirurgical ou de tout autre manière.

Nous connaissons deux ou trois cas de ces opérations chirurgicales faites en Allemagne, une à Paris, et une dans l'Etat de l'Ohio. Les résultats ne sont pas donnés.

Plusieurs eaux minérales, notamment celles de Karlsbad, ont la réputation de guérir les malades atteints de calculs biliaires. C'est à tort, selon nous. J'ai vu et traité un M. Von H. pour des incrustations cholestériques de la vésicule du fiel immédiatement après son retour de Karlsbad.

Rien ne peut agir avec efficacité sur les calculs biliaires, si ce n'est une substance dissolvante, et les eaux de Karlsbad n'ont point les qualités requises pour dissoudre ces productions. (*The Boston Medical and Surgical Journal*, 23 octobre 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie, par MM. Beauregard et Galippe. Petit in-8 de 900 pages. — Paris, 1880. G. Masson.

Les applications du microscope se multipliant d'année en année, il devient plus difficile chaque jour d'acquérir des notions précises sur les procédés techniques et l'examen méthodique des objets si variés dont l'étude est approfondie par les micrographes. Il ne faut donc pas s'étonner du nombre croissant des manuels qui se consacrent aux diverses sciences auxquelles la micrographie est associée. Dans des livres de ce genre, les auteurs peuvent choisir et limiter le champ de leurs investigations, et pour apprécier leur valeur il suffit de constater, d'une part, l'utilité pratique résultant de la définition ou du choix des sujets, et de rechercher, d'autre part, si les notions les plus récemment acquises sont nettement mises en lumière. D'ouvrages de ce genre on n'attend pas, en général, l'originalité dans les recherches, dans les faits; mais on leur demande surtout les qualités de vulgarisation, de précision et d'actualité, et c'est à ce point de vue que nous nous placerons dans cet examen rapide.

Le *Guide de micrographie* s'adresse aux botanistes et à ceux qui peuvent être appelés à traiter des questions médico-légales; il peut donc être utile aux pharmaciens et aux médecins, comme résumé des connaissances qu'ils ont acquises et qu'ils doivent conserver; c'est probablement là ce que les auteurs ont voulu indiquer dans leur titre en se proposant comme « Guide de l'élève et du *praticien* ».

Laissant de côté le chapitre initial sur les microscopes et leur emploi, qui est un résumé succinct analogue à ce que l'on trouve dans tous les manuels de micrographie et de microscopie, nous signalerons dans les chapitres désignés sous le nom d'*histologie végétale* ceux qui intéressent plus particulièrement les médecins. L'organographie végétale s'apprend ou du moins s'enseigne à l'Ecole de pharmacie et à l'Ecole de médecine; elle fait partie des connaissances nécessaires pour obtenir les diplômes, et par conséquent les auteurs ont avec raison donné des indications microscopiques précises sur la cellule, les organes élémentaires et les tissus, la structure des tiges, de la racine, des feuilles, les organes de reproduction, toutes « choses botaniques », si l'on nous permet l'expression. Cependant, parmi ces notions que le « praticien » laisse habituellement reposer dans ces régions où se condensent les enseignements des sciences dites accessoires, quelques-unes ont pris une importance considérable en médecine. MM. Galippe et Beauregard leur ont consacré des chapitres particuliers, et avec raison.

On lira certainement avec intérêt les descriptions des champignons parasites de la teigne faveuse, de la pelade, de la teigne tonsurante, du pityriasis, de la mentagre et du muguet. On cherchera, à propos des ferments et des bactériens, les descriptions exactes des saccharomyces, des torules, des zooglœa, des mycodermes; on les y trouvera, avec quelques détails, quelques figures aidant à l'exposition des caractères, et sous les dénominations variées de micrococcus, palmella, torula, etc.; et cependant, malgré cette richesse de documents, si l'on veut approfondir l'histoire intime des ferments, savoir quels sont les caractères micologiques spécifiques de ces micrococcus de la scarlatine, de la rougeole, de la septicémie même, et de bien d'autres encore, on ne trouvera pas dans ce livre un exposé dogmatique de cette partie de la science; cet exposé d'ailleurs n'a pas encore été tenté, au grand regret des médecins qui ne se contentent pas des conclusions résumées sous la forme académique. En d'autres termes, nous eussions voulu que MM. Galippe et Beauregard exposassent les procédés techniques et pratiques de la recherche des bactériens et autres microorganismes, suivant les préceptes de l'expérimentation méthodique de M. Pasteur.

Sous le titre d'*histologie animale*, les auteurs ont traité de sujets complexes intéressant la clinique aussi bien que la médecine légale, tels que l'étude du sang, du pus, des sédiments de l'urine et du lait; les chapitres consacrés au sperme, aux matières fécales, aux parasites et aux mucus renferment les notions essentielles à connaître pour tous les médecins. Ces questions sont traitées avec une connaissance complète de l'état de la science, et avec méthode; de nombreuses figures accompagnent les descriptions; les sédiments urinaires sont représentés dans leurs formes les plus variées; les parasites figurent sous leurs diverses phases; enfin les auteurs ont ajouté des indications très intéressantes sur l'examen microscopique des eaux, des corpuscules et miasmes de l'air.

L'importance de la micrographie en médecine légale explique le développement donné au chapitre terminal, qui est consacré à l'examen des cheveux et des poils; d'ailleurs, les auteurs ont soin de citer des exemples de rapports médico-légaux dans lesquels l'examen microscopique pouvait seul déterminer les circonstances indispensables à la justice, et à ce point de vue les recherches de M. Malassez et de M. Galippe sur la structure, la forme, le volume des poils, ajoutent des notions précises applicables aux recherches de médecine légale.

Telles sont les qualités de ce livre; bien que, nous l'avons dit plus haut, ce *Guide de micrographie* soit passible de quelques critiques, nous y avons trouvé bien des pages utiles, et nous n'hésitons pas à féliciter MM. Galippe et Beauregard de leur œuvre de vulgarisation.

Albert Hénocque.

Etudes de chirurgie dentaire, application du polyscope et de la galvanocaustie aux affections de l'appareil dentaire et à la chirurgie générale, par E. Brasseur. 1 vol. in-8, avec 40 figures.—Paris, 1879. Germer Baillière.

Traité d'anatomie dentaire, humaine et comparée, par Ch. Tomes, traduit de l'anglais et annoté par L. Cruet. 1 vol. in-8, avec 180 figures. — Paris, 1880. O. Doin.

Nous avons toujours été frappé de la pauvreté de la littérature médicale dentaire en France, surtout lorsqu'on la compare avec celle des autres pays. En Angleterre, en Allemagne et en Amérique, des traités complets, d'une valeur incontestable, ont été publiés pendant ces vingt dernières années. L'odontologie française s'est certainement enrichie d'un assez grand nombre de travaux, dont quelques-uns ont une importance capitale; mais aucun ouvrage ne réunit sous la forme d'un *Traité* ces récentes acquisitions de la science. Nous ne pouvons donc que féliciter MM. Brasseur et Cruet, qui ont eu l'heureuse idée, le premier de publier le résultat de ses propres recherches, le second de traduire un des meilleurs ouvrages classiques qui aient paru en Angleterre.

Le travail de M. Brasseur intitulé : *Études de chirurgie dentaire*, n'est que la première partie d'un traité complet qui comprendra toute la pathologie de cette branche de la chirurgie. L'auteur s'est attaché surtout à décrire les nouveaux procédés opératoires récemment introduits dans l'art dentaire, depuis l'invention des appareils électriques et galvanocaustiques. Tout le monde s'incline devant les immenses services rendus à la médecine par l'électricité; mais en matière thérapeutique, nous devons reconnaître avec M. Brasseur que c'est seulement depuis l'invention d'appareils nouveaux d'une application sûrement combinée et calculée, que l'électricité est devenue un des agents les plus puissants dont se sert la chirurgie. Parmi ces instruments nous trouvons en premier lieu le polyscope de M. Trouvé, qui constitue, pour le dentiste, plus encore peut-être que pour tout autre chirurgien, le plus indispensable des appareils. En effet, n'est-il pas précieux d'avoir toujours sous la main, non seulement une source très vive de lumière, mais encore une source de chaleur qui permet de rougir des cautères sans causer le moindre effroi aux malades, dont la nervosité est parfois si difficile à surmonter?

Nous ne suivrons pas M. Brasseur dans les longs et utiles développements qu'il donne sur les applications du polyscope à la chirurgie dentaire, c'est là une question qui sort de notre compétence; mais nous appellerons l'attention des chirurgiens sur un chapitre dans lequel l'auteur signale les avantages que la chirurgie générale peut retirer de l'emploi de cet instrument. Le polyscope de Trouvé peut en effet être appliqué au diagnostic des tumeurs contenues dans les cavités telles que le nez, le larynx, l'utérus, etc. M. Colin s'en sert à Alfort pour l'éclairage de l'estomac des ruminants.

En résumé, M. Brasseur a réuni dans cet excellent travail les données les plus récentes de la science sur cette branche importante de la chirurgie, et nous ne pouvons qu'exprimer le désir de voir prochainement apparaître la seconde partie de ses *Études de chirurgie dentaire*.

— L'ouvrage que nous présente aujourd'hui M. Cruet, est le *Traité d'anatomie dentaire* de M. Ch. Tomes, ouvrage qui jouit en Angleterre d'une grande notoriété. Ce livre est divisé en deux parties à peu près égales. La première traite de l'anatomie humaine et contient six chapitres consacrés à l'étude des maxillaires, des tissus dentaires et du développement des dents et des mâchoires. La seconde partie traite de l'anatomie comparée et contient les développements les plus complets sur la structure et la physiologie des dents chez les différentes espèces animales.

L'ouvrage de M. Tomes se recommande par une excellente distribution des matières et par une grande clarté; il présente toutes les qualités didactiques d'un livre destiné à l'enseignement. Ajoutons qu'il a été fort bien rendu par son traducteur, M. Cruet, à qui la science est redevable d'un grand nombre d'excellents travaux sur l'art dentaire.

A. Lutaud.

Erratum. — *Syphilis et mariage.* — Une faute typographique, trop importante pour n'être pas corrigée, s'est glissée dans notre analyse de l'ouvrage de M. Fournier : *Syphilis et mariage*. On a imprimé : « La contagion syphilitique dans le mariage est d'autant *moins* à craindre pour la femme... que la syphilis du mari est plus récente »; lisez : « d'autant PLUS à craindre », sens indiqué d'ailleurs par le reste du passage de notre analyse.

VARIÉTÉS

LOI RELATIVE A LA LIBERTÉ DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Art. 1er. — Les examens et épreuves pratiques qui déterminent la collation des grades ne peuvent être subis que devant les Facultés de l'Etat. Les examens et épreuves pratiques qui déterminent la collation des titres d'officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes ne peuvent être subis que devant les Facultés de l'Etat, les Ecoles supérieures de pharmacie de l'Etat et les Ecoles secondaires de médecine de l'Etat.

Art. 2. — Tous les candidats sont soumis aux mêmes règles en ce qui concerne les programmes, les conditions d'âge, de grades, d'inscriptions, de travaux pratiques, de stage dans les hôpitaux et dans les officines, les délais obligatoires entre chaque examen et les droits à percevoir au profit du Trésor public.

Art. 3. — Les inscriptions prises dans les Facultés de l'Etat sont gratuites.

Art. 4. — Les établissements libres d'enseignement supérieur ne pourront, en aucun cas, prendre le titre d'Universités. Les certificats d'études qu'on y jugera à propos de décerner aux élèves ne pourront porter les titres de baccalauréat, de licence ou de doctorat.

Art. 5. — Les titres ou grades universitaires ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les examens ou les concours réglementaires subis devant les professeurs ou les jurys de l'Etat.

Art. 6. — L'ouverture des cours isolés est soumise, sans autre réserve, aux formalités prévues par l'article 3 de la loi du 12 juillet 1875.

Art. 7. — Aucun établissement d'enseignement libre, aucune association formée en vue de l'enseignement supérieur, ne peuvent être reconnus d'utilité publique qu'en vertu d'une loi.

Art. 8. — Toute infraction aux dispositions des articles 4 et 5 de la présente loi sera punie d'une amende de 100 à 1000 francs, et de 1000 à 3000 francs en cas de récidive.

Art. 9. — Sont abrogées les dispositions des lois, décrets, or-

donnances et règlements contraires à la présente loi, notamment l'avant-dernier paragraphe de l'article 2, le paragraphe 2 de l'article 5, et les articles 11, 13, 14 et 15 de la loi du 12 juillet 1875.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Chaire d'anatomie pathologique pratique. — La majorité de la sous-commission du budget appelée à examiner la demande de crédit nécessaire à la création de cette chaire proposée par le ministre vient de se prononcer en faveur du projet.

Concours d'agrégation en médecine. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que le concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris : MM. Joffroy, Landouzy, Troisier, Raymond.
Lyon : MM. Bouveret, Vinay, Perret.
Bordeaux : MM. Arnozan, Rondeau.
Montpellier : MM. Masset, Moriez, Regimbeau.

Concours d'agrégation (*section de chirurgie et d'accouchements*). — La liste des candidats admis à prendre part au concours pour treize places d'agrégés près les Facultés de médecine, dans la section de chirurgie et d'accouchements, est arrêtée ainsi qu'il suit :

Académie de Paris: Chirurgie. — MM. les docteurs : Bouilly (Vincent-Georges), Boursier (Pierre-François), Campenon (Victor-Adrien), Duret (Henri), Heuriet (Léon), Kirmisson (Édouard-François), Levrat (Jules), Nepveu (Gustave-Joseph-Edouard), Peyrot (Jean-Joseph), Picqué (Lucien), Piéchaud (Antoine-Ludovic), Reclus (Jean-Jacques-Paul), Schwartz (Charles-Edouard), Weiss (Georges-Théodore).

Accouchements. — MM. les docteurs : Budin (Pierre-Constant), Bureau (Arsène-Charles), Champetier de Ribes (Louis-Antoine-Camille), Hirigoyen (Jean-Baptiste-Louis), Loviot (Louis-Ferdinand), Gaulard (Louis), Martel (Joannès), Porak (Charles-Auguste), Ribemont (Alban-Alphonse-Ambroise), de Soyre (Antoine-Louis), Stapfer (Horace-Jules), Vermeil (Henri-Marc), Lefour (Joseph-Raoul).

Académie de Lyon : Chirurgie. — MM. les docteurs : Chandelux (André-Jacques-Antoine), Raugé (Paul-François-César), Tédenat (Emile-Jean-Léon).

Accouchements. — Duchamp (Casimir-Victor-Adolphe), Poullet (Pierre-Jules).

Académie de Montpellier : Chirurgie. — MM. les docteurs : Auguier (Eugène-Paul-Jacques), Guibal (Henri-Marie-Raymond).

Accouchements. — M. Dumas (Jules-Léon).

Académie de Nancy : Chirurgie. — M. le docteur Baraban (Dominique-Léon). — MM. les docteurs Chandelux, de Soyre et Nepveu ont retiré leur candidature.

Nécrologie. — Deux de nos plus sympathiques confrères viennent d'être douloureusement éprouvés. La mort vient de frapper la mère de M. le professeur Verneuil, et Mme Brun, femme du dévoué trésorier de l'Association des médecins de France

---

Association générale des médecins de France. — Nous rappelons que l'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le dimanche 4 et le lundi 5 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, à deux heures, sous la présidence de M. Henri Roger.

Banquet de l'internat. — Rappelons aussi que le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 3 avril, à sept heures, dans les salons de l'hôtel Continental.

École de médecine d'Amiens. — M. Bax, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de clinique interne et de pathologie interne, pour une période de neuf années.

École de médecine de Toulouse. — M. Cadène (Michel) est institué chef des travaux anatomiques, pour une période de dix années, en remplacement de M. Maynard, appelé à d'autres fonctions.

Autorisation d'exercice en faveur d'un duc bavarois. — Le chancelier de l'empire allemand vient d'autoriser à exercer la médecine, avec dispense de l'examen spécial prescrit par les règlements particuliers, le docteur en médecine duc Carl Théodore de Bavière.

Société de secours des amis des sciences. — Cette Société tiendra son assemblée générale le mercredi 31 mars, à la Sorbonne, à huit heures du soir, sous la présidence de M. Dumas, et une conférence sur les expériences de M. Crokes (état radiant de la matière) y sera faite par M. G. Salet, maître de conférences à la Faculté des sciences.

Avis. — On demande un docteur médecin dans un bourg du département de l'Eure. S'adresser au maire d'Epaignes (Eure) pour les renseignements.

Erratum. — Dans le dernier numéro, au mémoire original sur l'adénopathie bronchique de M. Guiraud, à la 2e ligne de l'avant-dernier alinéa, 2e colonne, p. 179, *au lieu de* un et deux grammes, lisez *un et deux granules*. — Quelques lignes plus loin, *au lieu de* quatre kilomètres, lisez *quatre kilogrammes*.

Mortalité a Paris (11e semaine, du vendredi 12 au jeudi 18 mars 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1251, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 78. Variole, 66. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 7. — Diphthérie et croup, 44. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 5. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 160. — Autres tuberculoses, 70. — Autres affections générales, 118. — Bronchite aiguë, 67. — Pneumonie, 101. — Diarrhée infantile et athrepsie, 123. — Autres maladies locales : aiguës, 59; chroniques, 182; douteuses, 85. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 7; épuisement, 2; causes non définies, 3. — Morts violentes, 35. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 11e semaine. — Malgré les beaux jours, notre mortalité ne baisse pas... On peut admettre, autant que les irrégularités déjà signalées dans le travail des mairies permettent d'en juger, que les décès par fièvre typhoïde se sont accrus, peut-être aussi ceux par variole et par rougeole, mais ce sont surtout les décès enfantins par gastro-entérite ou athrepsie qui ont augmenté... Nous attirerons l'attention sur le chiffre vraiment formidable de la mortalité de la première année de la vie à Paris. Elle serait telle que 1000 enfants de 0 à 1 an qui, en France, fournissent 205 décès annuels, en donnent *en moyenne* environ 338 à Paris, et, d'après le taux mortuaire de notre dernière semaine, jusqu'à 585! Ces coefficients mortuaires, mais surtout le dernier, sont vraiment peu vraisemblables; pour se les expliquer il faut observer : 1° que les dénombrements des enfants vivants du premier âge sont fort imparfaits et pèchent ordinairement par omission; 2° que ces décès enfantins sont indûment grossis de tous ceux qui, devant être envoyés en nourrice à la campagne, succombent avant leur départ. Dr Bertillon.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 1er avril 1880.

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Un rapport de M. le docteur Thulié, lu à la dernière séance du conseil municipal, a soulevé de nouveau la question de l'allaitement artificiel. Rappelons qu'en 1877, le conseil avait émis le vœu qu'une expérience d'alimentation artificielle fût faite par les soins de l'Assistance publique. L'Académie de médecine, consultée par le directeur de l'administration hospitalière, avait, par un vote sévère, repoussé énergiquement, à l'unanimité moins deux voix, toute tentative de ce genre. Un pareil vote indiquait évidemment que l'Académie ne voulait, en aucune façon, couvrir de son autorisation une mesure qu'elle considérait comme pernicieuse, et qui pouvait détourner de leur destination les encouragements qu'on voulait exclusivement réserver à l'allaitement maternel.

Le vote académique ne fut pas accepté sans contrôle par le corps médical. La *Gazette hebdomadaire* (novembre 1878) s'efforça de réhabiliter, dans une certaine mesure, l'allaitement artificiel, et de démontrer qu'il n'était pas responsable de tous les méfaits qu'on lui attribuait. L'un des membres de la docte assemblée, rapporteur d'une commission nommée pour examiner la question de la mortalité des nouveau-nés, n'avait-il pas déclaré lui-même que l'allaitement artificiel, bien qu'inférieur à l'allaitement au sein, était quelquefois seul possible, pouvait rendre de grands services, et que malheureusement, sous ce rapport, nous étions en France singulièrement arriérés? Il affirmait que le vote de l'Académie ne devait pas être interprété comme la condamnation absolue de l'allaitement artificiel, puisque l'un des prix proposés par cette même Académie avait pour sujet précisément ce mode d'allaitement et l'étude des moyens qui pouvaient le rendre inoffensif. Mais la Compagnie n'avait pas voulu, *a priori*, autoriser une expérience sur une grande échelle. La question n'était donc pas définitivement jugée, et il ne s'agissait que de s'entendre. Le directeur de l'Assistance publique, après avoir pris avis d'une commission médicale, proposa d'établir à l'hospice des Enfants assistés une nourricerie placée sous la surveillance de M. le professeur Parrot. Des fonds furent demandés au conseil municipal pour cette fondation. Les animaux devant fournir le lait nécessaire doivent être placés dans une étable annexée à la nourricerie, de telle façon que les enfants reçoivent un lait absolument pur, au moment même de la traite.

En vue de vérifier les avantages attribués au lait de divers animaux, on réunirait dans l'étable des vaches, des chèvres, des ânesses, et même des juments et des chiennes (?).

Nous n'insistons pas sur quelques propositions qui ne nous paraissent pas praticables, telles que l'allaitement direct de l'enfant par l'animal. Ce sont là des procédés d'exception et qu'il est impossible de généraliser. Quant à la partie fondamentale du projet, nous croyons qu'elle peut être adoptée sans aucun inconvénient; mais si cette première expérience ne réussissait pas au gré de ceux qui veulent l'instituer, nous ne passerions pas pour cela condamnation définitive sur l'allaitement artificiel.

Il est bien facile, en effet, de voir que les conditions dans lesquelles serait pratiqué l'allaitement sont fort différentes de celles que nous proposions. Dans quel milieu cette nourricerie va-t-elle être placée? Précisément à Paris, dans un

FEUILLETON

Histoire de la première résection de l'épaule pour carie, attribuée à tort à White, de Manchester.

(Fin. — Voyez les numéros 10, 11 et 13.)

Nous arrivons à Lisfranc. Voyons d'abord ce qu'il dit de nos auteurs, nous compterons les fautes ensuite : « Un praticien de Pézenas, Thomas, cita en 1740 un cas dans lequel la tête nécrosée de l'humérus avait été fort heureusement extraite » (*Précis de médecine opératoire*, t. II, p. 586, 1846). « La résection de la tête cariée de l'humérus fut proposée par Platner, White, Vigouroux, C. Petit, Moreau père et fils, David, Wurtzer, Textor, Brulatour, Bent, Syme, etc., l'ont pratiquée » (*id.*). Tout ceci est pris dans Velpeau.

« *Procédé de White.*— Incision parallèle à l'axe du membre; elle commence sur la partie moyenne de l'extrémité libre de l'acromion; elle s'étend suivant le volume du membre, à 12 ou 15 centimètres (4 ou 5 pouces) plus bas : section des tendons fixés à la tête de l'humérus; ouverture de la capsule; luxation de la tête de l'os; on le dénude avec les précautions convenables pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs; lorsque toute l'étendue de la maladie a été mise à découvert, on passe derrière lui une plaque de carton; puis on emploie la scie » (*id.*, p. 587).

Lisfranc donne ensuite la description du procédé de Bent d'après Sabatier, Velpeau et Sédillot, et ajoute : « Les auteurs que je viens de citer ne décrivent pas de la même manière le mode opératoire de Bent; quand on veut faire de la bonne érudition, il faut recourir à la source » (*id.*, p. 588). Et Lisfranc donne *en anglais* le passage de Bent, avec la traduction en français, et comme indication bibliographique : *Transactions philosophiques*, t. LXIV, p. 774.

hospice d'enfants où le chiffre de mortalité est naturellement très élevé, à la source de toutes les maladies contagieuses qui déciment l'enfance. L'isolement effectif du personnel de cette nourricerie est peu praticable. Le seul avantage que nous reconnaissions au projet, et cet avantage est fort précieux, c'est de placer les enfants sous la surveillance d'un praticien hautement autorisé et plus capable qu'aucun autre de fixer les meilleures conditions de l'allaitement artificiel. Mais cet avantage, que nous apprécions comme il convient, peut-il contrebalancer les influences fâcheuses auxquelles les enfants seront soumis?

Nous répéterons ce que nous avons longuement exposé dans l'article déjà cité. L'allaitement artificiel doit être pratiqué à la campagne, en dehors de l'influence de l'atmosphère parisienne, en dehors surtout de toute influence nosocomiale. Le nombre des enfants réunis dans le même établissement doit être fort restreint. Nous voudrions commencer par vingt ou trente enfants. Cinquante nourrissons nous paraîtraient un maximum qu'on ne devrait pas dépasser. Les animaux doivent être nourris au pâturage; autant que possible, la même vache serait affectée aux mêmes enfants, lorsqu'on aurait constaté que son lait leur convient. Tout enfant malade serait placé dans un pavillon séparé de la nourricerie. Un personnel suffisant, dirigé par une femme intelligente et relativement instruite, est absolument nécessaire. Un médecin aurait la surveillance et la direction de l'établissement. Il est d'ailleurs inutile de revenir sur ce que nous avons dit à ce sujet.

Depuis la publication de cet article, nous avons reçu de province de nombreuses communications. Toutes concluent dans le même sens : il y a lieu d'instituer des fermes d'élevage. Plusieurs de nos confrères des départements se sont déjà sérieusement occupés de la question, et nous conservons à cet égard des documents fort intéressants et très étendus qui pourront être publiés en temps opportun. La question de l'allaitement artificiel, de ses inconvénients, de ses avantages, y est traitée d'une façon toute pratique. On voit, en les lisant, que cette méthode d'alimentation ne soulève pas en province les mêmes réprobations qu'à Paris. Les médecins attribuent ses insuccès à la façon déplorable dont elle est le plus souvent dirigée et fournissent à cet égard une foule de renseignements topiques; mais ils constatent en même temps que, dans les familles et sous une surveillance éclairée, l'alimentation artificielle peut donner d'excellents résultats, et qu'il vaut mieux soumettre les enfants à ce régime que les confier à des nourrices inintelligentes, habitant loin des familles, qu'il est impossible de surveiller, et qui, le plus souvent, imposent aux enfants qu'elles emportent une sorte d'alimentation mixte dont les effets sont désastreux.

Il faut donc le dire et le redire, afin de ne laisser place à aucune équivoque: on doit avant tout, et par tous les moyens possibles, encourager l'allaitement maternel. A cet égard tous les sacrifices sont autorisés d'avance. Mais quand cet allaitement maternel fait défaut, quelle conduite doit-on tenir vis-à-vis de l'enfant? Dans les familles aisées, la question est jugée : la nourrice sur lieux, convenablement choisie, peut remplacer la mère. Ce mode de nourriture est excellent, et l'enfant, comme nous le voyons tous les jours, s'élève en toute prospérité. N'oublions pas cependant que derrière le nourrisson qui fleurit au sein mercenaire, il y a l'AUTRE, le titulaire de la place, l'enfant même de la nourrice qui s'élève comme il peut, exposé à toutes les mauvaises chances qu'évitera celui qui le remplace au sein maternel.

Mais la nourrice sur lieux n'est pas à la portée de tout le monde. Il faut souvent alors confier l'enfant à une femme qui va l'emporter loin de la famille, et ici commencent les lugubres statistiques. C'est dans ces cas, et dans ces cas seuls, que l'allaitement artificiel peut soutenir la comparaison avec l'allaitement maternel. A la ville il est le plus souvent meurtrier; mais à la campagne il n'en est plus de même. On cite des contrées où les résultats sont déplorables; les médecins de province montrent que ces effets désastreux sont dus à la façon dont ce prétendu allaitement est pratiqué, et mettent en avant une foule d'exemples prouvant que, bien conduit, il fournit des statistiques fort satisfaisantes.

Pourquoi ne pas chercher à réaliser sur une échelle aussi restreinte qu'on le voudra les conditions les plus favorables de cet allaitement? On propose d'établir une nourricerie dans les vastes jardins de l'hospice des Enfants assistés. Nous aurions voulu que la tentative eût lieu en pleine campagne, avec des animaux vivant au grand air dans un riche pâturage. Mais contentons-nous des propositions qui nous sont faites et qui réaliseraient peut-être un progrès. Il nous paraît évident qu'on n'augmentera pas en tous cas les chances de mortalité des enfants.

BLACHEZ.

Première erreur. — Comme Velpeau, Lisfranc dit que Thomas a cité son cas en 1740.

Deuxième erreur.—Comme Velpeau (1re édition), Lisfranc écrit Vigouroux, ce qui est impardonnable, puisque Velpeau avait corrigé cette faute dans sa seconde édition.

Troisième erreur, la plus énorme de toutes. — Lisfranc amalgame à son tour Malle et Sédillot (ce qui est bien fait), et donne du procédé de White une description encore plus fantaisiste que celle de ses guides.

Quatrième erreur. — Pour être allé à la bonne source, Lisfranc n'en donne pas moins une indication inexacte, peut-être par défaut d'habitude. L'observation de Bent se trouve bien dans le tome LXIV des *Transactions philosophiques*, mais non à la page 774. Ce nombre représente l'année de la publication du volume, qui est 1774; quant à celui de la page, c'est 353.

Cette traduction du passage de Bent permet à Lisfranc de faire remarquer que celui-ci n'a pas mis en pratique le procédé de White. Sa première incision était beaucoup plus en dedans que celle de White; il l'a faite ainsi pour utiliser un trajet fistuleux préexistant, et non pour imiter son prédécesseur; sa seconde incision ne faisait pas avec la première deux lambeaux triangulaires, car pour cela il aurait fallu la prolonger en dedans, ce qui était tout à fait inutile pour découvrir la tête de l'humérus, mais elle partait de l'extrémité supérieure de la première et se dirigeait en dehors pour faire une sorte de lambeau en V ouvert en dehors.

A coup sûr, je surprendrai bien des personnes en disant que Malgaigne n'a pas évité ces erreurs dans la description du manuel opératoire de White. Et cependant rien n'est plus vrai.

Dans la cinquième édition de son *Manuel de médecine opératoire*, Malgaigne ne fait aucune mention de White, David, Vigarous. Il est à supposer qu'il en a été de même dans les éditions antérieures, que je n'ai pas consultées.

Dans la septième (1861, p. 236), il parle du « *procédé de White.* — Il commença son incision immédiatement au-des-

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Observation d'une luxation du poignet, par le docteur Servier.

(Fin. — Voyez le numéro 13.)

J'ai trouvé dans la littérature médicale moderne un certain nombre d'observations de luxations du poignet que je rapporte ici. L'énumération n'est peut-être pas complète, quelques faits ayant pu échapper à mes recherches, malgré le soin que j'ai apporté à les faire. Je n'ai pas relaté les cas anciens, non plus que certains autres indiqués par Malgaigne, mais dont cet auteur ne parle que pour les rejeter.

Malle, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, a consigné un fait très intéressant et très concluant de luxation du poignet dans le recueil des *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires* (t. XLIV, p. 25, 1838).

Un militaire du 8e léger, étant ivre, se précipita d'un second étage dans la rue; sa chute, selon toute apparence, avait eu lieu en partie sur la main droite, et en partie sur la tête. On le transporta à l'hôpital dans un état d'anéantissement profond. Le poignet droit était considérablement déformé; la main était étendue sur l'avant-bras, la région carpo-métacarpienne paraissait raccourcie. Saillie remarquable à la partie antérieure de l'articulation. Le radius et le cubitus étaient placés en arrière. Le premier a conservé sa longueur, et, comme dans l'état normal, dépasse le cubitus. Les doigts étaient fléchis. Les muscles fléchisseurs paraissaient dans une tension considérable.

M. Béclard diagnostiqua une luxation et chercha à la réduire. Longtemps ses tentatives furent vaines; cependant il finit par réussir.

Le blessé succomba deux jours après à des désordres cérébraux. Voici ce qu'on trouva à la dissection du poignet : « Le ligament antérieur de la capsule est rompu; un peu de sérosité sanguinolente baigne les surfaces articulaires; l'extrémité inférieure du radius est exempte de toute fracture; mais les os de la première rangée du carpe jouissent entre eux d'une mobilité anormale; il semble que les liens qui les unissent aient subi quelque violence; ils ne présentent d'ailleurs aucune trace de fracture. »

Il est regrettable que Malle se soit borné à cette courte description. Du reste, il s'excuse de ne pas avoir apporté plus de précision dans les détails et dans les caractères anatomiques, disant qu'il n'a pas voulu se fier à ses souvenirs, et que, pour être sûr de ne pas s'écarter de la vérité, il a transcrit uniquement ce qui était porté sur son cahier d'observations.

Quoi qu'il en soit, il me semble que c'est un exemple bien précis de luxation du poignet sans complication d'aucune fracture, et qu'on serait mal venu, après la lecture de cette observation, à répéter que jamais on n'a vu cette luxation sans fracture plus ou moins importante du radius.

Je remarque, dans la relation de l'autopsie, une intéressante disposition anatomique, qui se retrouve en partie chez le sujet de notre observation, comme on le verra. Il est dit, en effet, que les os de la première rangée du carpe étaient un peu séparés, que les ligaments qui les unissent semblaient avoir subi quelque violence.

L'observation de M. Padieu est souvent citée, à juste titre : car elle est concluante. Un homme de trente-deux ans, tombant de cheval, ressentit une vive douleur au poignet, mais n'en tint compte, non plus que d'un gonflement considérable de l'articulation, qui survint bien vite. Pendant un certain temps les mouvements de la main furent difficiles. Puis cet homme reprit ses pénibles occupations. Il mourut de pneumonie, on ne dit pas à quel âge. A l'autopsie du poignet, M. Padieu constata une luxation du carpe, en arrière, sans aucune fracture. En même temps il y avait un léger changement de rapport entre la première et la deuxième rangée des os du carpe. Bien que celle-ci n'eût pas abandonné les surfaces articulaires de la première, elle semblait un peu projetée en arrière, et dans un plan postérieur à celui de l'état normal. Les parties molles étaient saines. (*Soc. anat.*, 1838, 13e année, p. 306.)

La thèse de Marjolin, que l'on cite toujours à propos des luxations du poignet, est loin d'être un travail complet sur ces luxations; mais elle en renferme une observation. (Thèse de Paris, 1839, n° 177, N. R. Marjolin.) Cette thèse traite de plusieurs sujets différents, suivant un usage de l'époque; à la fin se trouve : « Observation de luxation du poignet en arrière, sans fracture du radius. » Un homme fit une chute du haut d'une voiture; on reconnut chez lui une luxation, en arrière, du poignet droit, compliquée d'une plaie au niveau de l'extrémité inférieure du radius. La réduction fut facile. Le blessé mourut d'infection purulente. A l'autopsie, on constata la luxation, qu'il était aisé de réduire. Aucun tendon n'était rompu. Le ligament antérieur était déchiré, ainsi que le ligament latéral externe. Les deux os de l'avant-bras et les os du carpe étaient absolument intacts. Les pièces ont été présentées à la Société anatomique (1839).

Letourneur diagnostiqua chez un blessé une luxation du poignet, en avant, avec fracture de l'apophyse styloïde du radius. Le sujet succomba le neuvième jour après son accident. L'autopsie confirma le diagnostic porté, mais fit découvrir en plus une fracture du rebord antérieur de l'extrémité articulaire du radius. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1839, p. 162.)

---

sous de l'acromion, et la fit descendre verticalement jusqu'au milieu de l'humérus. La capsule divisée, en saisissant le coude du patient, il fit très facilement sortir la tête humérale à travers la plaie, passa une lame de carton entre les téguments et l'os, et scia celui-ci avec une scie ordinaire. »

La huitième édition, par M. Le Fort, reproduit textuellement cette phrase (1874, 1re partie, p. 443).

« La capsule divisée » est indigne de Malgaigne et de M. Le Fort, passés maîtres tous deux en érudition.

Ce qui me surprend le plus, c'est que Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, p. 313, cite et résume correctement l'observation de White, résection de l'humérus pour pseudarthrose (*Cases in surgery*, p. 69 et 79). Comment, s'il a lu la seconde observation, n'a-t-il pas eu la curiosité de lire la première? Il y a comme cela, dans la vie, un tas de questions auxquelles on ne peut répondre : il faut en prendre sagement son parti.

Nous trouvons dans la *Gazette hebdomadaire* de 1857 et 1858 une revue critique sur la résection des articulations, dans laquelle se trouve l'histoire de la question, faite d'après des documents qu'indique l'auteur anonyme en tête de ce travail. Il est facile de voir que l'écrivain n'a pas vérifié les faits dont il parle.

« En 1768, M. Charles White (de Manchester) enleva la tête de l'humérus pour une maladie destructive aiguë de l'articulation de l'épaule; quatre mois après, ce malade, à la surprise du chirurgien, avait recouvré, dans une grande mesure, les mouvements de l'articulation de l'épaule » (*Gaz. hebd.*, 18 décembre 1857, p. 893, col. 1). — Et plus loin : « La résection de l'articulation de l'épaule a été pratiquée pour la première fois par M. Charles White (de Manchester). Ce chirurgien enleva, en 1768, la tête de l'humérus d'un enfant pour une nécrose aiguë, avec destruction de l'articulation. Il adopta une incision longitudinale s'étendant depuis l'acromion jusqu'au milieu du bras. A travers cette ouverture on fit saillir la tête de l'os, qui était dénudée et nécrosée, et

L'observation de Voillemier, bien connue, est citée par tous les classiques modernes. Elle a été l'objet d'un excellent mémoire sur la question, publié dans les *Archives générales de médecine*, sous ce titre : *Histoire d'une luxation complète et récente du poignet, en arrière, suivie de réflexions sur le mécanisme de cette luxation, et sur son diagnostic différentiel*. (*Arch. gén. de méd.*, 1839, 3e sér., vol. VI.) Il s'agissait d'un homme âgé de vingt-sept ans, qui tomba d'un troisième étage; il fut apporté à l'hôpital des Cliniques, où il mourut au bout de quatre heures. Il présentait une luxation du poignet en arrière. On ne reconnut aucune fracture sur le radius; l'apophyse styloïde du cubitus était arrachée ; tous les moyens d'union de l'articulation étaient largement déchirés.

A l'Académie de médecine, Scoutteten a apporté un modèle en plâtre représentant une luxation, en avant, du carpe sur l'avant-bras. La lésion s'était produite chez un sujet dont la main fut saisie par un écheveau de fil enroulé sur un cylindre en mouvement; il y eut tiraillement violent et luxation du poignet. Bégin prit occasion de ce fait pour dire que Dupuytren n'avait pas nié, d'une façon absolue, les luxations du poignet, mais qu'il les croyait impossibles sans fracture. Il en a montré une à Bégin, produite dans des circonstances analogues à celles où se trouvait le malade de Scoutteten. (*Acad. de méd.*, séance du 29 juin 1841.)

M. Collin, interne des hôpitaux, a observé sur un cadavre une luxation du poignet datant de trente ans. Le sujet était un homme âgé de quarante-cinq ans, boulanger, qui, à l'âge de quinze ans, eut le poignet lésé par la chute d'une corbeille de pain. Les articulations des os de l'avant-bras entre eux se présentaient dans leur intégrité. Une partie de l'ancienne surface articulaire inférieure des os de l'avant-bras, supportant les apophyses de ces os parfaitement intacts, était passée en arrière du carpe. Le carpe avait subi divers déplacements; il était porté en avant, en dedans et en haut; il avait été entraîné dans un léger mouvement de rotation sur son axe, et dans l'abduction, son bord cubital était porté en avant plus que son bord radial. Les os n'étaient atteints d'aucune fracture, non plus que d'aucune maladie des tissus. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1844, p. 335.)

Leudet a présenté à la Société anatomique le poignet d'un homme qui était tombé sur la paume de la main. Le carpe paraissait avoir disparu, et l'extrémité inférieure du radius portait des traces évidentes de fracture. L'opinion de Demarquay fut que c'était une luxation de l'avant-bras sur la partie postérieure de la main. A ce propos, M. Broca soutint que les notions anatomiques démontrent l'impossibilité d'une luxation sans fracture. M. Broca s'est peut-être bien avancé, car les faits pathologiques sont là pour affirmer des exceptions à sa proposition théorique. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1849, p. 366.)

Une étude des luxations du poignet a été faite, dans sa thèse inaugurale, par le docteur Paret, chirurgien militaire. (Thèse de Paris, 1851, n° 197.) L'auteur réagit contre l'opinion trop absolue de ceux qui, dans les lésions du poignet, veulent toujours reconnaître une fracture et jamais une luxation. Il rappelle d'abord quelques observations de luxations du poignet : une de Haydom, celles de Lenoir, de Padieu, de Marjolin, de Voillemier. Puis il raconte un fait que lui-même a observé. A Civita-Vecchia, le 3 juillet 1850, un matelot pontifical fut précipité d'une vergue sur le pont d'un navire. On constata chez lui, entre autres nombreuses lésions, une luxation en arrière du poignet gauche. L'articulation était ouverte, du côté de la face palmaire, par une plaie étendue de l'apophyse styloïde du radius à celle du cubitus. Toute la crête épiphysaire antérieure de l'extrémité inférieure du radius faisait saillie hors des téguments et dépassait le plan de la paume de la main de plus de 1 centimètre. Une exploration minutieuse permit d'affirmer qu'aucun des os du poignet ne présentait trace de fracture. La réduction fut très difficile à exécuter; on ne l'obtint qu'après plusieurs tentatives. Des accidents inflammatoires éclatèrent bientôt, phlegmons, abcès, mais ne purent triompher de la nature et du chirurgien, si bien qu'au quinzième jour l'orage était dissipé. Le blessé guérit complètement, mais en conservant une semi-ankylose du poignet.

Le docteur Dumas (de Marseille) rapporte un cas de luxation du poignet en arrière, sans fracture, produite chez un homme qui fut pris entre un mur et une lourde chaudière. Les symptômes étaient très accusés. La réduction s'obtint facilement, et la guérison fut complète. M. Dumas affirme qu'il n'y avait pas de fracture; mais avait-il le droit d'être bien sûr de ce qu'il avançait ainsi? car, en pareil cas, une fracture de la cupule du radius peut ne se révéler par aucun signe. (*Bull. de thér*, 1852, t. XLII, p. 409.)

M. Legouest a présenté à l'Académie l'observation d'une luxation du poignet en avant. Malgaigue fut chargé du rapport à faire sur cette observation; mais je ne sais pour quelle raison il ne le fit pas. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1855.)

M. Kelly a observé deux fois la luxation du carpe en arrière. Le premier cas fut produit par une chute d'une hauteur de 40 pieds. Le blessé succomba rapidement au tétanos. Il ne paraît pas que l'autopsie ait été faite ; M. Kelly n'en dit rien.

Le sujet de la seconde observation est un homme qui, dans un accident de voiture, eut le poignet poussé, tandis que le coude était arrêté par un mur. Les extrémités inférieures du radius et du cubitus étaient déplacées en avant : les deux os avaient percé la peau. Ils n'étaient pas fracturés. La réduction fut difficile. Le blessé guérit, malgré des complications inflammatoires qui survinrent deux fois pendant le cours du traitement. Les mouvements de la main restèrent

---

on l'enleva au moyen d'une scie; le bras fut alors maintenu appliqué au côté au moyen d'un bandage; les suites furent heureuses, bien que, pendant la convalescence, un fragment assez considérable d'os nécrosé se fût détaché de l'extrémité humérale, qui avait été sciée, etc. » (*id.*, p. 894, col. 2).

Dans le numéro du 5 février 1858, je trouve encore : « Cette opération hardie et hasardeuse (la résection de la hanche) a été recommandée pour la première fois par M. Charles White (de Manchester) en 1769 ». — Et comme indication bibliographique, au premier extrait : *Cases in surgery*, vol. I; au deuxième : *Cases of surgery*, in *Phil. Transact.*, vol. XIX; rien au troisième. Or, tout se trouve dans l'observation que nous avons rapportée au commencement de cette histoire, c'est-à-dire dans *Cases in surgery*; il était donc inutile de donner la seconde indication, qui est absolument inexacte, car les *Cases in surgery* n'ont jamais paru dans les *Philos. Trans.* C'est le titre du livre de White, et, d'autre part, l'observation n'est pas dans le volume XIX, mais LIX. Une faute plus grave, c'est de prétendre que White avait maintenu le bras appliqué au côté au moyen d'un bandage, alors que cet auteur déclare, au contraire, avoir dû le retour des mouvements à ce qu'il n'a pas immobilisé le membre.

M. Péan, dans sa thèse sur *la scapulalgie*, Paris, 1860, cite à plusieurs reprises l'observation de White; mais il est facile de voir qu'il n'a lu ni l'original, ni la traduction : d'après lui, l'abcès aurait disséqué le biceps et se serait ouvert au milieu de la face interne du bras (p. 15); le malade aurait guéri au cinquième mois, alors que tout le monde a dit quatre mois (p. 47); l'incision, de 4 ou 5 pouces, aurait pénétré jusqu'à l'articulation (p. 69); l'auteur aurait conseillé d'ouvrir l'articulation et de scier le tissu osseux au-dessous de la partie altérée, en ayant soin de protéger les parties molles par l'interposition d'une plaque de bois, d'ivoire ou de carton (p. 87). Tout cela est de pure invention. Et cependant les indications bibliographiques paraissent exactes, sauf toutefois un petit bout d'oreille qui dévoile l'erreur : il

limités. (*Dublin quaterly Journal of medical science*, n° 53, p. 150, février 1859, et *Arch. gen. de méd.*, 5e série, t. XIII, p. 491.)

Jarjavay a observé, sur un cadavre livré aux opérations, une luxation du poignet en avant. Le bord antérieur de la surface articulaire du radius était en partie fracturé. Il a apporté à la Société anatomique les pièces de cette lésion. A ce propos, il a ajouté que, récemment, dans son service, il avait observé deux cas de luxation du poignet, l'une en avant, l'autre en arrière. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1861, p. 312.)

Désormeaux a observé aussi un exemple de luxation du poignet. (*Gaz. des hôp.*, 1868, n° 109.)

M. Guyon a présenté à la Société de chirurgie le moule en plâtre d'une luxation du poignet en arrière, sans fracture. Le sujet de M. Guyon était un maçon; cet homme voulut soutenir une grosse pierre sur la paume de la main, en arcboutant son coude sur son genou; mais sa main fut renversée en arrière, et une luxation du poignet se produisit. La réduction fut facile. Le malade guérit sans accidents.

A l'occasion de cette présentation, M. Boinet raconta qu'il avait trouvé à l'amphithéâtre, chez une vieille femme, sujet livré aux dissections, une luxation du poignet en avant. Les mouvements d'extension et de flexion étaient aussi étendus qu'à l'état normal. Il existait des traces de fracture sur l'apophyse styloïde du radius. Toutes les fois que M. Boinet a réussi sur le cadavre à produire des luxations du poignet, il a déterminé en même temps une fracture. (*Soc. de chir.*, séances des 20 et 27 mai 1868.)

Le docteur Tesson a donné des soins à un enfant de quatorze ans, qui fit une chute d'un premier étage, les mains en avant; les deux poignets avaient supporté le choc. A droite, il y eut une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et, à gauche, une luxation du carpe en arrière. La réduction fut aisément obtenue, et la guérison eut lieu au bout d'un mois. (*Gaz. hebd.*, 1869, t. XVI, p. 767.)

Un cas très intéressant de luxation, en arrière, de la main, a été observé par le docteur H. Colgate, à l'*University College Hospital*. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, maçon, qui fit une chute en arrière d'une hauteur d'environ 18 pieds, de telle sorte qu'il tomba sur la main droite qu'il tendait pour se protéger. Apporté à l'hôpital, on constata chez lui les symptômes très marqués d'une luxation du poignet droit, en arrière. Ces symptômes sont détaillés avec soin dans l'observation de ce fait. Il existait une plaie transversale à la partie antérieure du poignet; elle offrait peu de profondeur. La luxation fut facilement réduite par l'extension et la contre-extension; le blessé sentit un soulagement immédiat, et la déformation de son poignet ne reparut plus. Un mois après l'accident, la plaie était guérie; l'appareil contentif fut enlevé; le poignet était encore un peu faible. (*The Lancet*, 17 mai, I, p. 697, et *Revue des sciences médicales*, t. III, p. 910, 1872.)

Le docteur Chapplain (de Marseille), membre correspondant de la Société de chirurgie, a adressé à cette compagnie une observation de luxation du poignet en arrière, produite chez un homme d'équipe qui avait été pris entre les tampons de deux wagons.

Le même praticien cite encore une luxation du poignet en dehors, déterminée par une chute d'un lieu élevé. L'articulation était ouverte, le pisiforme était écrasé, l'apophyse styloïde du radius était brisée, l'os semi-lunaire était resté attaché au radius. Le blessé guérit, avec ankylose du poignet. Dans ce fait, comme on le voit, les lésions étaient très complexes. (*Soc. de chir.*, séance du 13 mai 1874.)

Le docteur Goodal fut appelé auprès d'un enfant de douze ans, renversé par une voiture; il reconnut chez lui une fracture du crâne et une luxation du poignet en avant. L'enfant mourut du tétanos au huitième jour. A l'autopsie, on trouva les tissus infiltrés de sang, les ligaments radio-carpiens rompus, et les os du carpe déplacés en avant. Il n'existait aucune fracture, soit des os du carpe, soit des os de l'avant-bras. Une particularité remarquable dans ce fait, c'est qu'un débris du ligament antérieur, étendu de l'apophyse radiale au pisiforme, se trouvait interposé entre la surface articulaire radiale et les os semi-lunaire et scaphoïde; sa présence rendait impossible le maintien de la réduction. Aussi avait-on observé, pendant la vie, qu'une légère traction faisait disparaître la déformation du poignet, mais que celle-ci se reproduisait dès qu'on abandonnait les parties. (*The Lancet*, vol. I, p. 937, 1878, et *Revue des sciences méd.*, t. XIII, p. 247, 1879.)

Une observation de luxation du poignet, sans fracture, a été publiée par le docteur Olivier Roland. Je n'en connais pas les détails, n'ayant pu me procurer le journal où elle est insérée. (*Philadelphia med. Times*, 7 juin 1879, et *Revue des sciences méd.*, t. XIV, p. 773, 1879.)

Il me paraît intéressant d'ajouter à ces observations celles de deux cas de luxations médio-carpiennes et de deux cas aussi de luxation de l'os semi-lunaire.

Maisonneuve a lu à la Société de chirurgie un très intéressant mémoire sur la luxation, en arrière, de l'articulation médio-carpienne. Une luxation de ce genre, observée par l'auteur, était la base de ce mémoire. Maisonneuve dit que le fait qu'il mentionne est unique dans la science. (*Soc. de chir.*, séance du 9 mai 1849.)

M. Desprès a traité, à l'hôpital Cochin, un malade qui lui fut amené avec une luxation médio-carpienne, en avant, de la main droite. Le sujet était un jeune homme âgé de vingt ans, qui, jouant à la balançoire, était tombé la tête la première, sans pouvoir se rendre compte de la manière dont la chute s'était faite. Ce cas, des plus rares, était donc fort in-

---

y a partout *Cases* of *surgery* au lieu de *Cases* in *surgery*.

Chassaignac a cité également de confiance, sans remonter à la source : une première fois dans son ouvrage sur les *opérations chirurgicales* (t. I, p. 605), et une deuxième fois dans sa communication à l'Académie : *Sur les origines des résections sous-périostées* (1872). Dans le premier cas, il dit que White a fait, dès 1760, une opération distincte de la résection des articulations, alors qu'il ne s'agit à cette date que de la résection pour pseudarthrose; dans le second, il reproche à M. Ollier d'être injuste envers White. Combien son argumentation aurait gagné, s'il eût connu la véritable observation, ainsi que les travaux de Vigarous et de David!

En Allemagne, la priorité est encore, en général, attribuée à White; mais les auteurs font intervenir un nouveau nom, celui de Lentin.

Jäger, dans son article Decapitatio du *Dictionnaire de chirurgie* de Rust, rappelle les faits de Thomas, de David, de Vigarous, donne à ce dernier comme indication bibliographique : *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1774, mais ne les cite évidemment que d'après les *Œuvres de chirurgie pratique*, par Vigarous fils, de 1812. Il dit que White a fait le premier la décapitation de l'humérus en 1767 ou 1768, et donne trois indications bibliographiques : 1° *Philos. Trans.*, vol. LIV, pour l'année 1769, art. 6, p. 33; 2° *Cases of surgery*, t. I; 3° *Richter's chirurg. bibl.*, Bd I, Stck. 3, S. 80. Les deux premières étant erronées, Jäger n'a donc cité que d'après la troisième.

D'après lui, Lentin aurait fait en 1771 l'ablation de l'extrémité supérieure de l'humérus chez un garçon de quatorze ans, qui aurait guéri avec une ankylose de l'épaule. Il renvoie à : *Med. chir. Bemerkungen*, et à Böttcher, *Abhandl. von den Krankh. d. Knocken*, Th. III, S. 198. Ce n'est donc encore qu'une indication de seconde main (Rust, *Theor. prakt. Handbuch der Chirurgie*, Bd. V, p. 608-609, 1831).

Pigné, dans sa traduction de Chélius, dit que Vigarous, David et White sont les premiers qui pratiquèrent, et presque

téressant. Le diagnostic fut très discuté; si bien que la Société nomma une commission pour examiner de près le blessé. Cette commission vérifia et confirma le diagnostic porté par M. Després. (*Soc. de chir.*, séance du 28 avril 1875.)

Voici maintenant les observations des luxations de l'os semi-lunaire.

Au théâtre de Brighton, un gymnasiarque tomba d'une hauteur de 20 pieds. Dans sa chute, le dos de la main heurta violemment le plancher. Le docteur Taaffe, appelé immédiatement, constata la luxation d'un seul os du carpe qui se trouvait refoulé en haut et en avant. Il n'y avait pas de fracture. Le docteur Taaffe put faire la réduction au moyen de l'extension, puis d'une forte pression sur l'os luxé. La situation de cet os, sa liberté complète sans qu'il y eût déplacement ou fracture du radius ou du cubitus, sa réduction par la pression en bas et en dedans, ne permirent pas de douter que ce ne fût le semi-lunaire.

M. Brichsen a rapporté un cas de luxation du semi-lunaire à la face dorsale du carpe. (*British medical Journal*, 1er mai 1869.)

Ces luxations isolées du semi-lunaire sont l'antithèse du fait que nous avons observé. Dans le nôtre, en effet, le semi-lunaire seul était resté en place, fortement fixé au radius, tandis que ses autres points d'attache étaient rompus et que les autres os du carpe étaient luxés.

Voici enfin l'observation du fait qui s'est présenté à moi : Le nommé Arnoult (François), sapeur-pompier, âgé de vingt-cinq ans, fut apporté à l'hôpital militaire Saint-Martin le 19 novembre 1876, à six heures du matin. On le coucha dans le lit n° 15 de la salle 1. Cet homme, travaillant à un incendie, a fait une chute d'une assez grande hauteur. Il présente de nombreuses lésions, dont une très grave : c'est une fracture du frontal. Nous remarquons aussi une déformation du poignet gauche. Cette déformation ne ressemble pas à celle produite par la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Nous pensâmes à une luxation du poignet, malgré la rareté de cette lésion. Mais notre exploration ne fut pas rigoureuse, et nous ne fîmes aucune manœuvre de réduction. Cet homme, vu la blessure qu'il portait à la tête et les symptômes qu'il présentait, nous semblait perdu à bref délai. Nous ne voulions pas tourmenter un moribond. Il mourut dans la journée.

Je ne parlerai pas des signes observés, je ne décrirai pas la configuration du membre blessé : je ne pourrais le faire que de souvenir. Je me rappelle que mon collègue, M. Mourlon, auquel je tins à montrer ce fait rare, fut tout à fait de mon avis, et reconnut que la lésion que nous avions sous les yeux présentait les caractères attribués par les auteurs classiques à la luxation du poignet en arrière, et non ceux d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Du reste, ce qu'il y a d'intéressant dans ce fait, ce ne sont pas les symptômes du mal, mais son anatomie pathologique.

La description qu'on va lire est faite d'après la pièce sèche, heureusement conservée, tandis qu'un moule en plâtre a été maladroitement perdu. Des circonstances bien indépendantes de ma volonté, on peut m'en croire, m'ont empêché de publier plus tôt cette intéressante observation.

Il n'y a pas la moindre fracture. Les extrémités inférieures du radius et du cubitus sont intactes ; les os du carpe ne sont nullement fracturés ou entamés. La luxation était en arrière. Sur la pièce sèche, les os de la main ont à peu près repris leur position normale.

Face dorsale. — Le ligament cubito-radial est intact. La capsule est déchirée dans toute la largeur de l'articulation. Le scaphoïde est largement séparé de l'extrémité inférieure du radius ; il est séparé aussi du semi-lunaire ; il reste à peu près accolé, quoique légèrement déplacé, en arrière, au trapézoïde et au grand os.

Le semi-lunaire reste attaché solidement au radius, mais sont rompus tous les liens qui l'unissent normalement au scaphoïde, au grand os et au pyramidal. Ce dernier os est relié par quelques fibres ligamenteuses au radius et au cubitus ; il est presque complètement séparé de l'os crochu, qu'il ne touche plus que par son extrémité inférieure. Il reste étroitement uni au pisiforme ; celui-ci n'a pas été détaché de l'os crochu. Il est distant de 15 millimètres de l'apophyse styloïde du cubitus. Quelques fibres étirées le rattachent à ce dernier os.

Face palmaire. — La capsule est rompue dans toute l'étendue de l'articulation. Les extrémités inférieures du radius et du cubitus sont intactes ; le semi-lunaire est solidement fixé au radius par sa base ; mais il est isolé sur ses autres faces, qu'ont abandonnées les os avec lesquels il est normalement en contact. Il se dresse en saillie sur la ligne articulaire, sur le plan formé par les extrémités inférieures du radius et du cubitus ; on dirait d'une dent unique sur une mâchoire. Un intervalle de 3 à 4 millimètres sépare les autres os du carpe des os radius et cubitus, et du semi-lunaire. Tous ces os du carpe sont portés en arrière dans une épaisseur de 1 centimètre environ, si bien que les radius, cubitus et semi-lunaire font une saillie en avant, de 1 centimètre aussi.

C'est donc une luxation complexe, produite par le déplacement, d'une part, des extrémités inférieures du radius et du cubitus, et de l'os semi-lunaire, formant un tout, et, d'autre part, de tous les autres os du carpe, avec cette particularité aggravante que le scaphoïde est arraché de presque toutes ses attaches, est en même temps déplacé, qu'il est luxé isolément, pour son compte, si je puis dire ainsi, et qu'il en est à peu près de même du pyramidal.

à la même époque, la résection de la tête de l'*omoplate* (*Traité de chirurgie*, t. II, p. 516, n° 2563, 1836). Comme il y a « *Schulterkopfes* » dans le texte, ce n'est évidemment qu'une faute d'inattention de la part du traducteur. Plus loin, page 522, n° 2574, Chélius décrit le procédé opératoire de White d'après Moreau (thèse de Paris, an XI, p. 79). Il ne parle pas de Lentin.

Textor, au contraire, ne parle que de lui, bien qu'il l'appelle Lextin. « Depuis que Lextin, en 1771, fit, pour la première fois avec succès, la résection de la tête de l'humérus, cette opération a été négligée pendant cinquante ans » (*Gaz. méd. de Paris*, 1843, p. 184). Il faut que Textor ait complètement ignoré ce qui s'était fait en chirurgie civile et militaire depuis 1771 pour avoir écrit cette phrase, car, d'après Velpeau, les faits de ce genre atteignaient alors le nombre de 50 à 100.

Günther, beaucoup mieux renseigné, donne une analyse très exacte du fait de White, et ajoute que Lentin aurait fait la même opération en 1771. Malheureusement il ne donne pas d'indication bibliographique (*Lehre von den Blut. Oper.*, 3 Abth., XIII Abschn., p. 135, obs. 9, 1857).

Heyfelder paraît s'être fortement inspiré de Jäger pour rédiger son livre, car ses citations sont les mêmes.

Nous retrouvons là Thomas, Vigarous, White, mais pas David. Lentin n'est encore cité que d'après Böttcher.

Enfin Gurlt, qui, dans son livre important sur les résections articulaires, fait des résections un historique magistral, cite correctement Thomas, White, Vigarous, mais passe sous silence David, et ne cite encore Lentin que d'après Böttcher. L'indication toutefois est un peu différente de celle de Jäger : Même ouvrage, 3 Th., Hälft. 1793, S. 189, Beob. 3.

Bien que nous n'ayons pas pu consulter non plus les *Med. und chir. Bemerkungen* de Lentin, il est très probable, d'après les détails étendus donnés sur l'observation par Gurtl, qu'il s'agissait encore là d'un cas d'ostéo-périostite termi-

En résumé, c'est une luxation, en arrière, des os du carpe sur les extrémités inférieures du radius et du cubitus, et sur le semi-lunaire qui leur est resté adhérent, avec luxations isolées incomplètes des os scaphoïde et pyramidal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

STATUE DE PINEL. — La *Société médico-psychologique* informe l'Académie qu'elle a pris l'initiative d'une souscription pour élever une statue à *Philippe Pinel* sur la place de la Salpêtrière, à Paris.

SUR L'INNERVATION VASO-MOTRICE, LA CIRCULATION DU FOIE ET DES VISCÈRES ABDOMINAUX. Note de M. *Laffont*. — *Conclusions* des expériences faites sur des chiens et des lapins : 1° Il existe des nerfs vaso-dilatateurs du foie et des organes abdominaux émanant de la moelle par les trois premières paires de nerfs dorsaux. 2° L'hyperglycémie et la glycosurie résultant de l'excitation faradique des bouts centraux des nerfs vagues chez le chien, des nerfs dépresseurs chez le lapin et des nerfs sensibles en général sont le résultat d'une impression apportée par ces différents nerfs aux centres vaso-dilatateurs symétriques contenus dans le bulbe, d'où partent des nerfs dilatateurs cheminant dans la moelle jusqu'à la hauteur de la première paire de nerfs dorsaux, à partir de laquelle, jusqu'à la troisième paire peut-être, ils sortent de la moelle, pour gagner la chaîne sympathique et de là les nerfs splanchniques. 3° L'arrachement des deux ou trois premières paires de nerfs dorsaux supprime l'effet, sur la circulation abdominale, des excitations des bouts centraux des nerfs vagues et des nerfs dépresseurs, et de la piqûre du plancher du quatrième ventricule.

SUR LES CARACTÈRES ANATOMIQUES DU SANG DANS LES PHLEGMASIES. Deuxième note de M. *G. Hayem*.

Altérations qualitatives des éléments du sang. — Le caractère essentiel du sang dans les phlegmasies consiste en une modification profonde du processus de coagulation.

I. *a*. Les hématies sont réunies sous la forme de piles, serrées les unes contre les autres et en partie confondues, de manière à former des amas compacts, dont le bord est relativement peu sinueux. Ces amas volumineux, reliés presque tous entre eux, circonscrivent des espaces plasmatiques irréguliers, plus larges et moins nombreux que ceux du sang sain, espaces qui, étant entourés de tous côtés par des éléments colorés, prennent l'apparence de véritables *lacs*.

b. Dans les lacs circonscrits par les éléments colorés, on remarque d'abord un nombre insolite de globules blancs.

c. Au moment même où la préparation vient d'être faite, les lacs contiennent un grand nombre d'hématoblastes, qui, à l'instar des hématies, sont devenus plus visqueux, plus adhésifs les uns aux autres, et qui, par suite, forment bientôt des amas dépassant notablement en volume ceux du sang normal. Néanmoins, un grand nombre d'entre eux restent isolés ou disposés par petits groupes de deux, trois, quatre. Bientôt apparaît un réticulum fibrineux singulièrement plus net et plus dense que dans aucune autre circonstance. Il est constitué par plusieurs réseaux superposés, dont les mailles étroites et irrégulières règnent dans toute l'étendue des lacs. Pendant cette formation, les hématoblastes ont perdu leur individualité; ils se sont transformés en petits blocs d'aspect céroïde, d'où se hérissent une quantité parfois si exubérante de fibrilles, que les plus gros prennent l'apparence d'une boule épineuse tout à fait caractéristique.

Si l'on soumet une préparation de sang coagulé au lavage à l'eau et si l'on colore le caillot par l'iode ou par un sel de rosaniline, on met en évidence quelques particularités nouvelles : 1° au niveau des points occupés d'abord par les amas d'hématies se montre un réseau extrêmement fin, à petites mailles, relativement régulières, se continuant avec le réseau des lacs, mais ne contenant ni hématoblastes ni globules blancs, ces éléments ayant été complètement refoulés dans les espaces plasmatiques par l'empilement serré des hématies; 2° au milieu du réseau des lacs, un certain nombre de globules blancs restent étalés, malgré l'action de l'eau, sous la forme d'une plaque irrégulière, anguleuse, fixée dans cette position par des filaments fibrineux qui adhèrent manifestement à plusieurs des angles de la plaque et paraissent même en partir. C'est là une disposition que je n'ai pas encore vue dans le sang sain.

II. En traitant le sang, dès sa sortie des vaisseaux, par le liquide que l'auteur emploie pour faire la numération des éléments du sang normal, il se forme dans le mélange des grumeaux insolites dont les plus gros sont visibles à l'œil nu. Au microscope, ces grumeaux se montrent composés d'amas d'hématoblastes entourés d'une substance finement granuleuse ou fibrillaire, visqueuse, à laquelle adhèrent un certain nombre de globules blancs et d'hématies.

Ces faits anatomiques confirment l'importance que les médecins français ont attachée à la constatation de la couenne inflammatoire et au dosage de la fibrine concrète. Ils paraissent, en effet, établir que la fibrine est un produit élaboré en grande partie, sinon en totalité, par les éléments anatomiques eux-mêmes, et que les variations quantitatives en sont, en tout cas, étroitement subordonnées aux altérations évolutives et nutritives de ces éléments.

SUR LES CELLULES GODRONNÉES ET LE SYSTÈME HYALIN INTRA-VAGINAL DES NERFS DES SOLIPÈDES. Note de M. *J. Renaut*. — L'auteur n'a, jusqu'ici, constaté l'existence de ce *système hyalin intra-vaginal* que chez les Solipèdes; mais, au point de vue morphologique, sa signification mérite d'attirer l'attention des anatomistes. On voit que, indépendamment du système de la gaîne lamelleuse, les cordons nerveux possèdent, dans certains termes de la série, un appareil de soutènement formé par une adaptation particulière du tissu fibreux. Les cellules fixes de ce dernier prennent des carac-

---

née par la nécrose d'une grande partie de la diaphyse, comme dans les cas de Thomas, White et Vigarous.

D'après la version de Lentin par Gurlt (p. 7, en note) ou plutôt par Böttcher, la maladie commença par une tuméfaction phlegmoneuse située à 3 pouces du coude, à la face externe du bras. Au bout d'un mois on sentait par les incisions l'os carié; au bout de deux mois on fit l'extraction de toute la partie nécrosée, qui comprenait la tête supérieure de l'os et s'étendait jusqu'à 2 pouces du coude. L'ankylose consécutive de l'épaule indique que l'articulation a plus ou moins participé à la maladie; mais ce n'est pas encore là un cas de résection pour carie, comme dans les cas de Bent et d'Orred.

L'opération a été faite par Lorentz, chirurgien militaire, et Lentin.

Arrivé à ce point de notre étude, nous avons été véritablement effrayé du nombre considérable des notes prises, des erreurs relevées, et de la liste encore longue d'ouvrages qui nous restaient à consulter. Nous avons cru qu'il nous serait permis d'en rester là. A quoi bon, en effet, troubler sur leurs rayons les volumes qui y dorment si tranquillement, pour les forcer à étaler au grand jour leurs taches, témoignages de l'incurie de leurs auteurs? Anglais, Allemands, Français, tous semblent avoir obéi à un mot d'ordre pour défigurer comme à plaisir ces malheureuses observations.

Nous avons montré jusqu'alors que White et Vigarous n'avaient fait que des résections de séquestres de la diaphyse humérale; examinons maintenant les titres de David à la priorité. Je dois avouer avant tout qu'il m'a été impossible de trouver l'observation originale; mais j'ajoute, comme excuse valable, qu'il est fort probable qu'elle n'existe pas, et fort certain qu'elle n'a pas été publiée.

D'abord elle n'est mentionnée dans aucun des travaux de David où il parle de la nécrose, des extirpations de séquestres et de la régénération des os : dans son *Traité de la nutrition et de l'accroissement*, Paris, 1771, au chapitre intitulé : « Méchanisme de l'ossification et de l'accroissement des os »

tères spéciaux, *analogues* à ceux que montrent les éléments cellulaires de la corde dorsale, du nodule sésamoïde cartilaginiforme du tendon d'Achille des Batraciens anoures, et enfin du squelette fibreux interne de certains Mollusques (*Helix pomatia*). Ce système, annulé dans les nerfs de plusieurs animaux et de l'homme, semble réapparaître pour former la charpente connective des organes spécialisés du tact, tels que les corpuscules de Meissner de l'homme, et ceux plus simples de la langue et du bec de certains oiseaux.

Sur la caducité des crochets et du scolex lui-même chez les Tænias. Note de M. *P. Mégnin*.

« Aujourd'hui, dit l'auteur, j'ai de nouvelles preuves, non seulement que l'état armé et l'état inerme sont deux états constants et successifs dans la même espèce de Tænias, états plus ou moins persistants suivant les circonstances, mais qu'il y a un troisième état tout aussi constant que les deux premiers auxquels il succède régulièrement : c'est l'état *acéphale*. L'état acéphale, chez les Tænias, est l'indice et la preuve de la cessation des fonctions d'un organe que l'on a, jusqu'à présent, regardé comme permanent et indispensable à la vie de l'individu; je veux parler du *scolex*, vulgairement appelé *tête*. Eh bien, le scolex est un organe transitoire au même titre que la vésicule hydatique; il n'est autre qu'un des nombreux moyens de multiplication dont la nature s'est montrée si prodigue dans le groupe des Tænias. »

L'auteur entre dans des considérations développées que nous ne pouvons reproduire ici.

Vie médicale au champ de bataille. — M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de M. *da Cunha Bellem*, de l'Académie royale des sciences de Lisbonne, un ouvrage portugais intitulé : *La vie médicale au champ de bataille*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° De M. le docteur Bondet, une lettre de candidature (section des correspondants nationaux). — 2° De M. le docteur Moussé, pour le prix Godard, un mémoire intitulé : *De l'ictère grave*. — 3° De M. le docteur Langlebert, un instrument (le lithophone) destiné au diagnostic des calculs vésicaux.

M. *le Président* annonce à l'Académie que MM. Filhol, de Vry et Simpson assistent à la séance.

M. *Chatin* présente, au nom de M. Maillot, une étude comparée sur le *pignon et le ricin de l'Inde*.

M. *Depaul* présente, au nom de M. Simpson (d'Édimbourg), un ouvrage intitulé : *Contribution à l'obstétrique et à la gynécologie*.

M. *Larrey* fait hommage à l'Académie d'une série de portraits de médecins français et étrangers.

Élections. — L'Académie de médecine procède à l'élection d'un membre correspondant dans la 4e division (chimie et pharmacie). Les candidats étaient présentés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Heckel; en deuxième ligne, M. Lepage; en troisième ligne, M. Boudier.

M. *Heckel* est élu par 44 voix sur 49 votants, M. Lepage obtient 3 suffrages, M. Boudier 2.

Statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix. — M. le docteur *Moura* communique à l'Académie le résultat des mensurations qu'il a pratiquées sur le larynx, la trachée et l'œsophage.

L'auteur donne la hauteur du cricoïde (20 millimètres chez la femme, 24 millimètres chez l'homme); la puissance de respiration ou du soufflet pulmonaire, qui peut être évaluée à une colonne d'air qui aurait pour base la surface d'un cercle de 176 millimètres carrés (pour la femme) et de 254 pour l'homme; les dimensions du ligament thyro-cricoïdien, 7 millimètres chez la femme, 8mm,50 chez l'homme; la longueur de la trachée, qui varie de 7 à 14 millimètres dans les deux sexes; l'orifice de l'œsophage, qui mesure 9 millimètres de diamètre chez la femme et 11 millimètres chez l'homme.

Ce travail est renvoyé à une commission désignée antérieurement.

Antisepticité des sels de cuivre dans le choléra et la fièvre typhoïde. — M. le docteur *Burq* communique à l'Académie le résultat de ses recherches sur cette importante question.

Il résulte des faits nombreux recueillis et analysés par l'auteur que, dans toutes les épidémies de choléra, les ouvriers en cuivre, ainsi que les trompettes et les clairons des régiments, ont toujours joui d'une immunité proportionnelle au degré de leur imprégnation cuprique, et que les exceptions ont été non moins rares que celles d'individus bien et dûment vaccinés qui prennent encore la variole.

Des recherches semblables, faites sur une même catégorie d'individus, ont permis à l'auteur de conclure que l'imprégnation cuprique a joué un rôle préservatif dans la fièvre typhoïde. L'auteur pense que, de même que les sels de cuivre mettent les traverses en bois de chemin de fer qui en ont été injectées, les bâches, le blé chaulé, etc., à l'abri d'une foule d'agents de destruction ou de corruption, vivants et autres, ces sels pourraient bien aussi être pour l'organisme un antiseptique propre à le protéger contre plus d'une maladie infectieuse; qu'il y a tout lieu, par conséquent, de s'assurer aussi, par de nouvelles observations, si les ouvriers en cuivre ne jouiraient point d'autres immunités; si les plus *vert-de-grisés* ne seraient point encore, par exemple, indemnes de la variole, comme aussi de faire des expériences de laboratoire sur les proto-organismes, à l'effet de savoir si les solutions cupriques n'auraient pas sur eux quelque action destructive.

L'auteur entre ensuite dans de longs développements sur

(p. 194); dans son mémoire *sur les contre-coups;* — dans sa *Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales*, Paris, 1779, in-12; — enfin dans ses *Observations sur une maladie d'os connue sous le nom de nécrose*, Paris, 1782, in-8°. Ces observations portaient « sur l'extrait d'un mémoire pour les pauvres malades de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques de Toulouse, sur la prétendue régénération, publié par M. Brun, maître en chirurgie, et ancien professeur d'anatomie aux écoles de chirurgie de cette ville ».

Dans ses travaux antérieurs, David avait avancé que l'os extrait pouvait se régénérer. Brun prétendit qu'il s'était trompé, ce qui lui valut une savante réponse de son adversaire. Dans ce petit opuscule de 28 pages, David, à la page 8, dit avoir extrait des portions très longues d'humérus, de cubitus, de tibia, de fémur même, formant le cylindre complet de chacun de ces os; dans le cours du travail, il cite d'autres faits, mais ne parle nullement de résection de la tête humérale.

En 1798, Laumonier, successeur de David à l'Hôtel-Dieu de Rouen, donna une nouvelle édition de ce mémoire sans y rien changer, y ajouta à la suite une observation personnelle, mais ne fait pas allusion à la première résection de l'épaule.

Troja, en 1775, fait paraître son livre sur la régénération des os; il parle de divers auteurs, de faits qui auraient été communiqués à l'Académie de chirurgie, mais ne prononce pas le nom de David (*De novorum ossium... regeneratione*, Lut. Paris. 1775, in-12).

Dans ses *Opuscules sur la régénération des os*, Vigarous rapporte un grand nombre d'observations. Il mentionne seulement les travaux de David en ces termes : « La nature commence la réparation dans le périoste même, et sans attendre l'extraction des pièces cariées. Nombre d'observations constatent ce fait, et notamment celles de M. David, qui a vu plusieurs fois cette membrane ossifiée d'une épaisseur considérable, et contenant dans son canal l'os ancien absolument détruit par la carie » (1788, p. 36).

l'action thérapeutique du cuivre dans le choléra. Si ce médicament y est sans action pendant la période algide, il n'en est pas de même lorsque la porte reste encore ouverte à l'absorption du remède, et que celui-ci est administré à dose suffisante; les observations de l'auteur et les expériences faites sur les animaux d'abord par lui et M. le docteur Ducom, dans le laboratoire de la pharmacie de l'hôpital Lariboisière, à partir de 1869, puis par M. Galippe, qui est venu, à son tour, soutenir si vaillamment la même thèse, ont également prouvé que les préparations de cuivre sont loin d'avoir l'action nocive qui les avait fait écarter de la thérapeutique; il y a donc tout lieu, d'après l'auteur, non point d'appliquer aussi le cuivre à la prophylaxie de la fièvre typhoïde, mais à en faire l'essai comme traitement interne de la même façon, sinon absolument au même titre que dans le choléra, où le cuivre aurait bien pu jouer aussi le rôle d'antidote. Ici, l'expérimentation offrira d'ailleurs d'autant plus de facilité et de sécurité que la fièvre typhoïde ayant une évolution lente, il n'y aura point à se presser, c'est-à-dire à forcer les doses, et qu'au cas où l'on viendrait à s'apercevoir que l'on a fait fausse route, on en sera quitte pour suspendre la médication.

M. *Pidoux* dit que cette lecture lui rappelle l'épidémie de choléra qui a sévi dans ses salles en 1866. A cette époque, il s'était rendu aux sollicitations de M. Burq, et lui avait confié une trentaine de cholériques qui furent traités par le cuivre. Cet essai ne fut pas heureux, car les malades ont tous succombé; il n'attribue certainement pas ce résultat au médicament, mais à la maladie elle-même.

Phénomènes d'excitation produits par les bains tempérés dans une eau minérale a faible minéralisation. — M. le docteur *de Ranse* communique à l'Académie une étude physiologique et clinique sur cette importante question d'hydrologie médicale.

Après avoir fait ressortir la complexité d'un traitement hydro-minéral, l'auteur dit avoir soumis un grand nombre de malades à l'action exclusive des bains, et précise les conditions expérimentales dans lesquelles il s'est placé.

M. de Ranse a constamment observé, sauf dans un seul cas, et habituellement du cinquième au douzième bain, une excitation générale d'ordre physiologique et une excitation spéciale, propre à chaque malade et consistant dans une exacerbation des principaux phénomènes morbides. Il passe successivement en revue les différentes classes de maladies sur lesquelles ont porté ses recherches, et démontre, par de nombreuses observations cliniques, l'exactitude du fait qu'il avance. Il cherche ensuite à interpréter physiologiquement les causes ou le mécanisme de cette double excitation; il discute à ce sujet les différentes hypothèses qui peuvent être émises, et résume, en terminant, son travail dans les propositions suivantes :

1° Des bains à la température de 33 à 35 degrés centigrades et de dix à quarante minutes de durée, pris dans une eau minérale naturelle ne contenant en dissolution que 1gr,1445 de principes fixes, produisent, du cinquième au douzième jour, des phénomènes d'excitation de deux ordres : d'abord une excitation générale d'ordre physiologique, caractérisée principalement par un mouvement fébrile plus ou moins marqué, de l'agitation pendant la nuit, de la courbature pendant le jour, des troubles variables de la digestion, parfois une légère poussée à la peau; en second lieu, une excitation spéciale, variant avec la nature de la maladie, les dispositions particulières de chaque malade, et consistant dans une exacerbation des symptômes qu'il présente, principalement de ceux qui dominent la scène morbide.

2° Cette excitation spéciale, qui n'a fait défaut qu'une fois, porte, sans exception, sur tous les troubles fonctionnels, sur tous les symptômes que peuvent présenter les malades soumis à l'action des bains.

3° L'excitation qui se manifeste habituellement du cinquième au sixième jour, est parfois tardive et n'apparaît qu'à la fin du traitement. Il y a parfois de nouveaux phénomènes d'excitation qui constituent une véritable crise post-thermale.

4° Si, dans les conditions expérimentales sus-mentionnées, on recherche la cause de cette excitation, on ne la trouve ni dans la thermalité de l'eau, ni dans l'absorption et l'action consécutive sur l'organisme des principes minéraux dissous, ni dans une action irritante et révulsive sur la surface tégumentaire de ces mêmes principes; cette cause semble plutôt résider dans une modification de l'innervation cutanée, et secondairement, par sympathie ou action réflexe, de l'innervation des autres systèmes ou appareils de l'économie, en particulier de ceux qui sont atteints par la maladie.

5° Cette modification de l'innervation cutanée ne saurait s'expliquer par une action dynamique mal définie; il paraît rationnel de l'attribuer à une excitation directe des fibres nerveuses de la surface du derme par les principes minéraux dissous dans l'eau et jouant le rôle, soit d'excitants physiques, soit d'excitants chimiques, soit l'un et l'autre simultanément. C'est vers la détermination de ces actions élémentaires que doivent tendre les nouvelles recherches.

6° Au point de vue clinique, le degré de l'excitation thermale ne peut servir de critérium absolu pour faire préjuger les effets de la cure; on peut dire cependant qu'une excitation franche et vive est en général d'un pronostic favorable.

Il est évident que si Vigarous le père ou Vigarous le fils avaient eu connaissance du fait attribué à David, ils ne l'auraient pas passé sous silence, car ils se sont livrés à des recherches étendues, sinon le père, du moins le fils, pour rédiger cet ouvrage.

Louis, dans son éloge de David, parle des communications de ce chirurgien à l'Académie de chirurgie, mentionne ses faits de résection des côtes pour carie, mais non la fameuse résection scapulo-humérale (*Eloges de Louis*, recueillis par Fréd. Dubois (d'Amiens), 1859, p. 352).

Sabatier, en sa qualité de commissaire des correspondances de l'Académie de chirurgie, aurait dû se souvenir de cette observation, puisque vingt ans plus tard la communication de Vigarous était encore présente à sa mémoire, et cependant il ne mentionne même pas le nom de David.

Cette omission est d'autant plus importante que David le fils prétend que l'observation de son père fut connue dans toutes les provinces par la correspondance de l'Académie de chirurgie.

En parlant de son père, il dit : « La carie fixa aussi son attention, et il démontra, dans ses cours, qu'il était possible de scier les os partiellement dans leur contiguïté. Un malade se présenta dans son hôpital ayant plusieurs fistules à la partie supérieure du bras, qui communiquaient dans la cavité articulaire. En explorant avec le stylet, il reconnut que la tête de l'humérus était cariée; il incisa entre les deux fistules, fit sortir la tête de l'os, la réséqua et la replaça dans sa cavité. [En note : Il m'a été impossible de trouver dans les papiers de mon père cette importante observation; elle est trop connue pour être révoquée en doute.] Cette opération hardie fut connue dans toutes les provinces par la correspondance de l'Académie de chirurgie.

» Les Anglais, étonnés de la hardiesse de l'opérateur, tentèrent cette opération sur un jeune homme écrouelleux âgé de quatorze ans, dont la tête de l'humérus était cariée; il fut guéri, d'après le rapport de With (*sic*), en quatre mois. »

Si les Anglais avaient dû s'étonner de quelque chose, c'eût

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Des tubercules de l'estomac, par M. Cazin (rapport de M. Fernet). — Observation de syphilis cérébrale : M. Fournier. — Lésions anatomiques de la phlegmatia alba dolens: M. Damaschino. — Observation de syphilis cérébro-spinale : M. Du Cazal.

M. le docteur *Gouraud* déclare que, depuis la dernière séance, il a essayé dans son service les lavements au permanganate de potasse, qui lui ont paru avoir un résultat favorable pour désinfecter les garde-robes et combattre la tympanite dans les cas de fièvre typhoïde.

— M. *Fernet* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Cazin (de Berk-sur-Mer), candidat au titre de membre correspondant. M. le docteur Cazin a étudié la *tuberculose de l'estomac chez les enfants*. Il en rapporte plusieurs observations. La plus remarquable est la suivante : Une petite fille de douze ans et demi avait été envoyée à Berk pour une adénopathie cervicale qui s'améliora lentement ; après dix-huit mois de séjour, on constatait une amélioration notable dans son état, lorsqu'elle rendit par la bouche quelques gorgées de sang. En même temps l'amaigrissement fit des progrès sensibles. Quelques mois plus tard, nouveaux vomissements de sang; puis, à la suite de l'administration d'un vomitif (prescrit pour combattre un érysipèle et donné sans que M. Cazin eût été consulté), nouvelle hématémèse avec selles sanguinolentes. L'érysipèle suivit son cours et se compliqua d'une péritonite et d'un état typhoïde, auquel succomba la malade. M. le docteur Cazin avait diagnostiqué une tuberculisation de l'estomac.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : Tubercules au sommet du poumon et dans les ganglions bronchiques; épanchement séreux péritonéal, intestins sains sans tubercules ; mais dans l'estomac : ulcération du diamètre d'une pièce de vingt centimes ; près du cardia cette ulcération est à fond gris, rougeâtre, sur lequel se détachent en blanc jaunâtre quatre petits tubercules; une quarantaine d'autres petites granulations tuberculeuses se voient dans le voisinage de l'ouverture œsophagienne de l'estomac; enfin, en divers points de cet organe existent des lésions congestives et hémorrhagiques. Le microscope confirme la nature tuberculeuse des granulations. Cette observation, jointe à celles de MM. Talamon, Bignon, Delannoix et Bréchemin, prouve l'existence de la tuberculisation stomacale. M. Cazin ne veut pas en donner une description complète. Il se borne à citer ces faits comme documents à l'appui d'une question qui reste à l'étude.

M. *Fernet* propose de renvoyer le mémoire de l'auteur au comité de publication et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant (*Adopté*).

— M. *Ferrand* offre à la société, réunies en volume, les leçons cliniques qu'il a faites sur la phthisie pulmonaire à l'hôpital Laënnec.

— M. *Fournier* présente des pièces anatomo-pathologiques d'une syphilis cérébrale, et rappelle en quelques mots les symptômes observés chez la malade à laquelle elles appartiennent : Femme âgée de trente-neuf ans, épuisée par des privations de toute nature. Premiers accidents syphilitiques, datant de six ans, guéris, réapparus d'abord deux ans plus tard, puis deux autres années après ; enfin nouvelle et vaste syphilide du dos à forme excentrique, serpigineuse, accompagnée de maux de tête localisés à gauche, de quelques vertiges. Traitement mercuriel et ioduré; amélioration notable, lorsque survient une variole hémorrhagique qui détermine la mort.

Autopsie : Lésions cérébrales syphilitiques, méconnues pendant la vie; érosions profondes du frontal du côté droit correspondant à la *carie sèche* de Virchow; fortes adhérences de la dure-mère au crâne par des membranes épaisses; exsudat gommeux, jaunâtre à sa face externe ; épaississement des méninges au même niveau; symphise méningo-cérébrale et épaississement du crâne du côté malade.

Une syphilis cérébrale peut donc produire des lésions graves sans s'attester par des phénomènes extérieurs; la malade conservait une lucidité parfaite et une excellente mémoire ; elle ne se plaignait que de vertiges et de céphalée depuis quelques jours. Ces faits expliquent pourquoi le traitement est toujours inefficace en pareille circonstance ; les lésions, en effet, précèdent les symptômes. Dans la syphilis cérébrale, il existe des lésions d'ordre vulgaire (comme la symphyse méningo-crânienne) qui sont plus graves que les lésions syphilitiques et contre lesquelles le traitement spécifique ne peut rien. « Dans la syphilis cérébrale, dit en terminant M. Fournier, ce qu'il y a à craindre ce sont beaucoup moins les lésions syphilitiques que les lésions vulgaires. Quand on meurt, on meurt de ces dernières. »

— M. *Damaschino* présente un certain nombre de préparations qui montrent comment se font les coagulations sanguines de la *phlegmatia alba dolens*. Ainsi, une coupe faite au sixième ou au septième jour de la maladie montre un coagulum fait de toutes pièces, homogène, dont les couches périphériques sont très adhérentes à la tunique interne du vaisseau ; un peu plus tard une même coupe montre toute une série de modifications dans l'épaisseur du caillot et la formation d'éléments embryonnaires de formes différentes. Au vingtième jour on aperçoit dans le coagulum des vaisseaux de nouvelle formation ; enfin, au bout de deux ou trois mois,

---

été du pitoyable français de David, en admettant qu'ils le comprissent, et de son ignorance de l'observation de White et de l'orthographe de son nom. Quant à la hardiesse de l'opérateur, il est facile de démontrer, d'après les dates, que White ne la connaissait pas lorsqu'il opéra son jeune écrouelleux.

En effet, dans une note de la page 27 de son opuscule de 1782 *sur la nécrose*, David père s'exprime ainsi : « Depuis plus de douze ans que j'ai communiqué à l'Académie royale de chirurgie mes premières observations sur ce sujet, je tiens inutilement le même langage. »

Douze ans avant 1782, on était en 1770; admettons que « *plus de douze ans* » nous amène en 1768, et que la première observation de David ait été justement celle de la résection de l'épaule, White, qui a opéré le 14 avril 1768, aurait encore eu le droit d'ignorer la communication de David. Mais comment admettre que David ait passé sous silence cette opération si hardie dans ses écrits postérieurs? Comment Troja, Robert, Chopart, Lassus, Sabatier, chargé de la correspondance de l'Académie, tous contemporains de ces expériences, n'ont-ils pas été, comme les Anglais, étonnés de la hardiesse de David, et n'ont-ils pas mentionné le fait dans leurs écrits?

Je crains bien que David fils ait commis une erreur de fait, et qu'il ait attribué à son père une opération pratiquée par son grand-père Le Cat, prédécesseur de David à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

En effet, nous lisons dans une lettre à M. D***, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, par M. Le Cat, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, etc., insérée dans le *Journal de Vandermonde*, 1761, t. XIV, p. 257, en P. S., p. 262 :

« Vous serez peut-être bien aise d'apprendre, monsieur, que j'ai fait, ce printemps, l'extraction totale d'une portion cariée de l'humérus, de 3 pouces 10 lignes de long, contre son articulation supérieure, et qu'en moins de six mois cette portion de l'humérus s'est régénérée au point que le sujet,

on trouve des vaisseaux d'autant mieux formés qu'on se rapproche de la périphérie du coagulum, tandis qu'au centre il existe encore de petits interstices qui ne sont pas complètement organisés.

M. *Dumontpallier* rappelle le mémoire qu'il publia en 1863, en collaboration avec Trousseau, sur l'organisation du caillot dans la *phlegmatia alba dolens* et dans l'embolie pulmonaire, celui-ci faisant peu à peu corps avec les parois vasculaires.

M. *Labbé* demande à quelle époque le caillot est assez solidifié, assez adhérent pour que l'on n'ait plus à redouter sa fracture, par suite la formation d'une embolie. Il lui paraît que jamais on n'en observe au delà du vingtième jour.

M. *Damaschino*. L'observation de M. Labbé est parfaitement juste; c'est à partir du vingtième jour que les adhérences sont assez solides pour qu'on n'ait pas à craindre un coagulum. Il en résulte qu'il faut condamner à l'immobilité pendant au moins trois semaines un malade atteint de *phlegmatia alba dolens*.

— M. *Du Cazal* communique une observation de *syphilis cérébro-spinale*. Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-huit ans qui, quatorze années auparavant, avait été atteint d'un chancre induré, bientôt suivi d'accidents secondaires sans aucune gravité. Après une période de guérison apparente qui dura quatorze années environ, cet homme s'aperçut, le 14 août 1877, de faiblesse musculaire, d'affaiblissement de la voix, de difficulté dans la mastication. Très vigoureux et très énergique, il essaya quelque temps de réagir en faisant de longues marches; mais peu à peu les phénomènes s'aggravèrent, et le 12 septembre, au moment où il entrait au Val-de-Grâce, il présentait des phénomènes paralytiques occupant la troisième et la septième paire, une paralysie du voile du palais, une paraplégie incomplète surtout marquée à gauche. M. Du Cazal, s'appuyant sur la dissémination des lésions paralytiques, sur l'existence d'une hémi-paraplégie s'ajoutant à la paralysie des nerfs de la troisième paire, du facial et du pneumogastrique, s'inspirant, comme il l'a déclaré lui-même, des observations de M. Fournier, diagnostiqua une syphilis cérébro-spinale. Le traitement mixte (iodure de potassium, frictions mercurielles, douches froides) arriva à faire disparaître peu à peu tous les accidents sans phénomènes d'intolérance, bien que le malade ait absorbé en deux mois 340 grammes d'iodure de potassium et qu'il ait été employé 420 grammes d'onguent mercuriel pour frictions.

M. *Fournier* fait ressortir tout l'intérêt de cette remarquable observation, qui prouve le contraste qui existe entre les phénomènes du début et le pronostic de la syphilis. Les plus graves accidents peuvent survenir très longtemps après qu'une syphilis très bénigne en apparence aura été contractée. M. Fournier, comme Broadbent, a toujours constaté ce contraste entre les symptômes initiaux et les accidents éloignés de la syphilis. Il faut en conclure que le traitement de la maladie ne saurait être abandonné trop vite, comme il arrive bien souvent, et qu'il importe, au contraire, d'administrer longtemps les médicaments spécifiques.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU

De la liqueur de Bareswill comme réactif des matières albuminoïdes et en particulier des peptones : M. Dujardin-Beaumetz. — Des injections sous-cutanées d'ergotine dans les hémorrhagies utérines : MM. Créquy, Féréol, Dujardin-Beaumetz. — De la préparation de l'extrait de seigle ergoté : M. Catillon.

M. *Noël Gueneau de Mussy* a essayé à plusieurs reprises le *carica papaya* dont il a été question à la dernière séance (voir la communication de M. Constantin Paul) : il n'a eu qu'à se louer de cette préparation.

M. *Dujardin-Beaumetz*, essayant les divers réactifs des peptones, s'est servi de la liqueur de Bareswill. Sous l'action de cette liqueur les peptones prennent une coloration groseille spéciale; quelle explication peut-on en donner? Cette coloration est-elle spéciale aux peptones ou est-elle commune à toutes les substances albuminoïdes ?

M. *Limousin* répond que cette coloration est probablement due à l'albumine. En effet, dans les urines albumineuses, la liqueur de Bareswill fournit la coloration signalée par M. Dujardin-Beaumetz; aussi M. Limousin pense-t-il, sans toutefois pouvoir l'affirmer, que ce caractère appartient à toutes les substances albuminoïdes.

M. *Duhomme* a déjà signalé ce fait, que dans toutes les urines qui contiennent de l'albumine, sous l'influence de la liqueur de Bareswill, il se forme un précipité et une coloration rouge groseille.

— M. *Créquy*, ayant à traiter actuellement deux malades atteintes de corps fibreux de l'utérus donnant lieu à des hémorrhagies abondantes, désire employer les injections d'ergotine. Il demande à M. Féréol, qui a expérimenté cet agent thérapeutique, le procédé à employer. Faut-il faire les injections sous le tissu abdominal, ou faut-il les faire dans l'utérus lui-même ?

M. *Féréol* a employé à plusieurs reprises des injections d'ergotine dans les cas d'hémorrhagie utérine abondante, toujours avec succès. Chez une malade, il y eut à la suite de ce traitement une expulsion d'un corps fibreux volumineux qui s'est accompagnée des phénomènes d'un véritable accou-

---

qui est François Romain, invalide à Dieppe, se sert de son bras pour tous ses usages ordinaires. »

Le Cat ne dit pas que le mal pénétrât dans la jointure; mais c'était probablement un cas analogue à ceux de Thomas, de Vigarous et de White, car le bras était privé de tous ses mouvements, et on pensa un moment que le seul remède était la désarticulation de l'épaule.

Ce fait, White le connaissait bien, car il avait été inséré *in extenso* dans les *Transactions philosophiques*, et, il le dit lui-même, dans une note de la page 62 de ses *Cases in surgery :* « Après l'extraction de 3 pouces 10 lignes de l'os humérus, M. Le Cat fit usage d'une machine pour maintenir les fragments supérieur et inférieur de l'os à leur distance respective. Il a donné une description du cas et une figure de l'appareil dans le volume LVI des *Phil. Trans.*, p. 270. » Ce qui est vrai (1).

(1) Le fait a été reproduit dans l'édition abrégée, t. XII, p. 319.

Je ne pense pas que David père ait même assisté à l'opération de Le Cat, car à cette époque, comme nous l'apprend Dezeimeris, David n'était pas encore allé à Rouen. Il ne fut d'ailleurs reçu maître en chirurgie qu'en 1764.

Un autre argument en faveur de ma thèse, c'est que l'observation de David père n'a été citée qu'après la publication du travail de son fils, et que tous ceux qui l'ont mentionnée renvoient, quand ils donnent une indication, à ce travail. Sans la phrase de David fils, toute cette polémique n'aurait pas eu lieu, et tout le monde y eût gagné.

Donc, jusqu'à preuve du contraire, je reste persuadé que l'observation de David est apocryphe; une seule personne peut me donner cette preuve, c'est notre laborieux confrère M. le docteur Dureau, qui depuis plusieurs années s'efforce de mettre en ordre les archives de l'ancienne Académie de chirurgie. « Il y a là des trésors! » nous disait-il un jour. Faisons des vœux pour qu'il les produise bientôt à la lumière!

chement. Cette malade, souffrante depuis plus de dix ans, guérit ainsi complètement. Quant à l'injection elle-même, M. Féréol donne la préférence à l'injection d'Yvon qui est claire et limpide, facile à injecter, contrairement à celle de Bonjean qui est épaisse; elle n'occasionne que très rarement des accidents. Parfois il y a de la fièvre, on voit souvent des abcès, même avec la solution d'Yvon. En effet, chez une malade traitée par lui à Lariboisière, il y eut onze abcès à la suite de onze injections de la solution d'Yvon.

M. *Limousin* dit que quelques médecins prescrivent la solution d'ergotine préparée uniquement avec la glycérine. Cette injection est presque impossible à pratiquer à cause de la consistance du liquide.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle les modes de préparation conseillés : M. Constantin Paul emploie la solution de 2 grammes d'ergotine par 30 grammes de glycérine ; M. Moutard-Martin conseille la solution suivante : ergotine, 2 grammes ; glycérine, 15 grammes ; eau, 15 grammes.

M. *Féréol* emploie la formule suivante : ergotine, 1 gramme ; eau, 7gr,50 ; glycérine, 7gr,50. Quant à la question de M. Créquy sur le choix de la région où l'injection doit être pratiquée, M. Féréol conseille de la faire sous le tissu abdominal. On en a pratiqué dans l'utérus lui-même, mais ce mode opératoire est dangereux et a déterminé parfois des accidents mortels.

M. *Cadet de Gassicourt* a essayé la solution d'Yvon, tantôt en faisant des injections de 1 gramme, tantôt de 50 centigrammes. Chez plusieurs malades il a observé des accidents assez pénibles pour que les malades aient refusé de continuer le traitement.

M. *Catillon* donne lecture d'un mémoire sur la préparation de l'extrait de seigle ergoté dit *ergotine Bonjean*, rappelant les discussions à la Société de chirurgie sur l'inconstance de ce produit. Si on se reporte au procédé de préparation, on trouve facilement l'explication de ce fait. Les effets de la préparation sont des plus divers. Suivant que l'on concentre plus ou moins l'extrait mou, suivant qu'on le reprend par de l'alcool plus ou moins rectifié, on obtient des ergotines plus ou moins chargées de matières gommeuses et par suite plus ou moins actives. M. Catillon a toujours obtenu un rendement inférieur à celui qui est indiqué par la plupart des auteurs ; il pense que ce n'est pas à 12 ou 14 pour 100 qu'il faut fixer le rendement moyen, mais à 8 pour 100 du seigle ergoté non desséché. Ces chiffres se rapportent à des extraits de bonne consistance contenant de 8 à 10 pour 100 d'eau complètement privée de matière gommeuse.

Ce n'est pas un extrait que M. Yvon cherche à préparer, mais une solution d'extrait titrée de telle sorte qu'elle représente le poids du seigle ergoté employé, c'est-à-dire que c'est une solution dont le titre doit varier à chaque opération. Car, en ramenant le poids de sa solution à celui du seigle ergoté, il est évident qu'on ne peut obtenir des solutions identiques, et qu'on s'expose à leur donner des degrés d'activité très différents suivant que les seigles employés sont plus ou moins riches en extrait.

Le but que s'est proposé M. Bonjean est de donner un produit soluble à la fois dans l'eau et dans l'alcool à 70 degrés. Pour obtenir ce résultat, M. Bonjean a proposé de chasser l'ergot par l'eau, qui ne dissout pas les matières grasses et résineuses, mais qui dissout les matières gommeuses, et de reprendre par l'alcool pour précipiter ces dernières. Mais les mêmes conditions se retrouvent en renversant l'opération, c'est-à-dire en épuisant par l'alcool et en reprenant par l'eau. C'est là le mode opératoire que M. Catillon a adopté après l'avoir comparé avec celui qu'on employait précédemment. Avec l'alcool, le déplacement marche régulièrement et on n'a plus à craindre l'altération des liqueurs ; la quantité de liquide à évaporer est beaucoup moindre, ce qui est doublement avantageux au point de vue de la durée de l'opération et de la qualité du produit moins longtemps soumis au feu. De plus, on évite la première concentration en sirop clair avec toutes ses incertitudes ; en un mot l'opération marche régulièrement et méthodiquement, et point capital, le produit est toujours identique à lui-même.

Après divers essais, M. Catillon a adopté l'alcool à 75 degrés : avec du seigle ergoté bien desséché on pourrait employer l'alcool à 70 degrés, mais la dessication de l'ergot peut s'altérer. Il est préférable d'employer de l'alcool à un degré un peu plus élevé pour contrebalancer l'humidité du seigle. Après cette opération le seigle ergoté réduit en poudre est introduit dans l'appareil à déplacement ; on verse dessus la quantité d'alcool à 75° nécessaire pour l'humecter complètement. Après douze heures de contact, on ajoute encore de l'alcool en employant au total 5 kilogrammes d'alcool pour 1 de seigle ; on déplace les dernières parties par de l'eau en évitant d'en mettre en excès : on est sûr de ne pas dépasser la limite en mettant un poids d'eau égal à celui de la poudre ; puis on distille au bain-marie. Il reste dans l'appareil une solution aqueuse d'extrait surnageant un dépôt résineux. Après refroidissement, on décante, on lave le dépôt avec un peu d'eau distillée, on filtre le tout et on évapore au bain-marie. Après un certain temps d'évaporation il se forme à la surface une légère pellicule insoluble ; on peut ne pas en tenir compte sans nuire beaucoup au produit, car son poids est insignifiant ; mais, pour plus de perfection, il vaut mieux la séparer par le filtre. On continue l'évaporation jusqu'à consistance d'extrait ferme.

Arrivé au terme de cette étude, il nous reste un triste devoir à remplir : « David, Vigarous, White (on peut les ranger maintenant par ordre alphabétique, la date n'y faisant plus rien), vous vous êtes disputé la priorité pour la résection de l'épaule : Vigarous et White, vos titres sont faux ! David, vos titres sont nuls ! La cour vous prie de faire place à d'autres, et vous renvoie dos à dos. » Tel est mon arrêt. David peut en appeler, si M. Dureau veut bien lui servir d'avocat.

Quant à la priorité, elle reste, par élimination, à Bent, chirurgien de Newcastle.

L. H. Petit.

École d'anthropologie (année 1879-1880. — Semestre d'été), *à l'École pratique de la Faculté de médecine.* — Ouverture des cours le 3 avril, à quatre heures.

Géographie médicale (2e partie du cours) : M. Bordier, le samedi, à quatre heures.

Ethnologie : M. Dally, les lundis et vendredis, à quatre heures.

Anthropologie linguistique : M. Hovelacque, les lundis et vendredis, à cinq heures.

Démographie : M. Bertillon, les mardis et mercredis, à cinq heures.

Service de santé militaire. — Sont nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin inspecteur : M. Quesnoy (Ferdinand-Désiré), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes ; et M. Champenois (Paul-Athanase), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Cet extrait est d'une belle couleur rouge, plus vive que celle de l'extrait par l'eau et d'une odeur plus agréable, rappelant moins la matière animale; il est entièrement soluble dans l'alcool à 70 degrés et dans l'eau. Les applications qui en ont été faites à Lariboisière par MM. Constantin Paul et Siredey ont donné de bons résultats. Voici la solution qu'ils ont employée pour les injections hypodermiques: ergotine préparée par l'alcool, 1 gramme; glycérine chimiquement pure, 5 grammes; eau distillée, 4gr,50; eau de laurier-cerise, 10 gouttes.

Les 11 grammes de cette formule représentent 10 centimètres cubes, de sorte qu'une seringue de 1 centimètre cube contient 11 centigrammes d'ergotine. C'est la dose généralement employée : cette solution à 1/10e est préférable à la solution de 1/15e. La concentration plus grande permet au besoin d'administrer d'un coup une dose plus forte, et on est libre de ne pas remplir la seringue; de plus, 1 centimètre cube de cette solution représente assez exactement 1 gramme de seigle ergoté de bonne qualité.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Des lésions anatomo-pathologiques du testicule dues à des troubles circulatoires, par M. Miflet.

Quelques cas observés à la clinique de Volkmann ont conduit M. Miflet à étudier le résultat des oblitérations artérielles et veineuses sur le testicule. Ces expériences ont été naturellement très variées; mais les effets produits ne diffèrent pas grandement. C'est la ligature en masse des veines qui produit les lésions les plus considérables et les plus rapides. Voici au surplus le résumé de l'auteur.

1° L'artère spermatique interne représente pour le testicule une *artère terminale* (dans le sens de Cohnheim).

2° Son oblitération, soit par la ligature, soit par des embolies, est immédiatement suivie d'infarctus hémorrhagiques qui sont presque toujours situés dans les couches les plus superficielles du testicule (ce qui tient sans doute à la disposition anatomique des vaisseaux).

3° Le tissu glandulaire est remarquable par son extrême susceptibilité vis-à-vis des troubles de la circulation. Que l'on pratique simultanément ou isolément la ligature des artères et des veines, le tissu propre subit une destruction rapide en même temps que le tissu connectif prolifère plus ou moins : le testicule s'atrophie.

4° L'épididyme, qui reçoit le sang par l'artère déférentielle, n'est que peu ou point intéressé par les ligatures de l'artère spermatique.

5° Si la ligature porte simultanément sur les deux artères, le tissu de l'épididyme subit une fonte atrophique analogue à celle décrite pour le testicule.

Les observations auxquelles j'ai fait allusion plus haut sont les suivantes :

Obs. I. — Un homme de trente ans reçoit un coup sur le testicule, à la suite duquel se manifeste une tuméfaction douloureuse qui augmente progressivement pendant les deux mois consécutifs à l'accident. A cette époque, on constate « une hydrocèle volumineuse, sensible, tendue, un œdème pâle et une infiltration plastique du scrotum. » En pratiquant l'incision ordinaire, on trouve une nécrose complète du testicule. L'organe est éliminé peu à peu par la suite : l'épididyme reste intact.

Ce fait correspond exactement au résultat obtenu chez les animaux par la ligature de l'artère spermatique : il faudrait donc admettre que le traumatisme avait produit, directement ou *indirectement*, une oblitération de ce vaisseau. Il n'est pas probable que la nécrose du testicule ait été le résultat du choc.

Obs. II. — Un fait du même genre avait été observé et publié par Volkmann chez un enfant de quinze ans qui, sans cause connue, présenta subitement les signes d'une orchite très grave. Ici la marche fut bien plus aiguë. Dans le sac vaginal on ne trouva qu'un peu de sang liquide. Le testicule, énormément gonflé, atteignait un volume quadruple. Le testicule et l'épididyme paraissaient uniformément infarctés; les plexus pampiniformes bondés de *coagula* sanguins.

Le même tableau anatomique a été observé par M. Miflet lorsqu'il pratiquait la ligature des veines en totalité. Il pensa donc que l'étiologie, restée obscure, de ce cas doit être rapportée à une thrombose spontanée dans tout le plexus pampiniforme (à la suite d'un varicocèle et de fatigues).

Obs. III. — Chez un jeune homme de vingt ans, atteint d'un varicocèle volumineux du côté gauche, Volkmann pratique, d'après son procédé, l'extirpation du paquet veineux, y compris l'artère spermatique. Trois semaines après le testicule nécrosé était complètement éliminé. L'épididyme semble persister.

Obs. IV. — Même opération chez un homme de vingt-six ans. On avait isolé avec soin une artère que l'on croyait être la spermatique, mais on s'aperçut que la masse veineuse extirpée en contenait une seconde. Même nécrose du testicule, même élimination progressive avec conservation de l'épididyme.

Ces deux dernières observations sont citées comme exemple des dangers de la cure radicale du varicocèle. M. Miflet ajoute cette phrase remarquable : « Il est vrai que Volkmann, enhardi par des succès constants, avait donné dans ces deux cas à l'opération une étendue inusitée *antérieurement* et *postérieurement*. » (*Archiv für klin. Chir.*, t. LXXIV, p. 399.)

Des vaisseaux utérins après l'accouchement, par M. Balin.

Que deviennent, pendant la période de rétraction utérine, les vaisseaux qui avaient pris pendant la gravidité un si grand développement?

1° Une partie des vaisseaux utérins est oblitérée par des proliférations cellulaires de la tunique interne; une autre portion persiste, mais très rétrécie par le même mécanisme.

2° Dans les vaisseaux oblitérés, la tunique moyenne disparaît par dégénérescence graisseuse de ses fibres; dans les vaisseaux qui persistent, cette disparition est partielle. Ce processus nécrobiotique est plus lent et plus tardif que dans le tissu musculaire utérin.

3° L'oblitération vasculaire s'observe surtout dans les grosses et moyennes artères de la couche vasculaire moyenne et externe, et ne se termine pas avant plusieurs mois

4° Beaucoup de capillaires ou de vaisseaux volumineux de formation nouvelle sont comprimés par suite de la contraction utérine après l'accouchement, et partagent le sort de la musculature utérine (dégénérescence graisseuse et résorption).

5° Les lacunes vasculaires de la plaie placentaire sont fermées par des thrombus. (*Arch. für Gynek.*, t. XV.)

De la composition chimique des exsudations pathologiques, par M. A. Reuss.

Recherches analogues à celles de Méhu sur les liquides épanchés dans la plèvre.

Nous nous bornons à en reproduire les conclusions :

1° Dans les transsudations, on trouve toujours la confirmation de la loi de Schmidt, que les divers groupes de capillaires fournissent des liquides de composition diverse, et qu'au point de vue de la quantité d'albumine, on peut ranger, par ordre décroissant, les liquides de la plèvre, du tissu cellulaire, des cavités cérébrales.

2° Cette loi ne se réalise pas pour les exsudats vrais.

Lorsqu'une inflammation idiopathique se développe en un point quelconque de l'organisme, elle donne lieu, à intensité égale, à des exsudations contenant à peu près la même proportion d'albumine.

3° On peut en conclure que la proportion d'albumine dépend du degré d'intensité de l'inflammation : elle est plus forte dans les exsudats purulents que dans les sérosités, dans les exsudats gangréneux que dans les purulents.

4° Au bas de l'échelle des exsudats inflammatoires, on en rencontre qui contiennent fort peu d'albumine ; ce sont des exsudats observés chez des hydrémiques ou des transsudations auxquelles s'est joint un léger travail inflammatoire.

5° Il va sans dire que la composition chimique des liquides pathologiques dépend de la composition du sang, mais ce point n'a pu être élucidé par l'auteur.

6° Il est souvent difficile de déterminer si un liquide *est un produit inflammatoire* ou *non*, attendu qu'il peut être les deux à la fois. C'est pourquoi il est impossible d'établir d'une manière générale la démarcation entre les exsudats et les transsudations. Cependant on peut fixer dès à présent les proportions suivantes qui sont les plus fréquentes :

Dans la plèvre, la proportion minimum d'albumine dans les exsudats est de 40 pour 100; dans les transsudations, le maximum est de 25 pour 100. Dans le péritoine, exsudats, 40 pour 100; transsudations, 15 pour 100. Dans le tissu cellulaire, exsudats, 40 pour 100; transsudations, 10 pour 100. Dans le cerveau, (?); transsudations, 5 pour 100.

Ces recherches peuvent avoir un intérêt pratique, notamment dans les affections du péritoine : le pronostic devient meilleur si la proportion d'albumine augmente. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXIV, p. 583.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations, par M. le docteur Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux. — Montpellier, 1880.

M. Masse confond, à tort ou à raison, l'attitude et la position; une attitude implique généralement un sens actif ou tout au moins le résultat géométrique d'une action musculaire. La position, au contraire, nous semble comporter un sens passif, celui-là même qu'entend l'auteur quand il dit : « Les attitudes des membres pendant les mouvements actifs de la locomotion et de la station ne feront pas l'objet de nos études... Un troisième genre d'attitudes nous intéresse directement : ce sont les attitudes du repos. Ces attitudes n'ont pas besoin du concours actif de l'appareil musculaire ; elles s'accompagnent d'un état moyen de relâchement des ligaments et des os. »

Le sujet ainsi délimité et sans trop insister sur le « relâchement des os », l'auteur étudie d'abord l'influence des positions sur les variations de capacité des synoviales ; puis sur les ligaments, dans les principales articulations. Il y a là une série de recherches expérimentales du plus haut intérêt. Puis M. Masse, se plaçant au point de vue clinique, recherche les causes des attitudes dans les arthropathies et les effets de ces attitudes; nous touchons là au côté thérapeutique, qui est amplement traité dans le chapitre final.

Après avoir rappelé les études antérieures de Bonnet et d'Albert pour mesurer à l'aide d'injections forcées soit la capacité des synoviales, soit le degré de pression auquel était soumise une articulation pendant une injection forcée (Albert), M. Masse adresse à ces méthodes le reproche de déformer préalablement la synoviale par l'injection forcée et il décrit son procédé qui consiste à trépaner l'un des deux os qui concourent à former l'articulation, après avoir adapté à l'ouverture ainsi faite un tube de 5 à 8 millimètres de diamètre et d'une hauteur variable suivant l'articulation. L'articulation ainsi disposée, on remplit d'eau salée la cavité de la synoviale jusqu'à ce que le liquide affleure au manomètre dans une position moyenne de l'excursion de l'articulation. Les variations du niveau de la colonne de liquide indiquent, dans les différents mouvements, les variations de capacité de la synoviale. Le minimum de niveau du liquide correspond au maximum de capacité de la synoviale.

Les angles que font entre eux les segments osseux étant déterminés, M. Masse a déterminé comparativement les variations de capacité dans la pronation, la supination, l'extension et la flexion forcée.

Le principal résultat de ces expériences a été de démontrer que l'attitude correspondant au maximum de capacité de l'articulation correspond presque exactement à la bissectrice de l'angle d'excursion des leviers articulaires dans les différents mouvements.

Il faut se reporter au texte même de l'ouvrage pour se rendre compte des nombreuses difficultés d'exécution de ces belles expériences dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici. En général les résultats obtenus par M. Masse sont conformes à ceux de Bonnet; cependant on remarque des divergences assez sérieuses en ce qui concerne le genou et la hanche ; mais ils s'écartent plus encore de ceux qui ont été donnés par Albert (de Vienne) qui voulait déduire la capacité articulaire de la pression intra-articulaire à la suite d'une injection forcée, sous différents écartements angulaires.

L'influence de la position des membres sur les ligaments fait l'objet d'une seconde étude. M. Masse a cherché à fixer tout d'abord la position *moyenne*, c'est-à-dire celle dans laquelle les ligaments et toutes les parties ambiantes d'une articulation sont dans le plus grand relâchement possible. Après avoir disséqué les articulations il a placé les membres dans différentes positions ; il a suivi la tension ou le relâchement des divers groupes de ligaments dans les positions extrêmes et dans les positions intermédiaires. Pour chaque articulation il a déterminé l'excursion de l'un des segments osseux sur l'autre considéré comme fixe. Puis il a successivement enlevé la peau, l'aponévrose, les muscles et il a noté après l'enlèvement de chacune de ces parties l'étendue de l'excursion. En général cette étendue est plus considérable après la dissection des moyens d'union accessoires ; les muscles, l'aponévrose, la peau contribuent à limiter certains mouvements et M. Masse montre dans quelle mesure ils possèdent cette propriété.

C'est ainsi qu'à l'articulation tibio-tarsienne le pied s'étend sur la jambe de 10 degrés de plus que sur le vivant. Au genou l'extension normale sur le vivant donne un angle de 175 degrés et la flexion de 35 degrés. La position moyenne pour les ligaments est comme pour la synoviale à l'angle de 140 degrés. C'est entre 140 degrés et 145 degrés que les mouvements de latéralité offrent le plus d'étendue; ils ne dépassent pas 40 degrés.

Cette étude poursuivie pour les principales positions, notamment à l'articulation coxo-fémorale, donne d'importants renseignements à la pathologie comme à la thérapeutique et même à l'hygiène, quand il s'agit d'étudier les effets du repos prolongé sur le champ d'excursion des articulations ou ceux de l'extension forcée chez les jeunes sujets destinés à l'acrobatisme. M. Masse fait des muscles, au point de vue des attitudes, deux catégories spéciales : 1° ceux qui s'étendent entre deux segments osseux qu'ils meuvent l'un sur l'autre, tel est le poplité au genou ; 2° ceux qui prenant leur point d'appui sur un des leviers osseux franchissent l'autre levier et prennent leurs insertions sur un autre point du squelette, tels sont les fléchisseurs-adducteurs de la cuisse ; d'où il suit qu'il existe une certaine solidarité entre les mouvements du genou et ceux de la hanche, entre les mouvements du pied et ceux du genou et que l'on n'assure l'immobilité du genou par exemple qu'après avoir assuré celle de la hanche et celle du pied.

Ce sont toutes ces connexions et réactions mutuelles qui font l'objet d'une troisième étude, celle de l'influence *des attitudes sur les muscles périarticulaires, les aponévroses et la peau;* puis successivement l'étude de cette même influence *sur les leviers osseux* et sur *les différents éléments de l'articulation.* Il est ici question des attitudes de repos, celles que M. Courty appelle attitudes naturelles et qui coïncident selon l'auteur avec celles que l'on retrouve dans la demi-excursion des leviers osseux, sauf en ce qui concerne le genou et la hanche. Mais un désaccord notable se fait jour : M. Courty indique comme position moyenne ou de repos l'extension sur le bassin avec adduction de la cuisse ; pour M. Masse c'est sous un angle de 40 degrés avec un plan horizontal et dans une abduction de 15 degrés que la position moyenne paraît être la mieux réalisée. Même observation par suite pour le genou. C'est sous un angle de 140 degrés qu'il faut placer cette jointure pour arriver aux mêmes fins.

Mais nous avons hâte d'aborder les dernières parties du travail de M. Masse relatives à la thérapeutique. L'auteur distingue au lit du malade : 1° des attitudes *volontaires* que l'on observe au début des arthropathies et 2° des attitudes involontaires que l'on observe plus tard, et qui tiennent principalement aux contractions périarticulaires. Il discute à ce propos la très intéressante question du diagnostic différentiel des arthralgies, des arthrites et des contractures hystériques, mais d'une manière très insuffisante, car la question est beaucoup plus complexe qu'il ne paraît le croire. Les arthralgies sont très souvent des arthrites légères, et les contractures fussent-elles « hystériques » ont souvent pour origine un état pathologique de la jointure ; de sorte qu'il n'est pas rare de trouver dans les phases d'une arthropathie les trois éléments distingués par M. Masse. Il faut d'après M. Masse rompre le spasme musculaire ou la rétraction, et, après l'avoir rompu, prévenir sa reproduction en immobilisant la jonction assouplie dans une attitude utile au malade.

Ces préceptes chirurgicaux — qui sont d'ailleurs du domaine commun — sont bien loin d'être rationnels et plus loin encore de donner des résultats satisfaisants. Car si, ce qui ne fait aucun doute, la contracture est la conséquence de l'arthrite, c'est l'arthrite qu'il faut traiter d'abord et non la contracture. Une longue pratique des maladies articulaires ne m'a montré de cette *rupture* des *contractures* avec ou sans le chloroforme que des résultats défavorables ou peu s'en faut. Dans le traitement des rebouteurs auquel M. Masse fait allusion il y a autre chose qu'une rupture de contractures destinée à changer l'attitude vicieuse. Il y a les manipulations qui modifient préalablement les éléments de l'articulation, répriment les proliférations, favorisent la résorption lymphatique et veineuse et par suite établissent entre les surfaces des rapports plus normaux. Les rebouteurs qui occasionnent des accidents sont précisément ceux qui en présence d'une arthropathie rompent les contractures. Le plus souvent les contractures ne sont que des états réflexes qui se dissipent d'eux-mêmes si l'on parvient à modifier les surfaces articulaires et les épiphyses. Quant aux rétractions qui sont de véritables raccourcissements d'adaptation on arrive souvent, avec quelque patience, à les allonger sans les rompre.

Quant aux mouvements des articulations malades c'est une question non encore résolue, et qui n'est pas près de l'être, tant elle est mal posée. Est-ce que toutes les articulations sont *malades* de la même façon? Est-ce que tous les malades ont les mêmes dispositions et le même tempérament? Est-ce qu'ils sont tous au même temps de leur âge et de leur maladie? A ces réserves près, on peut indifféremment adopter ou repousser les préceptes absolus de l'auteur sur le danger des mouvements. Mais ces réserves tiennent de la place. Nous nous permettrons une critique : c'est sur l'oubli complet ou la méconnaissance des avantages des manipulations que l'on désigne sous le nom impropre de massage, dans les arthropathies, en vue de réaliser l'indication reconnue de tous : supprimer les contractures. Il semblerait que malgré les nombreux travaux contemporains ces procédés n'existent point. M. Masse n'avait qu'à s'inspirer une fois de plus de Bonnet pour trouver sur ce point des informations qui eussent complété son beau travail.

Nous avons cherché à donner une idée succincte des nombreuses questions que le professeur de Bordeaux a traitées dans la série de mémoires dont le titre collectif est en tête de cet article. Il nous serait difficile de porter ici un jugement sur une œuvre très fragmentée qui représente de longues années d'expérimentations sérieuses. Disons toutefois que nous avons été surpris du peu d'originalité des chapitres qui ont trait à la clinique et à la thérapeutique. On croirait lire une page d'une édition ancienne d'un traité classique quelconque. Il en est autrement des parties qui ont trait aux faits anatomiques qui montrent, à côté d'expérimentations ingénieuses et bien suivies, nombre de vues neuves.

E. Dally.

Index bibliographique.

De la diphthérite ou considérations générales sur sa cause positive, son traitement et son remède prophylactique, par le docteur O. G. Edwards, médecin sanitaire. — Smyrne.

Modeste par son format, ce petit opuscule mérite l'attention tant au point de vue des considérations doctrinales qu'il expose qu'eu égard aux méthodes thérapeutiques qu'il préconise. Le docteur Edwards développe avec beaucoup de sens clinique les motifs qui lui font admettre que les parasites de la diphthérie ne peuvent se développer que *si le terrain est propice*, c'est-à-dire si l'enfant ou l'adulte sont primitivement débilités, malades et, comme le dit fort bien l'auteur, *mis en état de contamination.* Nous admettons volontiers aussi que la diphthérite affecte surtout le système lymphatique, sans pouvoir cependant soutenir, comme l'auteur, qu'il y a toujours et qu'il n'y a que congestion active et obstruction des vaisseaux lymphatiques. Nous n'avons aucune expérience au sujet du baume saxon ferro-ioduré que préconise le docteur Edwards ; mais nous approuvons, comme lui, toutes les médications ayant pour but de relever les forces du malade, tout en cherchant à lutter contre l'infection locale et générale de l'organisme.

VARIÉTÉS

Société protectrice de l'enfance. — Séance générale annuelle.

La Société protectrice de l'enfance a tenu sa réunion annuelle dimanche dernier, dans l'ancien Théâtre lyrique, sous la présidence de M. le docteur Marjolin, qui est, comme on le sait, l'âme de cette utile association. A côté du président avaient pris place sur la scène MM. Savoye, René Blache, Eugène Marbeau, Léon Duchesne, secrétaire général, et un grand nombre de confrères et de personnes s'intéressant aux progrès de la Société.

La parole a été donnée à M. le docteur Léon Duchesne, qui a retracé, dans un discours très écouté, les travaux et les progrès de la Société pendant l'année 1879. Le zélé secrétaire général a démontré que, malgré la protection accordée par la loi Roussel aux enfants du premier âge, l'initiative privée avait encore beaucoup à faire pour aider les nourrices besoigneuses, et surtout pour propager l'allaitement maternel dans toutes les classes de la Société.

M. Eugène Marbeau a ensuite donné lecture du rapport sur les prix. La commission a décerné un prix de 500 francs à l'auteur du mémoire portant le n° 3, M. le docteur Gossot, de Chevilly (Loiret). Dans ce mémoire, M. Gossot s'était attaché à exposer les mesures que doit prendre l'Etat pour protéger d'une façon efficace les enfants en bas âge.

Après un court rapport au nom de la commission des mé-

dailles, M. le docteur Savoye énumère la liste des médecins inspecteurs qui se sont particulièrement distingués pendant l'année 1879. Quelques-uns de nos confrères lauréats, présents à la séance, viennent recevoir leurs récompenses des mains de M. le président, au milieu de nombreuses marques de sympathie.

Enfin la partie administrative de la séance se termine par la lecture d'un rapport de M. René Blache contenant la liste des encouragements et des récompenses décernés aux femmes qui ont eu le plus de succès dans l'allaitement maternel. Ces récompenses consistent en sommes variant de 100 à 30 francs, que la commission a distribuées à vingt nourrices des plus méritantes, dont le défilé sur la scène est accueilli par de vifs applaudissements.

Quant à la seconde partie de la séance, la *Gazette* ne peut en entretenir longuement ses lecteurs. Il s'agit d'une séance musicale et dramatique dans laquelle M[lles] Reichemberg, Croizette, Abella et Riquier, membres de la Société protectrice de l'enfance, ont obtenu le plus légitime succès.

On voit par ce court aperçu que ceux qui, comme nous, ont eu l'idée de se rendre à la séance annuelle de la Société ont agréablement et utilement employé leur temps, et ont pu se convaincre de l'importance de cette œuvre généreuse.

A. LUTAUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs, extraordinairement convoquée, a entendu le rapport présenté au nom d'une commission dont M. le professeur G. Sée était le rapporteur, sur le projet de création, dans cette Faculté, d'une chaire nouvelle d'anatomie pathologique. Les conclusions motivées de ce rapport étaient celles-ci : 1° *Cette création est inutile; 2° elle serait dangereuse. A l'unanimité* de 28 professeurs présents, ces conclusions ont été adoptées.

Le procès-verbal de cette séance et le rapport y annexé ont été immédiatement transmis à M. le ministre de l'instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Dreyfus-Brissac, docteur en médecine, est nommé chef de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— M. Descouts (Paul-Henri-Nelzir), docteur en médecine, est nommé chef des travaux du laboratoire de médecine légale institué à la Morgue (emploi nouveau). — M. Magnier de la Source, docteur en médecine, est nommé préparateur de chimie au laboratoire de médecine légale institué à la Morgue (emploi nouveau). — M. Josias (Albert-Henri-Louis) est nommé préparateur du cours de médecine légale institué à la Morgue.

— M. Bochefontaine, docteur en médecine, préparateur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris, est, en outre, délégué provisoirement dans les fonctions de chef du laboratoire des cliniques de ladite Faculté à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Debove, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Quioc (Jules-Victor), docteur en médecine, est nommé, pour une période de deux années, chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Stœber, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Peillon (Albert-Louis-Frédéric) est chargé, pendant l'année scolaire 1879-1880, des fonctions de chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Cordier, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Bard, docteur en médecine, est nommé aide de clinique des maladies des femmes, en remplacement de M. Garin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Rendu (Jean-Claude), docteur en médecine, est nommé, pour une période de deux ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Constantin, dont le temps d'exercice est expiré. — Sont maintenus dans les fonctions de chef des travaux des laboratoires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1879-1880, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Imbert, physique; Chandelux, anatomie générale et histologie; Arloing, médecine expérimentale; Rebatel, physiologie; Colrat, anatomie pathologique; Guérin, pharmacie.

— M. Flavard (Etienne), bachelier ès sciences, est délégué, pendant l'année scolaire 1879-1880, dans les fonctions de chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique. — M. Sabatier est chargé des fonctions de préparateur de zoologie et anatomie comparée pendant l'année scolaire 1879-1880.

HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. le docteur Cadet de Gassicourt reprendra ses leçons cliniques le lundi 5 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure.

HÔPITAL COCHIN. — M. le docteur Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté, reprendra ses leçons de clinique médicale le vendredi 9 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (12e semaine, du vendredi 19 au jeudi 25 mars 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1296, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 63. Variole, 55. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphthérie et croup, 45. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 8. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 69. — Autres affections générales, 120. — Bronchite aiguë, 74. — Pneumonie, 96. — Diarrhée infantile et athrepsie, 134. — Autres maladies locales : aiguës, 86; chroniques, 195; douteuses, 60. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 38. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 12e semaine. — Le nombre total des décès de la 12e semaine s'est élevé à 1296 au lieu de 1251, taux de la 11e semaine. L'aggravation a été causée plus particulièrement par les diarrhées enfantines, par la bronchite aiguë et la phthisie... On peut voir que ce sont les quartiers les plus pauvres, du Combat, de Belleville et de la Roquette, qui fournissent les plus gros tributs. Il en est à peu près de même pour l'athrepsie; ce sont les quartiers Saint-Ambroise, la Villette, Batignolles, Sainte-Marguerite et du Val-de-Grâce qui comptent le plus de décès par diarrhée infantile... Cependant plusieurs causes de mort se sont atténuées, notamment la fièvre typhoïde, qui n'a plus que 63 décès au lieu de 78; la variole, qui de 66 est descendue à 55. Mais il importe de remarquer que le quartier de la Sorbonne reste toujours le plus riche en décès par variole. Le quartier des Quinze-Vingts compte toujours le plus de décès par diphthérie.

Je remarquerai en terminant combien sont relativement faibles à Paris les contingents mortuaires dus à la coqueluche, mais surtout à la scarlatine. Et pourtant ces deux affections sont, dans la saison où nous sommes, des causes de mort des plus actives en beaucoup d'autres villes; à Londres, par exemple, on a compté 51 décès par scarlatine et 112 par coqueluche, nocuité qui, proportionnellement à notre population, devrait se traduire chez nous par 28 décès par scarlatine (nous en avons 5, et 2 la semaine avant), et par 61 décès par coqueluche (nous en comptons 11, et 7 la semaine précédente)...

Dr BERTILLON.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 8 avril 1880.

Royal Medical and Chirurgical Society : DE LA NÉPHRECTOMIE PAR SECTION ABDOMINALE : MM. LES DOCTEURS BARKER, KNOWSLEY THORNTON, CLÉMENT LUCAS, SPENCER WELS, ETC. — LES RUCHES D'ABEILLES DANS L'INTÉRIEUR DE PARIS.

De la néphrectomie par section abdominale.

Le récent « meeting » de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres (du 9 mars) a été consacré à une discussion qui présente un grand intérêt chirurgical. L'origine en a été la lecture d'un mémoire du docteur Barker sur la « néphrectomie par la section abdominale ». Ce travail est très riche en indications historiques et statistiques; l'auteur apporte sur le sujet une observation nouvelle, et la discussion qui a suivi nous fait connaître les appréciations de chirurgiens dont l'habileté et l'expérience sont non seulement fort appréciées en Angleterre, mais aussi reconnues en France.

Cette discussion peut être considérée comme marquant une phase nouvelle dans l'histoire de l'extirpation du rein. Il ne s'agit plus de démontrer que l'opération peut réussir, mais de préciser quelles en sont les indications, et surtout de distinguer entre les cas où l'on doit faire la néphrectomie par incision lombaire et ceux qui présentent plus de chances de succès ou plus de facilité opératoire par l'incision abdominale. M. Barker, en d'autres termes, a pratiqué l'extirpation d'un rein par une opération analogue à celle qu'ont mise en pratique les deux chirurgiens qui, les premiers, ont fait l'ablation totale d'un rein; mais il y a cette différence que, pour ceux-ci, l'opération fut en quelque sorte imprévue ou inconsciente. En effet, le docteur Paslée, en 1868, croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire, et, trouvant une tumeur kystique du rein, il l'enleva. Spencer Wels, en cette même année, enleva un rein en même temps qu'un kyste de l'ovaire auquel il adhérait. Au contraire, M. Barker a enlevé le rein par une opération méthodique, c'est-à-dire basée sur des indications opératoires précises. Ajoutons que, onze jours plus tard, le docteur Knowsley Thornton pratiquait également la néphrectomie abdominale avec un succès définitif, dans un cas d'hydronéphrose.

M. Barker a fait un exposé statistique résumant les résultats obtenus jusqu'à présent dans l'extirpation. Après avoir montré que Simon, d'Heidelberg, doit être considéré comme le véritable inventeur de l'opération régulière de la « néphrectomie » aussi bien que du mot lui-même, il a résumé l'histoire de la phase qu'on peut appeler « physiologique » de la question, et qui commence au dix-septième siècle avec les expériences de Zambeccarius si souvent reprises et vérifiées mais qui depuis Hévin avaient été tout aussi souvent considérées comme des démonstrations théoriques, non applicables à l'homme.

Aujourd'hui ce n'est plus sur des animaux qu'on a pu constater la possibilité de la vie avec un seul rein; mais c'est sur l'homme, puisqu'il y a des exemples de guérisons, sinon définitives, du moins très prolongées.

En effet, les statistiques de M. Barker comportent 28 cas de néphrectomie, dont les observations sont résumées sous forme de tableaux qui constituent un document précieux à consulter sur le sujet et dont nous indiquerons les conclusions les plus générales.

De ces 28 opérations, 6 ont été la conséquence d'erreurs de diagnostic; dans 2 cas, la néphrectomie a été inachevée par suite des difficultés d'isoler l'organe atteint de néoplasme. Les 20 autres ont été pratiquées dans un but précis, c'est-à-dire l'extirpation du rein; ces cas se répartissent ainsi qu'il suit : 2 pour fistules de l'uretère, 2 succès; 2 pour douleurs néphrétiques de cause inconnue : 1 mort, 1 succès; 2 pour pyélite calculeuse, 2 morts; 3 pour blessures de l'organe, 2 guérisons complètes et 1 mort; 6 pour un rein mobile douloureux, 4 guérisons complètes, 2 morts; 4 pour des néoplasmes, 1 mort, 3 guérisons; enfin 1 pour pyonéphrose, ayant parfaitement réussi. *En résumé, sur 28 opérations il y a eu 14 succès, 14 morts*, et si l'on retranche les 6 erreurs de diagnostic, il y a 13 succès, 9 morts; dans ces derniers cas, il faut compter 2 opérations incomplètes.

Recherchant la cause de la mort, on trouve qu'elle a été attribuée à la péritonite dans 4 cas de néphrectomie par incision abdominale, à la pyémie, au *choc* dans 2 cas désespérés; quelquefois la cause n'a pas été indiquée ou est restée inexpliquée. Dans tous les cas de succès la guérison a été complète, mais dans 2 cas la récidive de la tumeur est à craindre. Des 13 guérisons 9 ont été données par la néphrectomie lombaire, et 4 par la néphrectomie abdominale. Des 9 cas de mort, 5 appartiennent à l'extirpation lombaire et 4 à l'extirpation abdominale. En somme, l'étude attentive que M. Barker a faite de ces observations l'ont convaincu que la néphrectomie n'est pas suivie de phénomènes de choc ou de risques spéciaux (*any peculiar shock or risks*) en dehors de ceux qui peuvent résulter de toute opération grave; il pense qu'un choix judicieux du mode opératoire assurera désormais des succès plus nombreux. Nous sommes tout disposé à partager cet espoir : c'est pourquoi nous rechercherons, dans les appréciations de l'auteur et celles de ses collègues, les indications qui devront guider l'opérateur dans son choix.

Pour M. Barker, il résulte de la statistique que l'opération

lombaire semble mieux convenir à l'ablation des reins comparativement sains, et aussi lorsqu'il y a eu une inflammation périnéphrétique prononcée depuis longtemps ou récemment, elle convient encore dans la pyonéphrose et peut-être pour les tumeurs récentes et petites, plus particulièrement lorsque le rein est fixé par des adhérences. La néphrectomie abdominale semble convenir à l'ablation des reins mobiles, spécialement si la tumeur est volumineuse, et aussi bien dans les kystes ordinaires du rein qui ne sont pas fixés par des adhérences. Dans les cas de néoplasmes, l'incision abdominale permet bien plus facilement d'enlever les ganglions qui pourraient être atteints par la dégénérescence; c'est ce qui a décidé M. Barker à pratiquer cette opération chez une femme de vingt et un ans qui présentait un rein mobile atteint de dégénérescence encéphaloïde. La malade, opérée le 23 décembre sans accidents particuliers, mourut à la fin du deuxième jour qui suivit l'opération; il n'y avait pas de péritonite; la mort était le résultat d'une thrombose pulmonaire, et d'ailleurs on trouva des dépôts cancéreux secondaires.

Il est fort heureux que M. Barker appuie ses conclusions sur d'autres résultats que celui-ci ; aussi, pour justifier sa tentative, rappelle-t-il que l'opérée de Martin (néphrectomie pour un rein cancéreux) a survécu pendant un an, et que bien qu'il y ait peut-être un commencement de récidive, on peut espérer que la vie sera prolongée ; chez l'opéré de Jessop la vie a été prolongée plusieurs mois et c'est la récidive de la tumeur cancéreuse qui a causé la mort.

Cette question de l'utilité de la néphrectomie dans le cas de cancer du rein n'est d'ailleurs qu'un point particulier, dont la discussion se rattacherait à l'étude plus générale de l'utilité des extirpations partielles ou totales dans les cas de tumeurs cancéreuses, et qui n'a pas été abordée à la Société médicale et chirurgicale, parce que l'on a compris, ainsi que l'a fait remarquer le président Erichsen, qu'il s'agissait surtout d'apprécier les résultats de la néphrectomie abdominale comparée à la néphrectomie lombaire, ce qui reste une question ouverte. Il nous a paru que les chirurgiens qui pouvaient parler par expérience, puisqu'ils avaient pratiqué l'extirpation du rein, étaient en thèse générale favorables aux conclusions du docteur Barker. MM. Clément Lucas, Wells, Spencer Wels, Cartwright, ont parlé dans ce sens, et enfin M. Knowsley Thornton a pu présenter un exemple favorable à la néphrectomie abdominale. Il s'agissait d'un enfant de sept ans, atteint d'un kyste abdominal datant de cinq ans; une ponction exploratrice confirma le diagnostic de kyste rénal; il préféra la néphrectomie abdominale parce qu'il avait pu se convaincre, dans une opération antérieure de néphrectomie lombaire, combien il était difficile de saisir le pédicule. L'opération fut pratiquée le 2 janvier 1880, suivant la méthode antiseptique, et l'enfant se leva sept jours après l'opération ; la guérison est confirmée.

Pour notre part, étudiant ces résultats statistiques et recherchant les causes de succès ou d'insuccès avec le désir de porter un jugement qui puisse être confirmé par l'avenir, nous croyons pouvoir accepter les conclusions de M. Barker, en ce qui concerne le choix entre la néphrectomie lombaire et la néphrectomie abdominale. Si nous nous plaçons au point de vue opératoire, il nous paraît naturel de préférer la voie abdominale, large et facile pour les tumeurs mobiles et volumineuses ; mais lorsqu'il s'agit d'un rein situé normalement et qui n'est pas très altéré, comme dans les cas de fistule de l'uretère, dans les cas où le rein ne présente que des lésions inflammatoires, traumatiques ou calculeuses, nous estimons qu'il est préférable de choisir le procédé lombaire tel qu'il a été exposé par Simon. Si nous nous plaçons au point de vue de l'utilité de la néphrectomie dans les cas de néoplasme des reins, nous dirons franchement que la néphrectomie nous apparaît comme une opération de luxe, c'est-à-dire qu'elle présente des dangers considérables, et un bénéfice qui ne dépassera pas quelques années de survie. Nous reconnaissons que les résultats obtenus peuvent autoriser l'opération que réclamerait le malade, ou dans des conditions exceptionnelles dont la conscience du chirurgien est le seul juge ; cependant, mis en présence d'un cas où le diagnostic de cancer du rein serait démontré, nous n'aurions pas à hésiter longtemps sur le choix du mode opératoire; nous nous abstiendrions de toute opération.

Albert Hénocque.

Les ruches d'abeilles dans l'intérieur de Paris.

L'intérieur d'une grande ville, de Paris en particulier, ne semble pas au premier abord un terrain particulièrement propre à l'apiculture, envisagée au point de vue d'un bénéfice commercial. Il paraît cependant que certains industriels en ont jugé autrement. En gens éminemment pratiques, ils ont pensé que le voisinage des établissements où le sucre se trouvait en grande quantité convenait tout particulièrement à l'installation des ruches, et que la corolle des fleurs pouvait être avantageusement remplacée par les tonneaux de mélasse, les pains de sucre et les terrines de sirop. Ils ont donc choisi des terrains placés à proximité des raffineries, confiseries, fabriques de conserves, de liqueurs, etc., et y ont installé des ruches. On sait que le sucre suffit aux abeilles non seulement pour se nourrir, mais encore pour former les gâteaux de cire dans lesquels elles se logent. Tout était donc pour le mieux, et les choses marchaient à souhait. Les ruches se sont multipliées, et on cite tel terrain situé dans le quartier de la Villette, où un millier de ruches auraient été établies, au dire des voisins. Le propriétaire de ce terrain habite la province. Quand on sait qu'une ruche en prospérité peut renfermer jusqu'à 40 000 ouvrières, on s'explique l'éloignement du propriétaire, motivé sans doute par la crainte de troubler les travaux d'une pareille colonie.

Mais toute médaille a son revers, et voici que les habitants des maisons voisines, les propriétaires des raffineries et confiseries fines, dont les produits fournissaient les comestibles nécessaires aux abeilles, ont élevé des réclamations bien légitimes. Ils se plaignent des dommages matériels qu'ils ont subis. Tel raffineur estime à près de 25 000 francs par an le tort caus par ces insectes.

Non seulement les abeilles consomment une énorme quantité de matières sucrées; mais il faut, pour les éloigner, enduire constamment d'huile les carreaux des ateliers ; il faut construire et entretenir des cages à mouches, enlever les abeilles qui tombent mortes et dont les cadavres se ramassent par hectolitres, payer des ouvriers pour ce service spécial. En outre du dommage matériel, la présence de ces nuées d'abeilles est une source d'incommodités très pénibles. Leur vol incessant, la crainte de leurs piqûres, causent aux ouvriers des préoccupations continuelles. L'inconvénient le plus sérieux est déterminé par les piqûres qui se multiplient dans tout le voisinage. Les ou-

vriers des usines en sont continuellement victimes. En outre, plusieurs établissements scolaires considérables se trouvent précisément dans les quartiers où ces ruches sont installés. Il n'est pas besoin d'insister sur les dangers très réels d'un pareil voisinage. Les piqûres sont toujours fort douloureuses et peuvent déterminer des phénomènes graves surtout chez les enfants, soit par leur nombre, soit par la sensibilité particulière des parties qu'elles intéressent.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a été saisi de la question; une commission a été nommée, et son rapporteur, M. le docteur Delpech, a présenté les résultats de l'enquête dans un travail fort intéressant. Le rapport de M. Delpech, auquel nous avons emprunté les détails qui précèdent, contient un exposé complet des inconvénients et des dangers attachés à la présence des ruches dans l'intérieur de Paris, et des observations nombreuses d'accidents souvent fort graves déterminés par les piqûres. Celles-ci, quand elles portent sur l'arrière-gorge, sont particulièrement redoutables par l'œdème laryngé qu'elles déterminent. On a vu la mort survenir également à la suite de piqûres nombreuses ou même de piqûres uniques siégeant presque toujours à la face. Le rapporteur conclut à l'inscription des dépôts de ruches d'abeilles dans les villes au nombre des établissements insalubres ou dangereux de première classe, qui doivent être éloignés des habitations particulières.

Le Conseil s'est associé aux sages conclusions du rapport.

B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Étude critique sur quelques travaux récents concernant l'anatomie pathologique du diabète, par M. le docteur Cyr, médecin inspecteur-adjoint à Vichy.

(Fin. — Voyez le numéro 13.)

II

L'idée de placer dans une altération du pancréas la cause organique du diabète ne date pas d'hier; du moins, on a depuis longtemps constaté l'existence d'une lésion de cet organe chez des diabétiques. Vers la fin du siècle dernier, Cowley avait rapporté un cas de ce genre, et, une vingtaine d'années plus tard, Alley écrivait dans le journal d'Édimbourg (*Edinburgh medical and surgical Journal*, 1808) qu'un de ses amis de Cork avait observé deux cas de diabète avec altération du pancréas. Depuis, bon nombre d'auteurs ont constaté diverses altérations du pancréas chez des diabétiques, et il serait aisé d'en réunir une trentaine de cas. Mais je ferai remarquer tout d'abord que ces altérations sont assez différentes les unes des autres : on y trouve en effet le cancer, la dégénérescence graisseuse, l'affection kystique, l'atrophie, la lithiase, etc. Je reviendrai du reste sur ce point.

Voici d'abord le résumé aussi succinct que possible de la plupart des observations publiées. J'ai conservé aux seize premières l'ordre qu'elles ont dans la thèse soutenue récemment sur ce sujet par M. Lapierre (*Sur le diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas*, Thèses de Paris, 1879, n° 388), sous l'inspiration de M. Lancereaux, afin que le lecteur puisse au besoin se reporter aisément à ce travail pour les détails complémentaires de ces observations que j'ai réduites aux renseignements les plus indispensables. J'en ai ajouté une dizaine, en vue de rendre mon étude plus intéressante.

Obs. I. — Homme de trente-quatre ans; forme rapide, polyurie pas très considérable, sucre non dosé mais constaté; pas de diarrhée. Calculs remplissant le pancréas (on ne dit pas si le canal pancréatique était oblitéré); organes thoraciques sains. (Cowley, *The London medical Journal*, 1788, t. XIV.)

Obs. II. — Homme de quarante-cinq ans; marche rapide; syphilis, diarrhée; sucre non dosé, mais en quantité considérable, polyurie non indiquée. « Le pancréas était petit, comme atrophié. » Lésions pulmonaires graves. (Lecorché, *Archives de médecine*, 1861, t. II, p. 70 à 72.)

Obs. III. — Homme de quarante ans, diabétique depuis quatre ans. Densité de l'urine 10,30, sucre 40 à 50 grammes par litre. Énorme dilatation sacciforme du canal de Wirsung; néanmoins la tête du pancréas était libre, ainsi que l'extrémité duodénale du conduit. Lésions pulmonaires graves. (Recklingausen, *Virchow's Archiv f. pathol. Anat.*, 1864, t. XXX.)

Obs. IV. — Homme de vingt-six ans, longtemps diabétique. Lithiase pancréatique et dégénérescence graisseuse; la tête du pancréas avait encore des lobules sains. Lésions pulmonaires. (Mêmes auteur et recueil.)

Obs. V. — Homme de trente-deux ans. Au début, les symptômes diabétiques s'améliorèrent considérablement; plus tard, accidents pulmonaires et mort. Atrophie, dégénérescence graisseuse et calcification du pancréas. (Alex. Silver, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1873, t. XXIV, p. 121.)

Obs. VI. — Pas de détails sur le malade. Disparition complète du pancréas, et à peine vestiges du canal pancréatique. (Klebs, *Lehrb. der pathol. Anat.*, t. I, p. 536.)

Obs. VII. — Homme de trente-trois ans, malade depuis un an; 14 à 16 litres d'urine, 45 à 50 grammes de sucre par litre. Apparence extérieure du pancréas normale, mais dégénérescence graisseuse très étendue; hépatisation étendue des deux poumons qui avaient été considérés pendant la vie comme suspects. (Hartnack, *Deutsche Arch. f. Klin. Med.*, t. XIII, p. 593, 1874.)

Obs. VIII. — Femme de soixante et un ans, malade depuis deux ans. Urine 4 à 5 litres avec 80 grammes de sucre par litre; amaigrissement, diarrhée à un moment. Lésions pulmonaires; atrophie graisseuse et granulo-graisseuse du pancréas. (Lancereaux, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1877, p. 1215, et *Union médicale*, 1880, t. I, p. 165.)

Obs. IX. — Homme de quarante-deux ans, malade depuis trois ans; 6 à 8 litres d'urine, 80 grammes environ de sucre par litre. Lésions pulmonaires; pancréas très atrophié, rubané; calculs de carbonate de chaux dans les conduits. (Mêmes auteur et recueils.)

Obs. X. — Homme de cinquante-huit ans, malade depuis trois ans au moins; situation aisée; trois saisons à Karlsbad. Amaigrissement de 27 livres dans les deux premières années de la maladie; reprise de 3 livres. Mort subite (la veille au soir, il était allé à son cercle). Lésions pulmonaires, pancréas réduit de moitié. (Seegen, *Der Diabetes mellitus, Zwte Aufl.*, p. 321.)

Obs. XI. — Homme de cinquante-cinq ans, colonel dans l'armée fédérale, malade depuis trois ans au moins. Traumatisme de la moelle; diarrhée depuis douze ou treize ans, garde-robes graisseuses à un certain moment. Amaigrissement considérable dans les derniers temps. Lésions pulmonaires; atrophie du pancréas, concrétions calcaires, mais canal pancréatique libre. (Goodmann, *Philadelphia Medical Times*, 22 juin 1878, p. 451.)

Obs. XII. — Homme de cinquante-huit ans, malade depuis quatorze à seize mois. Urine fréquemment examinée, sucre trois semaines seulement avant la mort, et même après. Atrophie du foie, abcès de la tête du pancréas, dilatation du canal pancréatique (probablement par suite de l'abcès). (Harley, *Transact. of the Pathol. Society of London*, t. XIII, p. 118, 1862.)

Obs. XIII. — Homme de quarante-neuf ans, malade depuis près d'un an. Obstruction biliaire avec ictère; diarrhée graisseuse, amaigrissement. Symptômes diabétiques assez marqués, mais rapidement amendés. Squirrhe du duodénum; pancréas d'une dureté cartilagineuse. (R. Bright, *Med. Chir. Transactions*, t. XVIII, p. 3.)

Obs. XIV. — Homme de cinquante ans; dysenterie et ictère; sucre pendant quinze à vingt jours, en quantité assez modérée. Quelques lésions pulmonaires; cancer de la tête du pancréas. (Frerichs, *Maladies du foie*, trad. de Duménil et Pellagot, 2e édit., p. 146 à 152.)

Obs. XV. — Homme de trente-cinq ans. Pas d'autopsie. Le diagnostic de la lésion pancréatique a été établi sur la forme et la marche du diabète. (Lancereaux, Thèse de Lapierre et *Union médicale, loc. cit.*)

Obs. XVI. — Homme de quarante ans. Mêmes observations que pour le précédent. (Même auteur.)

Obs. XVII. — Homme de cinquante-deux ans, malade depuis deux ans et demi. Amaigrissement de près de 20 kilos. Diarrhée graisseuse. Soigné antérieurement pour le diabète; mais on ne trouva plus que des traces de sucre. Traitement par le malt et l'extrait de pancréas; guérison et reprise de l'embonpoint. (Langdon Down, *Transactions of the London Clinic. Society*, 1869, p. 113.)

Obs. XVIII. — Homme malade depuis deux ans; encore assez d'embonpoint; 90 grammes de sucre par litre. Amélioration par le traitement de Bouchardat; rechute par négligence; refroidissement et pneumonie mortelle en vingt-quatre heures. Atrophie du pancréas; canal pancréatique complètement obstrué. (Bouchardat, *Gazette médicale*, 1847, p. 6.)

Obs. XIX. — Homme de quarante-sept ans, portefaix, malade depuis trois ans. Pas de mention de diarrhée ni de stéatorrhée. Sarcome dans l'hémisphère cérébelleux droit; tuberculisation assez avancée; atrophie rouge du foie, sans sclérose; atrophie du pancréas. (Cantani, *du Diabète sucré*, etc. Trad. Charvet, p. 316 à 345. Même indication pour les trois numéros suivants.)

Obs. XX. — Homme de quarante-sept ans, maçon, malade depuis trois ans et demi; diabète très intense d'origine traumatique. Atrophie des circonvolutions cérébrales, de l'estomac, du foie et du pancréas; tuberculisation.

Obs. XXI. — Pas de détails cliniques. Cas moins marqué au point de vue de l'atrophie du pancréas.

Obs. XXII. — Pas de détails cliniques. Pas d'atrophie proprement dite du pancréas, mais opacité granuleuse des épithéliums.

Obs. XXIII. — Cancer du pancréas, avec peau bronzée, névralgie cœliaque et glycosurie. (Servaës, *Berlin Klin. Wochens.*, 1878, n° 48, p. 716.)

Obs. XXIV. — Homme de trente-cinq ans. Symptômes diabétiques d'intensité modérée; diarrhée particulière, graisseuse. Squirrhe du pancréas, affectant surtout la tête; oblitération complète du canal pancréatique. (Marston, *Americ. Journ. of med. sciences*, juillet 1854.)

Obs. XXV. — Couturière âgée de quarante-sept ans, malade depuis cinq ans. Pancréas considérablement diminué de volume et complètement envahi par la dégénérescence graisseuse. (Friedreich, Ziemssen's *Handb. der spec. Path.*, etc., t. VIII, 1re part., p. 224, 1re édit.)

Obs. XXVI. — Pas de détails cliniques. Pancréas induré et affecté de lithiase; phthisie. (Lancereaux, communiqué par M. Raynaud, *Union médic., loc. cit.*)

Voilà les faits principaux : reste à les commenter.

Parmi les auteurs de ces observations, les uns ont simplement noté la coïncidence du diabète avec la lésion du pancréas, mais sans y attacher la moindre importance, leur attention étant attirée par quelque autre particularité qui les intéressait davantage. Ainsi, le détail qui frappe le plus Bright dans son observation, celui qu'il étudie avec le plus de soin, c'est la stéatorrhée, c'est-à-dire la présence de graisse dans les garde-robes de son malade; et dans les autres faits de son mémoire, c'est toujours là-dessus qu'il insiste le plus, parce que le pancréas servant à la digestion des graisses, il considère la stéatorrhée comme un signe précieux permettant de diagnostiquer l'altération de cet organe. D'autres ont signalé la coïncidence en question sans guère la commenter, mais en paraissant croire que cette coïncidence pourrait bien n'être pas tout à fait fortuite. Enfin quelques-uns, Bouchardat, Cantani, Lancereaux, ont vu dans ces altérations du pancréas dans le diabète une relation de cause à effet. Bouchardat n'a pas été, il est vrai, très catégorique sur ce point, n'ayant pas eu l'occasion de faire ou de voir l'autopsie d'un nombre suffisant de diabétiques; mais si, au point de vue anatomo-pathologique, il est assez réservé, théoriquement il admet l'importance du pancréas dans la pathogénie du diabète.

Cantani est beaucoup plus affirmatif : pour lui, « le premier siège, la cause organique du diabète est une altération chimique du contenu des cellules pancréatiques, qui aboutit à une atrophie avec dégénérescence graisseuse des cellules elles-mêmes, lésion qui serait caractéristique du processus diabétique » (*op. cit.*, pp. 382 et 383). Il a même répondu d'avance aux objections qu'on ne manquerait pas de lui adresser : les cas légers de diabète pourraient peut-être échapper à sa généralisation; mais non, car, d'après lui, « il est possible que le pancréas présente de légères altérations anatomiques encore mal connues ». Mais si vous examinez avec soin le pancréas, à l'autopsie d'un diabétique, et que vous le trouviez parfaitement normal, Cantani vous dira qu'il y a « une anomalie chimique qui précède l'anomalie de la forme ». Au besoin, il se demandera si vous avez bien vu ce que vous avez décrit : « on peut, dit-il, poser dès aujourd'hui plusieurs questions préjudicielles, et se demander si chez les cadavres des diabétiques le pancréas a vraiment été trouvé sain, et si, quand l'auteur de l'autopsie affirmait le pancréas normal, cela était bien réel. » Je n'insiste pas sur la gravité de cette dernière question préjudicielle, qui semble indiquer un parti pris avec lequel la discussion devient bien difficile, ou une conviction tellement robuste qu'aucun argument ne saurait l'ébranler.

Après tout, nous avons affaire à une maladie si bizarre, qu'il ne faut s'étonner de rien, ni déclarer impossible telle théorie qui nous paraît tout d'abord on ne peut plus contestable. Néanmoins, on aura, je crois, quelque peine à prouver que les formes si variées affectées par le diabète puissent avoir comme origine commune une altération chimique ou organique du pancréas.

Lancereaux est beaucoup plus réservé : il n'admet une lésion pancréatique pathogénique que dans une forme spéciale du diabète, celle qu'on est convenu depuis longtemps de désigner sous le nom de *diabète maigre*. Soit dit en passant, les termes de *diabète maigre* et de *diabète gras*, quelque expressifs qu'ils soient, ne méritent d'être conservés qu'à la condition de bien établir le sens clinique exact qu'on doit leur attribuer. Lancereaux a eu d'ailleurs encore ce mérite, c'est de bien spécifier la forme de diabète à laquelle il applique le terme de diabète maigre et dont la lésion atrophique du pancréas serait la caractéristique.

D'après ce dernier auteur, il y aurait donc un diabète essentiellement chronique, c'est-à-dire durant quinze, vingt, trente ans et plus, dont les symptômes ne s'accentuent que très graduellement et ne prennent guère une intensité considérable (rarement plus de 4 litres d'urine, avec de 15 à 30 grammes de sucre). Dans cette forme, l'embonpoint, qui est un signe capital, persiste très longtemps. Ce diabète a un début souvent latent; il n'offre pas de lésions constantes : c'est un simple trouble fonctionnel. Dans le diabète maigre, au contraire, le début serait toujours brusque, les symptômes rapidement très intenses; il aurait une marche relativement aiguë, parcourant ses phases dans l'espace de deux à trois ans, et serait généralement mortel. Un de ses caractères les plus frappants, c'est un amaigrissement considérable. Enfin, il s'accompagne fréquemment de l'atrophie du pancréas. Le diabète gras est ordinairement héréditaire directement ou indirectement (goutte, gravelle); c'est une maladie générale affectant la nutrition; l'autre est accidentel et porte sur un

organe essentiel à la digestion, d'où résulte un trouble profond de cette fonction, avec toutes ses conséquences.

Il serait sans doute très désirable — et surtout très commode pour le praticien — de pouvoir trancher ainsi cette question si compliquée du diabète, et pour ma part je ne demanderais pas mieux que de donner un assentiment complet aux vues que je viens d'exposer. Il y a évidemment des choses très justes dans cette façon de comprendre les deux diabètes ; mais que de faits cliniques resteraient en dehors de cette théorie et viendraient la battre en brèche! Je craindrais cependant d'être entraîné à de trop longs développements si j'essayais de traiter cette question des formes du diabète, étude que je réserve pour une publication ultérieure. Je m'en tiens donc aux rapports du diabète maigre avec le pancréas.

Ces rapports sont basés sur des faits physiologiques et sur des faits cliniques.

Pour ce qui est de la physiologie, j'ai à peine besoin de rappeler que, depuis Haller, différentes tentatives faites sur les animaux pour supprimer la fonction pancréatique ont déterminé un amaigrissement et un dépérissement rapides, malgré une augmentation considérable de l'appétit, et les animaux ont généralement succombé. Cl. Bernard a obtenu les mêmes résultats en injectant du suif dans le canal pancréatique, et amenant ainsi l'atrophie de la glande. Mais on s'est demandé si, dans les expériences faites sur le conduit pancréatique, le canal cholédoque n'était pas intéressé et s'il ne s'ensuivait pas quelque perturbation de la fonction biliaire à laquelle on pouvait imputer les mêmes accidents. On sait, en effet, que les chiens pourvus d'une fistule biliaire et chez lesquels la bile s'écoule ainsi au dehors, présentent une voracité remarquable, n'en maigrissent pas moins, tombent dans le marasme et meurent rapidement. D'autre part, en opérant chez de jeunes sujets et en variant le procédé opératoire, on est parvenu à oblitérer le canal pancréatique, à atrophier complètement la glande, ou à exciser la totalité ou la plus grande partie de l'organe sans entraîner la mort de ces animaux, ni même observer ces phénomènes de dépérissement profond constatés par d'autres expérimentateurs. Ces dernières expériences sont, il est vrai, passibles de plus d'une objection ; mais elles n'en sont pas moins de nature à jeter quelque doute sur ce fait que le pancréas serait un organe indispensable et que la suppression absolue de sa sécrétion amènerait un trouble si profond de la nutrition que la mort en serait la conséquence inévitable.

Quant à la pathologie, les documents qu'elle nous offre sur le rôle du pancréas dans l'économie prêtent à la discussion au moins autant que ceux fournis par la physiologie.

Tous les faits que j'ai reproduits précédemment de lésions pancréatiques chez des individus dits diabétiques, sont loin d'avoir la même valeur.

D'abord, il y a un certain nombre d'observations où l'on n'a eu affaire qu'à de la glycosurie et non pas à un vrai diabète : ainsi l'observation de Harley, celle de Bright, celle de Frerichs, celle de Langdon Down, celle de Servaës. Dans d'autres, on peut contester l'action pathogénique de la lésion du pancréas, attendu qu'il y a quelque élément étiologique moins discutable. Ainsi, dans l'observation XX, qui est de Cantani, l'origine traumatique du diabète me paraît assez manifeste pour qu'on puisse négliger la part hypothétique qu'on voudrait attribuer au pancréas. Je rangerai dans la même catégorie le cas de Goodmann, où le diabète a très probablement pris son origine dans une contusion grave de la moelle. Dans d'autres cas, la syphilis a précédé le diabète et a bien pu être pour quelque chose dans son apparition. Dans deux faits, appartenant à Lancereaux, il n'y a pas d'autopsie : la lésion pancréatique a été diagnostiquée uniquement sur la marche du diabète; or, la relation de cause à effet n'est pas encore si bien établie qu'on ne puisse mettre quelque réserve à accepter ces cas comme complets. Enfin, dans quelques autres cas, la destruction du pancréas n'a pas été assez entière pour qu'on pût en induire une suppression absolue de sa fonction, condition indispensable pour justifier l'influence pathogénique du pancréas sur le diabète.

D'après ce qui précède, le nombre des cas qu'on pourrait tout d'abord mettre en avant pour établir le diabète pancréatique se trouve pas mal réduit; encore je n'insiste pas sur ceux dont les détails sont tellement succincts, qu'il est très difficile de les discuter. Mais en admettant que dans tous ceux qui restent les deux termes du problème soient parfaitement nets, savoir, d'un côté un diabète très caractérisé et à marche rapide, de l'autre une lésion atrophique ou autre ayant pour résultat la destruction de tout le pancréas et l'abolition absolue de sa fonction, il resterait encore à prouver que c'est cette dernière qui a amené la maladie dont il s'agit. La question est d'autant moins oiseuse que, dans certaines de ces observations, on a constaté, en même temps que la lésion du pancréas, d'autres altérations susceptibles de produire le diabète ou d'en favoriser l'invasion. Ainsi, dans les quatre cas de Cantani il y avait, concurremment avec l'atrophie du pancréas, une altération du foie et de l'estomac à peu près d'égale intensité, bien suffisante par conséquent pour troubler la digestion au même degré pour le moins que l'affection pancréatique. Un de ces malades avait même une tumeur cérébrale.

Voilà pour les faits positifs, ou considérés comme tels. Quelques mots maintenant sur les faits négatifs.

Je commence par reconnaître que, toutes choses égales, la valeur d'un fait négatif est infiniment moindre que celle d'un fait positif : néanmoins il y aurait peut-être excès d'impartialité à n'en tenir aucun compte.

Dans les faits négatifs, il y a à considérer ceux de diabète sans lésion du pancréas, et ceux de lésion du pancréas sans diabète.

Relativement aux premiers, bien que les autopsies de diabétiques soient assez rares, comme le savent tous les médecins des hôpitaux, il serait encore aisé de produire pas mal de cas de diabète, se rapprochant autant que possible par leur marche et leur intensité de ceux que Lancereaux a décrits et où l'on ne mentionne aucune lésion du pancréas. L'ouvrage de Dickinson, ainsi que son mémoire sur les lésions du système nerveux dans le diabète, renferment dix autopsies sur lesquelles deux ne comptent pas, vu qu'on n'eut l'autorisation d'examiner que la tête; les huit autres ne font mention d'aucune lésion pancréatique. L'auteur, il est vrai, ne signale pas explicitement l'état du pancréas; mais quand un observateur sérieux, décrivant les résultats d'une autopsie, dit après avoir énuméré les lésions du cerveau, des poumons et des reins. « Les autres organes sains », on peut admettre qu'il n'y a pas eu autre chose à constater. Dans une autre autopsie, l'auteur en question a soin de dire : « Les organes qui n'ont pas été mentionnés paraissaient naturels, y compris les ganglions semi-lunaires, qui furent examinés avec beaucoup de soin. » F. Taylor et Goodhart ont publié, comme je l'ai dit précédemment, neuf cas d'autopsie de diabétiques; mais comme ils n'avaient en vue que de contrôler les lésions du système nerveux décrites par Dickinson, il n'y a pas lieu de s'étonner qu'ils ne donnent aucun détail sur le pancréas. Enfin, sur vingt et un autres cas avec autopsie recueillis par moi au hasard dans les publications périodiques, bien antérieurement à ce travail, je ne trouve qu'une seule fois une lésion du pancréas. Je dois rappeler cependant que sur trente autopsies de diabétiques faites en trente-deux ans à l'hôpital général de Vienne, Rokitansky, au dire de Seegen (*op. cit.*), aurait trouvé treize fois une altération du pancréas.

Si maintenant nous compulsons les observations de lésions du pancréas, plus nombreuses qu'on ne pourrait croire au premier abord, et consignées soit dans les recueils périodiques, soit dans les monographies de Bécourt (*Recherches sur le pancréas*, etc. Thèse de Strasbourg, 1830), de Mondière

(*Recherches sur l'histoire pathologique du pancréas. Archiv. de méd.*, 1836), de Moyse (*Études historiques et critiques sur le pancréas.* Thèse de Paris, 1852), de Ancelet (*Études sur les maladies du pancréas.* Paris, Savy, 1866) et autres (1), nous trouvons quantité de cas où l'organe en question a été très gravement intéressé et où la substance glandulaire a même été complétement détruite, sans qu'on eût constaté de diabète. La glycosurie aurait maintes fois pu passer inaperçue, puisque, encore aujourd'hui, on passe souvent à côté sans la voir; mais le diabète, surtout le diabète maigre, se traduit par des symptômes assez intenses et assez caractéristiques pour qu'on le reconnaisse dans la grande généralité des cas. L'auteur de la monographie la plus récente (2) sur le pancréas, Ancelet, qui est parvenu à réunir trois cent quatre-vingt-cinq cas d'affections de cet organe *avec autopsie*, mentionne la coexistence du diabète avec des lésions du pancréas; mais il ajoute que, quant à présent, on ne peut démontrer aucune action réelle de cet organe sur la production du diabète.

Le jugement de cet auteur est d'autant plus précieux à enregistrer qu'il a fait son travail sans aucune espèce de parti pris, sauf celui d'être un historiographe aussi impartial qu'exact. Quelques années auparavant, Handfield Jones a cherché à se rendre compte, sans but déterminé, des rapports que pouvaient avoir les altérations du pancréas avec celles des autres organes, ainsi qu'avec les maladies auxquelles avaient succombé les sujets porteurs de ces altérations. Sur trente et un cas (3) de son service où il a étudié avec soin l'état du pancréas, sans qu'il y eût été conduit par aucun symptôme spécial, il a trouvé dix-huit fois cet organe plus ou moins malade, le plus souvent affecté de dégénération. Sur ces trente et un malades, il ne signale qu'un seul diabétique, et son pancréas fut trouvé parfaitement sain. (*Medico-chirurgical Transactions*, 1855, t. XXXVIII, p. 195 à 218.)

Dans les lignes qui précèdent, j'ai visé, au point de vue des relations pathogéniques du pancréas avec le diabète, non pas seulement l'atrophie, mais toutes les autres lésions dont le résultat est l'abolition des fonctions de la glande : car je ne pense pas qu'on puisse attribuer à l'atrophie une action spéciale. En effet, de deux choses l'une: ou l'atrophie du pancréas agit, pour déterminer le diabète, par le trouble qu'apporte dans le processus digestif et ultérieurement dans toute l'économie la privation d'un des sucs destinés à transformer les matériaux nutritifs en substances directement absorbables, et dans ce cas toute lésion qui amène l'oblitération des canaux de la glande ou sa destruction (lithiase, kyste, cancer, etc.) doit produire également le diabète; ou bien l'atrophie agit en tant qu'atrophie, et alors on ne comprend plus beaucoup ce que le processus atrophique a de particulier pour conduire au diabète. D'ailleurs, dans les deux faits de Lancereaux, l'atrophie était elle-même secondaire, puisqu'elle avait été produite par une obstruction calculeuse.

Il me semble donc résulter de cette longue discussion que le diabète n'a été que très exceptionnellement constaté dans les cas de lésions pancréatiques, et que le nombre minime d'observations de ce genre qu'on a pu réunir peut être considéré comme un argument très sérieux contre le rapport pathogénique qu'on a voulu établir entre l'atrophie du pancréas d'une part, et le diabète de l'autre.

Il est permis de se demander maintenant si l'atrophie du pancréas, au lieu d'amener la production du diabète, ne pourrait pas au contraire être déterminée par le diabète lui-même.

D'abord il ne serait pas impossible que, sous l'influence du trouble profond apporté dans l'organisme par le diabète, il se produisît une altération particulière de la sécrétion pancréatique, qui aurait pour effet la précipitation de l'élément inorganique de cette sécrétion, et par suite la production de lithiase, dont l'atrophie peut être la conséquence. Cette vue est toute hypothétique, j'en conviens; aussi je n'insiste pas et passe à un autre argument.

Etant admis par tout le monde ce fait incontestable que le diabète, et surtout le diabète maigre, est une affection essentiellement consomptive, c'est-à-dire qui accélère outre mesure l'usure de l'organisme, favorise au plus haut degré le dépérissement graduel, cette mort lente dont l'atrophie est une des lésions les plus naturelles, on ne trouvera nullement invraisemblable qu'avec l'amaigrissement si prononcé qu'on observe toujours chez ces malades, on constate également l'atrophie d'un ou plusieurs organes : ainsi, chez les quatre sujets de Cantani, on constate une atrophie du foie et chez trois d'entre eux également une atrophie de l'estomac, soit de ses tuniques, soit de ses glandes. Le malade de Seegen avait également le foie atrophié.

L'atrophie simple du pancréas dans le diabète peut donc être considérée comme un résultat du processus de désassimilation exagérée qui caractérise en général le diabète arrivé à sa dernière période, et en particulier la forme de cette maladie appelée *diabète maigre*, mais qui peut également se rencontrer dans d'autres affections : c'est, de même que la phthisie constatée dans les trois quarts des cas de diabète que j'ai cités dans ce travail, une sorte de *lésion terminus* à laquelle peuvent aboutir un certain nombre de maladies où la désassimilation rapide joue un rôle prédominant.

Il ne faudrait cependant pas tirer de cet exposé critique une conclusion absolue.

Je ne crois pas possible, ainsi que je l'ai expliqué ailleurs (*op. cit.*), d'établir une pathogénie du diabète s'appliquant à tous les cas (car Cantani ne paraît admettre qu'une seule forme de la maladie) et basée sur l'atrophie du pancréas. Si, comme le pense Lancereaux, on doit limiter cette relation pathogénique à la forme de diabète caractérisée par un début brusque, généralement précédé de troubles gastro-intestinaux particuliers, par une marche rapide et des symptômes très intenses, il y aurait peut-être moyen de s'entendre. Mais, dans tous les cas, d'une part le nombre de faits présentés à l'appui est tout à fait insuffisant pour justifier une généralisation même prématurée, et puis, d'autre part, les objections qu'on peut faire valoir sont assez sérieuses et assez nombreuses pour qu'on ne l'accueille qu'avec beaucoup de réserve. Il est donc fort à désirer que ceux qui ont l'occasion assez rare de procéder à l'autopsie de diabétiques se livrent à une enquête sérieuse, non pas seulement sur un organe ou tel autre qu'on a en vue par suite d'idées personnelles, mais autant que possible sur tous les organes, de façon à avoir une donnée *au moins macroscopique* sur chacun d'eux et à réserver l'examen histologique pour le cerveau, la moelle, les ganglions cervicaux du grand sympathique, le plexus soléaire et le foie. Enfin, il est non moins important d'accompagner les résultats anatomo-pathologiques obtenus de détails cliniques aussi précis que possible pour chaque cas, de façon à ce qu'on puisse établir si telle lésion ne correspondrait pas à une forme particulière de la maladie; sans quoi les données nécroscopiques risquent fort de perdre la plus grande partie de leur intérêt.

---

(1) Je regrette de n'avoir pu consulter l'ouvrage le plus considérable sur les maladies du pancréas, celui de Clæssen, *Die Krankheiten der Bauchspeicheldrüse*, Köln, 1842, que la bibliothèque de la Faculté ne possède pas.

(2) L'auteur le plus récent est en réalité M. Bonnamy, qui, dans son *Étude clinique sur les tumeurs du pancréas* (Thèses de Paris, 1879, n° 553), est arrivé, sur le point en litige, aux mêmes conclusions que Ancelet.

(3) Le tableau synoptique qui figure à la fin du mémoire de H. Jones n'en donne que trente; mais l'auteur en signale un autre observé plus récemment et qui n'y a pas trouvé place.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

EXPÉRIENCES MONTRANT QUE L'ANESTHÉSIE DUE A CERTAINES LÉSIONS DU CENTRE CÉRÉBRO-RACHIDIEN PEUT ÊTRE REMPLACÉE PAR DE L'HYPERESTHÉSIE, SOUS L'INFLUENCE D'UNE AUTRE LÉSION DE CE CENTRE. Note de M. *Brown-Séquard.* — « Sur des animaux de trois espèces (chiens, cobayes et lapins, mais surtout ces derniers), j'ai d'abord coupé transversalement une moitié latérale de la protubérance annulaire, immédiatement en arrière d'un des pédoncules cérébelleux moyens. Il y a eu assez souvent augmentation plus ou moins considérable de la sensibilité d'un côté (celui de la lésion) et diminution plus ou moins notable (et quelquefois perte complète) de cette propriété de l'autre côté. Ces deux effets (hyperesthésie et anesthésie) se sont surtout montrés dans les membres pelviens. La section de la protubérance ayant été faite à droite dans ces expériences, j'ai constaté, comme je l'ai dit, que le membre pelvien du même côté (le droit) était hyperesthétique, tandis que le membre pelvien de l'autre côté (le gauche) était anesthétique. Après m'être bien assuré de ces faits, j'ai coupé transversalement la moitié latérale gauche de la moelle épinière au niveau de la dixième vertèbre dorsale. J'ai bientôt trouvé, après cette seconde lésion, que le membre pelvien gauche, celui qui avait perdu plus ou moins complètement la sensibilité après la première lésion, était devenu non seulement sensible, mais bien plus sensible qu'à l'état normal. L'anesthésie était remplacée par de l'hyperesthésie. Au contraire, le membre pelvien droit, hyperesthétique après la première lésion, était devenu anesthétique après la seconde. Dans une autre série d'expériences, après avoir coupé la moitié latérale droite de l'encéphale au niveau de l'extrémité antérieure du pédoncule cérébral et après avoir constaté une diminution plus ou moins considérable (et quelquefois la perte) de la sensibilité dans les membres du côté opposé (gauche), j'ai fait une seconde lésion consistant en une section transversale de la moitié latérale gauche du bulbe rachidien, chez deux lapins, ou de la moelle épinière, chez six autres. J'ai alors trouvé de l'hyperesthésie dans le membre pelvien gauche (qui avait été anesthétique) et de l'anesthésie dans le membre pelvien droit (qui avait été hyperesthétique). Ici encore, comme dans la première série d'expériences, une seconde lésion a fait cesser les effets de la précédente et a fait apparaître des effets absolument contraires.

On est conduit par là à rejeter la notion que l'anesthésie due à une lésion encéphalique dépend nécessairement de l'altération ou de la destruction soit de centres percepteurs, soit de conducteurs transmettant les impressions sensitives à ces centres, ce qui est en rapport avec les observations de Charcot, Debove, Dumontpallier. Ces faits peuvent s'expliquer par la théorie de l'influence *inhibitoire* ou d'*arrêt*.

L'anesthésie est l'effet d'une influence inhibitoire exercée sur les éléments sensitifs de la moelle épinière et l'hyperesthésie est l'effet d'une influenee dynamogénique sur les mêmes éléments.

D'autres conclusions ressortent naturellement des faits rapportés. Ainsi : 1° on n'a plus le droit de se servir de l'apparition de l'anesthésie après une lésion de l'encéphale pour en conclure que la partie lésée est un centre percepteur ou un lieu de passage de conducteurs d'impressions sensitives; 2° malgré les faits si nombreux qui m'ont conduit à proposer et à faire admettre la théorie que les conducteurs des impressions sensitives des membres s'entre-croisent dans la moelle épinière, cette théorie doit être rejetée; 3° une moitié latérale de la base de l'encéphale peut suffire à la transmission des impressions sensitives des deux côtés du corps (puisque, dans les expériences que j'ai rapportées, une moitié de la base de l'encéphale a transmis les impressions sensitives d'abord des membres droits seuls, puis celles du membre pelvien gauche seul). »

EFFETS RÉFLEXES DE LA LIGATURE D'UN PNEUMOGASTRIQUE SUR LE CŒUR APRÈS LA SECTION DU PNEUMOGASTRIQUE OPPOSÉ. Note de M. *François-Franck.* — « La ligature du pneumogastrique droit ou gauche, celui du côté opposé ayant été sectionné, produit un ralentissement ou un arrêt du cœur presque aussi notable que si le nerf du côté opposé était intact. On ne saurait, dans ces cas, regarder l'effet cardiaque comme la conséquence directe de l'excitation du pneumogastrique sur lequel on place la ligature; en effet, celle-ci ne produit que très exceptionnellement d'effet modérateur sur le cœur quand on l'applique au segment périphérique du pneumogastrique. Il faut donc admettre que l'arrêt du cœur est réflexe et que le nerf sur lequel on pratique la ligature sert lui-même de voie de transmission centripète et centrifuge à l'action réflexe modératrice.

Le passage du réflexe modérateur par le nerf lié est démontré par deux expériences : 1° si l'on pratique une seconde ligature du même nerf *au-dessus* de la première, le réflexe cardiaque ne se produit plus, le pneumogastrique opposé étant coupé; 2° si l'on opère l'interruption du nerf avec une assez grande rapidité pour empêcher l'action réflexe de trouver le temps de passer, le cœur ne présente aucun ralentissement : c'est ce qui s'observe si l'on coupe le nerf brusquement avec des ciseaux très fins et tranchants.

Afin de poursuivre l'étude de ce phénomène et de déterminer le temps minimum nécessaire à l'acte réflexe pour se produire, j'ai fait construire par M. Galante un appareil que je désigne sous le nom de *névrotome à signal électrique.* Un signal de M. Deprez indique sur un cylindre enregistreur l'instant où commence la constriction du nerf et l'instant où la continuité de ce nerf est complètement interrompue. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE. Note de M. *H. Toussaint.* — Huit expériences faites sur des porcs démontrent que les lésions du porc appartiennent à la tuberculose aiguë et qu'elles entraînent toujours la mort dans un espace de temps très court, quelques semaines. La tuberculose du porc est analogue à la phthisie galopante de l'homme. L'espèce bovine, au contraire, a le plus souvent une tuberculose chronique. Il résulte de ce fait que les jeunes porcs provenant de parents tuberculeux résistent peu de temps à cette maladie et meurent dans le jeune âge, et que, chez les adultes qui deviennent tuberculeux, la marche rapide de l'affection empêche la reproduction. Au point de vue de la contagion, ces faits confirment également que la tuberculose se transmet avec la plus grande facilité : 1° par l'ingestion de matières tuberculeuses; 2° par l'hérédité ou l'allaitement; 3° par l'inoculation de la matière tuberculeuse ou du sang; 4° par simple cohabitation.

SUR UN MODE DE TRAITEMENT DE CERTAINES SURDITÉS ET SURDI-MUTITÉS INFANTILES. Note de M. *Boucheron.* — L'auteur établit que, dans les cas de surdité par engorgement de la muqueuse de la trompe, chez les enfants, on peut employer le cathétérisme et les insufflations d'air, comme chez l'adulte, à la condition de chloroformiser les malades.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'intérieur adresse un travail de M. le docteur Bancel, secrétaire du Comité central d'hygiène, sur les causes de décès dans le département de Seine-et-Marne pendant l'année 1878. (Com. d'hygiène.)

L'Académie reçoit : 1° De M. le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, plusieurs travaux pour le prix Godard. — 2° De M. le docteur Mauride (de Bordeaux), une note sur l'action physiologique et thérapeu-

tique de la *carica papaya*. — 3° De M. le docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker, une lettre de candidature pour la place déclarée vacante dans la section de pharmacie. — 4° De MM. Aimé Martin et Oberlin, médecins de Saint-Lazare, une note intitulée : *De l'action thérapeutique du sulfate de cuivre dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.*

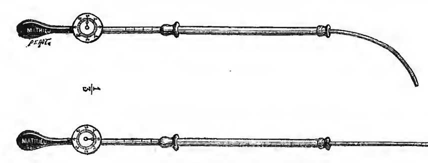
M. *Bouchardat* présente, au nom de M. Ladrey, professeur à la Faculté des sciences de Dijon, la deuxième édition d'un ouvrage en deux volumes intitulé : *Traité de viniculture et d'œnologie.*

M. *Larrey* offre en hommage, au nom de M. le docteur Sistach (de Bone, Algérie), un ouvrage posthume du docteur Vital, intitulé : *Études de pathologie algérienne.*

M. *Moutard-Martin*, en qualité d'ancien président de la Société française d'hygiène, présente une brochure intitulée : *Épuration et utilisation des eaux d'égout de la ville de Paris.*

M. le docteur *Tarnier* présente, au nom du docteur Terrillon, un *hystéro-curvimètre*, construit sur ses indications par MM. Mathieu fils et qui permet de mesurer la longueur de la cavité utérine et d'indiquer sa courbure.

Cet instrument se compose d'une tige rigide et graduée et d'une patte formant manche afin qu'elle puisse facilement être tenue à la main. Elle porte un cadran qui présente un certain nombre de divisions et autour duquel tourne une aiguille mobile. A l'autre extrémité de la tige se trouve fixée une partie flexible enveloppée par une membrane de caoutchouc. La flexion de cette pièce peut se faire en deux sens opposés ; elle se traduit instantanément par un mouvement correspondant de l'aiguille qui indique à la fois le degré et la direction. Enfin, un curseur formé d'une tige creuse peut glisser le long de la partie flexible, tandis qu'une échelle graduée placée sur la tige principale permet d'apprécier la quantité dont il se déplace, c'est-à-dire la longueur de la tige flexible engagée ou introduite. Grâce à une petite vis de pression, on peut fixer le curseur en un point quelconque de sa course.



Hystéro-curvimètre de M. le docteur Terrillon.

M. *le Président* annonce qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

De la perniciosité ou anévrosthésie tellurique. — D'après M. le docteur *Burdel*, la perniciosité est une véritable entité morbide frappant toujours le même point de l'organisme, et parcourant toujours à des degrés différents les mêmes phases. C'est l'*anévrosthésie tellurique du grand sympathique et des vasa vasorum*. L'*anévrosthésie* est, pour lui, cet état dans lequel, par suite de la perturbation spéciale qui frappe le système nerveux ganglionnaire, on voit les fonctions de la vie organique se troubler, s'anéantir; puis se relever un peu par une sorte de réaction, et s'éteindre tout à fait si l'on n'y apporte remède. — Et, en effet, qui a assisté souvent à des attaques de perniciosité, a pu voir les troubles profonds qui peu à peu gagnent l'innervation, la calorification, l'hématose, par conséquent la circulation en général, et de là toutes les fonctions de la vie animale, sécrétions des urines, de la peau, etc.

La fièvre tellurique ou paludéenne étant considérée comme une névrose spéciale du système ganglionnaire, on doit avec raison regarder la perniciosité comme le degré maximum de cette névrose arrivée au degré d'anévrosthésie.

Pour mieux faire comprendre la perniciosité, telle qu'elle existe réellement et telle qu'on l'observe, le docteur Burdel communique à l'Académie deux observations remarquables prises parmi le grand nombre qu'il possède. — Dans ces observations, qui font voir comment et avec quelle rapidité foudroyante la perniciosité frappe et se développe; que, pour la saisir, il faudrait pour ainsi dire la photographier, il montre, comme devant éclairer le diagnostic de cette terrible affection, le symptôme remarquable et caractéristique de la vibration particulière du pouls et du cœur, « vibration, dit-il, qu'on ne peut oublier lorsqu'on l'a sentie et observée attentivement ». Mais ce qui, dans cette communication, est le plus remarquable, c'est le mode de traitement bien simple qu'il emploie et avec lequel il a obtenu des résultats surprenants; il pratique coup sur coup, et avec rapidité, des injections hypodermiques d'éther quinique, ou d'alcool quinique, quand il n'a pas le premier sous la main. — En deux ou trois heures, et quelquefois moins, on voit la perniciosité céder et disparaître.

Du blanchiment de certaines eaux sulfurées des Pyrénées. — Dans un travail intéressant, M. le docteur *Filhol* donne l'explication de quelques faits restés jusqu'à ce jour peu connus. Il termine en concluant : 1° que les eaux sulfurées qui sont administrées en bains sans aucun mélange d'eau ne doivent pas blanchir; 2° que l'addition d'eau aérée transforme l'eau sulfurée en eau sulfhydrique.

Extirpation de la glande thyroïde. — M. *Tillaux* présente à l'Académie une malade sur laquelle il a enlevé le corps thyroïde et qui a été atteinte d'un goître exophthalmique. Cette malade a guéri et tous les symptômes ont cessé. L'observation sera communiquée dans la prochaine séance.

M. *Gosselin* demande si pendant l'opération on a été obligé de faire la trachéotomie pour éviter la mort imminente, comme cela a eu lieu dans la plupart des extirpations de goître qui ont eu lieu en Amérique et en Allemagne.

M. *Tillaux* répond qu'il donnera les détails de l'observation dans la prochaine séance; mais il peut rassurer M. Gosselin et lui dire que la trachéotomie n'a été nécessaire ni pendant ni après l'opération.

Note sur l'ergotine, ses inconvénients et ses dangers, par le docteur *Boissarie*. — D'après cette note, l'ergotine, qui rend des services importants dans les hémorrhagies quand nous avons besoin d'une action énergique immédiate, ne pourrait impunément, dans les affections de longue durée, être administrée même à petites doses de façon à saturer lentement l'économie. L'ergotine aurait la propriété de s'accumuler, de s'emmagasiner dans l'économie, et de manifester à une échéance plus ou moins lointaine sa funeste influence par une explosion soudaine d'accidents graves. En suivant le précepte de Trousseau qui consiste à donner longtemps le poison par petites doses, on pourrait avoir une gangrène d'emblée. L'auteur donne ensuite le récit d'une observation de gangrène spontanée du poumon.

Mensuration du cœur. — M. le docteur *Bondet*, professeur à la Faculté de médecine de Lyon et candidat pour la section des correspondants nationaux, communique un travail : *De la mensuration du cœur par le claquement des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.*

Ce mémoire se résume dans les conclusions suivantes :

1° Le choc sigmoïdien de l'artère pulmonaire, rapproché

du choc de la pointe du cœur, peut servir de base à un procédé de mensuration du cœur.

2° Ce procédé a sur les autres procédés employés jusqu'à présent l'avantage considérable de s'appuyer sur deux points de repère empruntés au cœur lui-même, mobiles comme lui, et dont les rapports, par conséquent, soit entre eux, soit avec la paroi thoracique, auront toujours, quels que soient les déplacements du cœur, la même signification.

3° Il permet, par le fait de la mobilité et de la variation des points où l'on perçoit le claquement sigmoïdien de l'artère pulmonaire, d'établir, contrairement à l'opinion généralement admise du pivotement du cœur sur sa base, la fréquence de son déplacement en masse.

4° Grâce aux renseignements si précis qu'il donne sur la longueur, la direction des ventricules et le siège des orifices pulmonaire et aortique, on peut s'appuyer, pour la détermination du volume et de la situation du cœur, sur des données infiniment plus sûres qu'aucune de celles fournies jusqu'à ce jour.

Hystérectomie. — M. le docteur *Quirel*, professeur de gynécologie à l'École de Marseille, présente à l'Académie une pièce anatomo-pathologique qui paraît digne de fixer l'attention, moins parce qu'elle provient d'une hystérectomie faite avec succès (car les succès ne se comptent plus, M. Quirel en a pour sa part 3 sur 4 opérations qu'il a pratiquées), que parce qu'elle paraît jeter un jour tout particulier sur l'histoire des tumeurs abdominales en général et des tumeurs utérines en particulier.

L'auteur donne d'abord quelques détails très brefs sur la malade qui fait l'objet de cette communication.

Femme âgée de cinquante ans; ménopause, il y a cinq ans; les deux dernières années, règles tous les quinze jours. Mais, il y a déjà deux ans, elle commença à souffrir du ventre; au milieu du mois de novembre dernier, elle se trouvait dans l'état suivant : teint cachectique, de l'anémie prononcée, de l'anémie utérine, œdème léger des membres inférieurs. Pouls petit et fréquent, anorexie complète, quelquefois vomissements. Du côté du ventre, développement comparable à une grossesse à terme; on s'aperçoit tout de suite qu'il existe une tumeur très grosse, dure, ne présentant en aucun point de fluctuation ni de résistance; cette tumeur est globuleuse, mobile et ne paraît pas adhérer aux parois abdominales. On la limite par la percussion qui donne de la matité dans les points correspondants à son existence et de la sonorité à la périphérie. Elle rappelle, pour la forme, le volume et la situation, un utérus gravide à terme. Le toucher vaginal permet de sentir un col un peu hypertrophié, mais libre au milieu de ses culs-de-sac qui se laissent déprimer par le doigt explorateur; on sent cependant, à travers le vagin, le segment inférieur de l'utérus développé. Le toucher rectal vient ajouter un nouveau signe positif du côté de la tumeur, dont on sent les bosselures de sa face postérieure, et négatif du côté de la plénitude de l'excavation; celle-ci est complètement libre.

L'opération décidée est pratiquée le 22 novembre 1879, à huit heures du matin. Faite dans un quartier populeux de la ville, mais à l'aide de la méthode de Lister dans sa plus grande rigueur, elle ne présente rien de particulier à noter, si ce n'est que le pédicule était fort large (7 centimètres de diamètre) et que la section a été faite au niveau de l'union du corps et du col, c'est-à-dire dans la portion sus-vaginale du col.

L'examen de la pièce, qui avait le volume d'une tête d'adulte, présentait en arrière de petites bosselures correspondant à la présence de petits fibromes gros comme une aveline. L'un de ces fibromes, que l'on découvre en incisant la paroi postérieure de l'utérus, était pédiculé et ressemblait à ces fibromes si bien décrits par de West. Ce sont ceux-là qui seraient justiciables de l'emploi de l'ergotine si l'on pouvait les diagnostiquer; car, par la contraction des fibres musculaires utérines, ils pourraient être exprimés et expulsés assez facilement, le pédicule n'offrant que peu de résistance.

La paroi antérieure constituait à elle seule la tumeur principale. En l'incisant, on trouve qu'elle est constituée par un énorme caillot sanguin, très dur, qui remplit complètement une cavité formée aux dépens de la paroi antérieure.

Ainsi donc, deux cavités : une dans la paroi antérieure de l'utérus, séparée de la vraie cavité utérine. La nature de cette tumeur n'est pas douteuse, elle rentre dans la classe des hématocèles se formant par épanchement dans l'interstice des fibres musculaires de la paroi utérine. Au point de vue du traitement, elle paraît contre-indiquer l'emploi de l'ergotine qui n'aurait pas agi, ou, agissant, aurait amené une rupture, soit de la portion antérieure de la paroi, d'où épanchement consécutif dans la cavité péritonéale, — on en sait les dangers, — soit de la portion qui séparait cette cavité de la cavité utérine, et alors communication avec l'air extérieur, suppuration longue et périlleuse ou même sphacèle d'une partie du tissu utérin. Au lieu de cela, une opération réglée qui a débarrassé la malade radicalement. En effet, celle-ci était complètement guérie le vingt-huitième jour.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Cas rare de névrose vaso-motrice de l'extrémité inférieure M. Straus. — Méthode réfrigérante dans la fièvre typhoïde (Discussion). — Phénomènes d'asystolie sans lésions valvulaires, dans les cas de goître exophthalmique : M. Debove.

M. *Straus* lit un mémoire sur un *cas rare de névrose vaso-motrice de l'extrémité inférieure*. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, employé de commerce, entré le 19 juin 1879 à l'hôpital Tenon, pour des douleurs rhumatismales siégeant à l'épaule droite et dans le pied gauche, sans fièvre, sans complication cardiaque, datant de huit jours, et qui cédèrent rapidement au repos et à quelques doses de salicylate de soude. Le malade était considéré comme convalescent, lorsque M. Straus constata, sur l'extrémité inférieure gauche, les curieux phénomènes vaso-moteurs suivants :

Même lorsque le malade est couché, le pied et les orteils, du côté gauche, sont le siège d'une turgescence très marquée, avec effacement de la saillie des tendons et coloration rosée de la peau. Au toucher, élévation notable de la température, comparativement au côté sain. Cette turgescence, nullement douloureuse, ne dépasse pas la cheville. Les articulations du pied et du tarse sont absolument libres et indolores.

Quand le malade s'assied, les jambes pendantes, le gonflement et la coloration des membres augmentent, surtout sur les orteils et l'avant-pied, sans jamais dépasser le cou-de-pied. La position debout exagère encore le symptôme, qui atteint son maximum quand le malade a fait quelques pas; alors le pied et les orteils du côté gauche deviennent violets, comme phlegmoneux, et les veines se dessinent sous la peau. Il n'existe pas de traces de varices.

La marche est très pénible et ne s'effectue que sur le talon; ce malade ne peut se chausser du pied gauche; au bout de quelques minutes, même en se servant d'une béquille, la marche devient impossible. Pas de troubles de la sensibilité, si ce n'est des fourmillements du pied gauche; pas de parésie ni d'atrophie des muscles, qui répondent bien à l'électricité.

Déjà à plusieurs reprises, depuis dix ans environ, étant au service militaire, à la suite de fatigues ou de marches forcées, il dit avoir éprouvé de la douleur et du gonflement du pied gauche, l'empêchant de marcher pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Il fut traité pour des douleurs rhumatismales, une névralgie, etc.

Ces singuliers phénomènes vaso-moteurs persistèrent pen-

dant les deux mois de séjour que le malade fit à l'hôpital. Ils furent analysés avec soin, surtout les différences de température. Des mensurations minutieuses, pratiquées presque quotidiennement par MM. Lannois et Tuffier, externes du service, établirent entre le membre du côté gauche et celui du côté droit une différence constante, allant de 2 à 4 degrés centigrades, et variant selon que le malade était couché, debout, avait marché, avait les jambes couvertes, etc.

Le 6 août 1879, il fut assez amélioré pour pouvoir se chausser, marcher et être dirigé sur Vincennes; mais la paralysie vaso-motrice persistait encore, ainsi que les modifications thermiques.

L'hiver s'est bien passé; le malade a pu reprendre son métier et faire des courses assez longues dans Paris; mais, malgré la rigueur du froid, il ne pouvait approcher ses pieds du feu.

Le 8 mars dernier, il vint à pied de Montmartre à Ménilmontant, se présenter à la visite : il est chaussé de bottines étroites, mais le pied gauche est toujours turgide et fortement coloré, et entre les deux extrémités la différence de température est de 2°,5.

M. Straus signale un mémoire important de M. Weir-Mitchell, récemment paru et relatif à des cas presque identiques (*On a rare vaso-motor Nevrosis of the extremities*, in *American Journal*, juillet 1878). Il rappelle aussi des faits analogues observés par M. Vulpian, M. Sigerson; enfin, une observation toute récente, due à M. Alleu Sturge (de Londres). Peut-être la maladie est-elle moins rare qu'elle ne paraît, et souvent confondue avec des états rhumatoïdes, la paralysie, les varices, etc.

M. Straus termine sa communication par un parallèle entre cette névrose vaso-motrice et celle décrite par M. Maurice Raynaud sous le nom d'asphyxie locale et de gangrène symétrique des extrémités.

Les troubles vaso-moteurs en question (qu'ils soient vaso-paralytiques ou d'origine vaso-dilatatrice) se rattachent-ils, comme le pense M. Weir-Mitchell, à un trouble des centres vaso-moteurs médullaires? M. Straus n'ose se prononcer; mais il incline vers une opinion émise par M. Vulpian au sujet de la gangrène symétrique des extrémités et d'après laquelle ces troubles vaso-moteurs ne seraient pas nécessairement d'origine centrale, spinale; ils pourraient servir à des modifications (réflexes ou autres) subies par les nombreux ganglions périphériques qui existent près de la terminaison des nerfs dans les vaisseaux et qui président en partie à leur innervation. L'*unilatéralité* bien nette des troubles vaso-moteurs, dans le cas qui lui est personnel, semble un argument contre la localisation spinale du mal.

M. *Dujardin-Beaumetz* se déclare atteint d'accidents analogues à ceux que vient de décrire M. Straus. Mais l'étiologie en est différente. Il se sont manifestés à la suite de la rupture du tendon rotulien gauche.

— M. *Féréol* présente au nom de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) un travail intitulé : *Action rapidement favorable de l'eau froide* (drap mouillés) *dans un cas de fièvre typhoïde.*

M. *Joffroy* rappelle que cette méthode a été il y a bien longtemps employée avec succès par M. Barthez.

M. *Labbé* remplace le drap mouillé par des applications répétées de glace sur la paroi abdominale des typhoïdiques. Il déclare en retirer les plus grands avantages, même dans les cas où la maladie se complique de broncho-pneumonie.

— M. *Debove* communique un travail ayant pour but de faire mieux connaître les *phénomènes d'asystolie, sans lésion valvulaire, observés chez les malades atteints de goître exophthalmique.* Il compare les accidents observés dans ces circonstances à ceux que l'on voit chez les manœuvres, les soldats, etc., et qui portent le nom de *cœur forcé*. Les observations qu'il cite à l'appui de cette thèse, sont les suivantes. Une femme était entrée dans le service de M. Oulmont, non pour son goître, mais en raison d'une dyspnée très intense accompagnant un œdème considérable des extrémités inférieures, un œdème pulmonaire et des palpitations avec irrégularité des battements du cœur. A l'auscultation aucun souffle. La dyspnée et l'œdème disparurent en quelques jours sous l'influence de la digitale. Une deuxième malade était entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Hérard. Il s'agissait aussi d'un goître exophthalmique avec phénomènes d'asystolie et œdème remontant jusqu'aux grandes lèvres, épanchement ascitique considérable, œdème pulmonaire, palpitations, mais aucun souffle cardiaque. Sous l'influence de la digitale qui détermina une diurèse abondante, tous ces phénomènes s'amendèrent peu à peu, l'épanchement disparut et les battements du cœur reprirent le rhythme normal. De ces observations M. Debove pense pouvoir conclure que dans le cours du goître exophthalmique il survient des phénomènes asystoliques, sans lésion vasculaires, dus aux troubles de l'innervation cardiaque.

M. *Féréol* pense que ces troubles d'innervation peuvent à la longue déterminer une lésion valvulaire et une hypertrophie du cœur. M. *Debove* partage cette opinion, bien qu'il n'ait encore constaté aucun souffle.

— M. *Cazin* est nommé correspondant de la Société.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Correspondance. — Anesthésie par le bromure d'éthyle. — Allongement non hypertrophique du col utérin. — Fracture de l'extrémité supérieure du péroné.

M. *Dubrueil* (de Montpellier) adresse à la Société une observation de contracture réflexe, suite de traumatisme articulaire; traitement par les courants continus descendants; guérison.

— M. *Lucas-Championnière* prend la parole à l'occasion de la communication de M. Terrillon sur le bromure d'éthyle. Il a lu dans les journaux américains que cet agent a été employé plusieurs fois comme anesthésique général (Lewis in *New-York med. Rec.*); le bromure d'éthyle a pu remplacer l'éther, et n'a pas donné de vomissements. Une amputation de cuisse a été faite sous l'action de cet anesthésique; le sommeil a duré trente minutes et le réveil a été facile.

Depuis la dernière séance, M. *Périer* a employé le bromure d'éthyle pour l'anesthésie locale; ce corps n'est pas inflammable, ce qui est un avantage sur l'éther quand on doit faire usage du thermo-cautère.

M. *Trélat*. Il est indispensable de distinguer l'anesthésie locale qui n'est, en somme, qu'une anesthésie par refroidissement, de l'anesthésie générale dont les effets sont complexes.

— M. *Guéniot* fait un rapport sur un travail de M. *Eustache* (de Lille). Une femme de trente ans, n'ayant pas eu de grossesse, était atteinte d'un allongement non hypertrophique du col utérin. M. Eustache fit l'opération avec le thermo-cautère; la malade souffrit beaucoup; le spéculum était rempli d'une vapeur qui gênait la manœuvre opératoire. La malade guérit. Le thermo-cautère est un instrument défectueux pour les ablations du col utérin. Le serre-nœud ou l'écraseur linéaire vaudrait mieux, d'après M. Guéniot.

M. *Trélat* donne la préférence à l'anse galvanique.

M. *Després* a coupé deux cols allongés avec l'anse galvanocaustique montée en écraseur.

M. *Lucas-Championnière* a coupé le col utérin avec les

ciseaux du thermo-cautère; il y eut peu de fumée, l'instrument étant peu chauffé; en pareil cas, il ne faut pas proscrire absolument cet instrument.

M. *Le Dentu* n'hésiterait pas à donner la préférence à l'anse galvanique pour les amputations du col utérin.

— M. *Marjolin* est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. *Duplay* a observé une variété peu étudiée de fracture de l'extrémité supérieure du péroné. Dans les deux exemples, les conditions étiologiques étaient les mêmes; deux hommes pris par l'arbre de couche d'une machine furent frappés plusieurs fois contre un mur. Il y eut des lésions traumatiques multiples.

Quand on examinait le genou, on trouvait une saillie osseuse mobile appendue au tendon de la longue portion du biceps; au-dessous était un creux, et plus bas, l'extrémité du péroné fracturé. On pouvait plier le genou en dedans : le ligament latéral externe était rompu. Il y avait eu flexion forcée de la jambe en dedans et arrachement de la tête du péroné.

Chez le premier blessé, au bout de quelques jours, M. Duplay constata une paralysie des muscles extenseurs du pied et des péroniers latéraux, avec anesthésie de la peau au même niveau; il y avait donc paralysie du nerf musculo-cutané.

Le deuxième malade mourut subitement; à l'autopsie, on trouve les lésions osseuses et nerveuse suivantes : Arrachement de la tête du péroné qui était fixée au tendon du biceps et au ligament latéral externe. Le nerf musculo-cutané contournait le foyer de la fracture; il pouvait être déchiré, tiraillé, ou pris dans le cal. Il est probable, dans ce cas, à cause de l'écartement des fragments, que le cal osseux eût été impossible. Quant au premier malade, il quitta l'hôpital guéri, mais gardant sa paralysie des extenseurs du pied et des péroniers latéraux.

M. *Perrin* a vu récemment un fait analogue au Val-de-Grâce. Un cavalier tomba avec son cheval qui pressa de tout son poids sur la jambe droite. Il y eut arrachement de la tête du péroné, et écartement des fragments. La complication la plus intéressante était la paralysie des muscles animés par le nerf sciatique poplité externe; au bout de deux mois, ces muscles étaient atrophiés.

M. *Le Dentu* a vu le premier malade de M. Duplay; l'électricité améliora un peu la paralysie, mais n'amena point la guérison.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

Sur l'albumine des muscles du chien : M. Malassez.— Considérations sur le développement de la grenouille et sur ses rapports avec le développement du poulet: M. Mathias Duval. — Contribution à l'étude des membranes synoviales: M. Pouchet. — Sur le ligament spiral externe de l'oreille: M. Gellé.— Relations de l'estomac et du système nerveux: M. Leven. — Présentation de pièces anatomiques: M. Geffrier.

M. *Malassez* lit un travail de M. Pigalle sur l'*albumine des muscles du chien*. L'auteur, dans ses recherches, a trouvé dans le tissu musculaire du chien, un albuminoïde non spontanément coagulable et distinct des albuminoïdes du plasma sanguin.

— M. *Mathias Duval* présente des considérations sur le développement de la grenouille et sur ses rapports avec le développement du poulet. L'anus de Ruscoli des batraciens est l'analogue de la ligne primitive du blastoderme du poulet.

— M. *Pouchet* lit un travail de MM. Tourneux et Hermann : *Contribution à l'étude des membranes synoviales*. MM. Tourneux et Hermann rapprochent les membranes synoviales des bourses séreuses; comme celles-ci elles possèdent à leur face interne une mince couche de cartilage donnant naissance aux franges synoviales.

— M. *Gellé* présente quelques essais d'étude sur le ligament spiral externe de l'oreille. Chez les animaux qui ont subi une mutilation du bulbe, on trouve un grand développement de la partie vasculaire du ligament spiral externe. Sur la protubérance spirale il a trouvé des végétations vasculaires formées par un petit réseau capillaire régulièrement espacé. Ces saillies correspondent à de gros troncs situés au-dessus et au-dessous. Cette zone vasculaire enlevée, on trouve en dessous une disposition aréolaire du sillon spiral.

— M. *Leven* : J'appelle l'attention de la Société surtout sur des phénomènes cliniques. Dans les affections de l'estomac, les désordres qui surviennent du côté du système nerveux sont de deux ordres : 1° des troubles de la sensibilité; 2° des troubles vaso-moteurs. Les premiers se traduisent par des points douloureux sur le trajet des nerfs, des douleurs musculaires, articulaires et de la dermalgie. Au début ces phénomènes affectent toujours le côté gauche. Mais après un certain temps ils peuvent se montrer à droite et se généraliser.

Les troubles vaso-moteurs consistent en une diminution de la température du côté gauche. Le thermomètre marque de ce côté de cinq à huit dixièmes de degré de moins que de l'autre côté. L'origine de ces troubles est dans le plexus solaire qui est excité et réagit sur la moelle et le cerveau.

— M. *Geffrier* remet une observation et présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort après avoir présenté de la dyspnée et des vomissements. A l'autopsie on a trouvé les troncs des deux pneumogastriques, au niveau du cou, comprimés et serrés par des tumeurs noirâtres dont la nature n'a pas encore été déterminée. Ces tumeurs seront examinées histologiquement.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de la boracite contre les calculs urinaires, par M. Kœhler.

La boracite est de la magnésie boratée ou, plus exactement, du borocitrate de magnésie. Suivant Becker, elle serait identique au *ludus* ou *cevillus* que Paracelse et Van Helmont prescrivaient contre la lithiase. Kœhler emploie, depuis plusieurs années, cette substance qui, suivant lui, est en même temps diurétique et lithotriptique : les cinq observations qu'il rapporte paraissent avoir une certaine valeur. On prescrit :

Borocitrate de magnésie, 40 grammes; sucre pulvérisé, 80 grammes; essence de citron, 1 goutte.

S. A prendre trois fois par jour une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 44.)

Du sel de Carlsbad, par M. Harnack.

Les matières salines extraites des eaux minérales de Carlsbad (*Sprudelsalz*) jouissent en Allemagne d'une vogue extraordinaire, non seulement dans le public, mais aussi parmi les médecins qui les emploient volontiers sous la vague dénomination de *fondant*. Or les analyses chimiques de Harnack démontrent que les échantillons les plus authentiques présentent la composition suivante :

Sulfate de soude, 99,33 pour 100; carbonate de soude, 0,45; chlorure de sodium, 0,076.

C'est, comme on voit, du sel de Glauber très pur! Or ce médicament est au moins *trente* fois plus coûteux que le sulfate de soude, et ne saurait produire un effet différent. Il faut savoir toutefois que, vu la cherté du sel naturel, on emploie énormément le sel artificiel dont la composition est à peu près la suivante :

Sulfate de soude cristallisé, 200,00; carbonate de soude, 30,00; chlorure de sodium, 5,00, et qui a peut-être des effets différents. (*Berl. klin. Woch.*, 1880 n° 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies de l'enfance. Leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie, par M. le docteur Cadet de Gassicourt. T. Ier, *Affections du poumon et de la plèvre*. — Paris, 1880, O. Doin.

Si la pathologie infantile n'est pas, comme le croyait Hufeland, un monde nouveau au seuil duquel doivent se modifier toutes les connaissances médicales acquises ailleurs, il n'en est pas moins vrai que la plupart des maladies communes à l'adulte et à l'enfant se présentent chez ce dernier avec des caractères particuliers, et que le médecin qui se voue à l'étude des affections de l'enfance, doit passer par une éducation toute spéciale. Nulle part l'importance des études cliniques ne se fait mieux sentir que dans cette branche de la pathologie, et c'est sous cette forme véritablement pratique qu'il convient de tracer le tableau des maladies de l'enfance. Elle a été adoptée par M. Cadet de Gassicourt dans le travail fort distingué qu'il nous présente aujourd'hui. Ce travail, qui n'est que la première partie d'une œuvre beaucoup plus considérable, traite simplement des maladies de l'appareil pulmonaire.

Désireux, tout d'abord, d'éclaircir les points un peu obscurs que présente l'étude de ces maladies chez l'enfant, l'auteur établit que la plupart des difficultés qu'on y rencontre tiennent à la part insuffisante faite à la congestion, qu'il considère comme un élément de premier ordre dans les phlegmasies pleuro-pulmonaires de l'enfance. Le rôle de la congestion peut être exclusif. C'est la congestion simple. Il est très important dans certaines formes de pneumonie franche et de bronchite aiguë; presque toujours prépondérant dans la broncho-pneumonie. Malheureusement les conditions acoustiques dans lesquelles se trouve le poumon congestionné ne sont pas différentes de celles qu'on rencontre dans la pneumonie et souvent dans la pleurésie. Le diagnostic ne peut donc pas s'appuyer solidement sur l'auscultation. Quant à la thermométrie, elle est également insuffisante. Chez l'enfant, la température peut monter jusqu'à 40 et même 41 degrés. Ce qui permettra de reconnaître sûrement la congestion, c'est la marche même de ses différents symptômes. La congestion se caractérise essentiellement par sa brièveté et par sa mobilité. Dans certains cas où la congestion est centrale, l'oreille ne peut percevoir aucun signe caractéristique. On peut cependant en affirmer la présence quand, chez un enfant placé dans certaines conditions, celles d'une bronchite rubéolique, par exemple, on voit tout à coup la température s'élever et la dyspnée augmenter, alors même que l'auscultation ne révèle aucun symptôme nouveau. Si cette augmentation de température tombe après vingt-quatre ou quarante-huit heures, en même temps que la dyspnée diminue, on peut affirmer qu'on a eu affaire à une congestion centrale.

M. Cadet de Gassicourt insiste tout particulièrement sur l'importance de cet élément congestif dans les maladies du poumon chez l'enfant. Il faut l'étudier avec soin, savoir le reconnaître même dans ses formes les plus fugitives, sous peine de tomber à chaque instant dans de regrettables erreurs.

Nous partageons sur ce point les idées de l'auteur, et nous avons eu tout dernièrement l'occasion d'en vérifier la justesse chez un enfant pris tout à coup, au cours d'une légère bronchite, d'une dyspnée portée jusqu'à l'asphyxie, avec fièvre ardente et hyperthermie considérable. Un peu d'obscurité de son, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, étaient les seuls signes locaux que nous constations. Sous l'influence d'un vomitif et d'une large application de ventouses sèches, la dyspnée qui était effrayante diminua rapidement. Vingt-quatre heures après cette crise qui avait failli être mortelle, l'enfant était revenu à un état presque normal, et nous retrouvions les signes d'une bronchite peu étendue avec dyspnée légère et fièvre très modérée.

Après avoir ainsi solidement établi le rôle de la congestion dans les maladies de l'appareil respiratoire chez l'enfant, l'auteur passe à l'étude de la pneumonie franche qu'il considère au point de vue de l'état local et de l'état général, et des différentes formes qu'elle peut affecter. Insistons sur les considérations intéressantes qui terminent ce chapitre et qui se rapportent au pronostic et au traitement de la maladie.

On sait combien la gravité du pronostic de la pneumonie franche a été modifiée depuis que la maladie a été mieux étudiée, surtout au point de vue de l'influence des traitements. Barthez (1862) a démontré, dans son mémoire sur l'expectation dans la pneumonie des enfants, que la pneumonie franche, limitée à un seul poumon et abandonnée à elle-même, guérissait presque toujours; puisque sur 212 cas, il ne cite que 2 cas de mort; et encore s'agissait-il de pneumonies doubles. Nous ne parlons ici, bien entendu, que des pneumonies développées chez les enfants au-dessus de deux ans. Il faut donc conclure que la pneumonie franche des enfants doit être respectée, à moins de complications dont les principales sont : l'adynamie, le délire et les convulsions; en dehors de ces accidents, il faut se comporter comme lorsqu'on est en face d'une fièvre éruptive.

Il n'en est plus de même dans cette forme particulière de l'inflammation du poumon, si commune chez les enfants, et qu'on a décrite sous le nom de broncho-pneumonie. On sait toutes les difficultés qui environnent l'étude de cette grave maladie, les discussions qui se sont élevées sur la nature des lésions multiples qui la caractérisent : lésions fondamentales consistant dans la congestion, la bronchite, l'inflammation des alvéoles et du tissu conjonctif; lésions accessoires où l'on trouve : l'emphysème, l'atélectasie du tissu pulmonaire, les hémorrhagies sous-pleurales, la lymphangite, les engorgements ganglionnaires. En raison même de la multiplicité de ces lésions, de l'importance capitale qui s'attache à la broncho-pneumonie, nous n'essayerons pas de suivre l'auteur dans l'étude très complète qu'il consacre à l'anatomie pathologique, aux symptômes, diagnostic et traitement de la maladie. Nous pouvons affirmer que cette étude n'a été faite nulle part d'une façon plus complète et plus intéressante. La moitié du volume lui est consacrée, et ces développements sont amplement justifiés par la fréquence et la gravité toutes spéciales de cette maladie, à laquelle revient une si large part de la mortalité infantile.

La pleurésie simple, fort rare chez les enfants au-dessous de six ans, ne se montre pas chez eux avec des caractères différents de ceux qu'elle présente chez l'adulte. Le diagnostic en est naturellement plus difficile. La durée en est plus courte. Le traitement est le même. La thoracocentèse peut être commandée par l'abondance de l'épanchement et l'intensité de la dyspnée, ou par la lenteur extrême de la résolution.

La pleurésie purulente s'observe plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte: dans la proportion d'un huitième environ par rapport aux pleurésies simples. Le pus peut se produire d'emblée ou résulter de la transformation d'un épan-

chement séreux, sans qu'on puisse être tenté d'imputer cette transformation à la thoracocentèse qui, d'une manière générale, est bien moins fréquemment pratiquée dans le jeune âge. Il est difficile de saisir la cause de cette fréquence relative. On peut cependant faire remarquer que la pleurésie survient souvent chez l'enfant dans des conditions où il est particulièrement affaibli : dans le décours d'une fièvre éruptive, par exemple, et de la scarlatine en particulier. Il est encore permis de supposer que ces jeunes organismes résistent difficilement à l'affaiblissement déterminé par une maladie aiguë. Plus l'enfant est jeune, plus la déchéance est rapide et plus la purulence est à redouter. Chez l'enfant comme chez l'adulte, le diagnostic de la pleurésie purulente est difficile. On se fonde surtout sur les conditions dans lesquelles s'est produite la maladie et sur l'état fébrile paroxystique qui se manifeste en pareil cas.

Quant au traitement, on sait depuis longtemps que, chez l'enfant, les épanchements pleuro-purulents peuvent guérir par de simples ponctions répétées, sans injections modificatrices. Ce résultat est tout à fait exceptionnel chez l'adulte. On devra donc toujours débuter par ces ponctions. On les répétera suivant les indications, qui consisteront principalement dans la réapparition de l'épanchement coïncidant avec une augmentation notable de la fièvre. Si la quantité de pus diminue à chaque ponction, il y a lieu de persister. Si elle reste stationnaire, si le malade s'affaiblit, il faut ouvrir la poitrine, drainer et pratiquer des injections antiseptiques. M. Cadet de Gassicourt a posé aussi nettement que possible les règles à suivre en pareil cas, et les a appuyées d'intéressantes observations.

Les derniers chapitres du volume sont consacrés à la tuberculose. L'auteur, après un exposé rapide des controverses récemment soulevées par la nature de la diathèse, se rallie entièrement à la doctrine de l'unicité absolue, diathésique et anatomique, de la tuberculose. Il est moins explicite en ce qui regarde les rapports de la scrofule et de la tuberculose, bien qu'il se rapproche, avec Rilliet et Barthez, de la doctrine de l'unicité. Pour ces deux auteurs il n'y a qu'une diathèse scrofulo-tuberculeuse pouvant donner lieu à des manifestations différentes, mais identiques au fond.

Après un chapitre consacré à la description clinique de l'adénopathie bronchique, M. Cadet de Gassicourt s'occupe de la tuberculose pulmonaire proprement dite. Les difficultés de cette étude sont considérables chez l'enfant. C'est surtout dans la forme aiguë de la maladie que ces difficultés s'accumulent. Le diagnostic des formes granulique, broncho-pneumonique aiguë est souvent impossible, et le médecin se basera beaucoup moins sur les signes d'auscultation ou de percussion que sur l'allure générale de la maladie, l'état du malade, les conditions héréditaires, etc. Tous ces points délicats sont traités avec soin, éclairés par des observations soigneusement prises et qu'on sera heureux de consulter dans les cas embarrassants de la pratique.

Les développements que M. Cadet de Gassicourt a consacrés à l'étude des maladies pulmonaires de l'enfant nous promettent un ouvrage de longue haleine. Nous ne doutons pas que le succès obtenu par cette première partie ne lui soit un encouragement puissant à poursuivre cette œuvre considérable, et qui le placera, sans aucun doute, au rang des maîtres de la pathologie infantile.

Blachez.

VARIÉTÉS

Conseil supérieur de l'instruction publique. Élection de deux membres du conseil pour l'ordre de la médecine.

Les délégués des cinq Facultés de médecine de province, MM. Beaunis (Nancy), Bouchard (Bordeaux), Engel (Montpellier), Lescœur (Lille) et Monoyer (Lyon), se sont réunis à Paris le 23 février dernier. L'accord s'est établi entre eux sur les points suivants :

1° Prompte organisation des centres universitaires régionaux, établis sur les bases projetées par M. Waddington, par conséquent, largement dotés et outillés, en possession de la personnalité civile mixte, et jouissant de toute l'autonomie compatible avec les droits de l'Etat et le maintien de l'unité nationale.

2° Aggravation, par le fait de la substitution de la section permanente du Conseil supérieur aux Conseils académiques, des inconvénients de la présentation des professeurs par une assemblée incompétente, et nécessité absolue de ne faire intervenir dans la nomination aux chaires que des considérations d'ordre purement scientifique.

3° Soustraction des concours d'agrégation à une centralisation funeste autant aux intérêts de la science qu'à ceux des Facultés de province.

4° Suppression du mode actuel de répartition des traitements des professeurs et établissement d'une règle fixe et commune à toutes les Facultés de médecine.

5° Incompatibilité du règlement du 23 août 1879, sur les bibliothèques dites universitaires, avec les besoins de l'instruction des élèves et les exigences de l'enseignement.

Au nom des Facultés de province, qui peuvent disposer à leur gré des élections, comme le fait remarquer la déclaration autographiée publiée par MM. les délégués (1), ceux-ci sont convenus : 1° de ne nommer que des candidats « professant sur les questions principales des opinions conformes à celles de la grande majorité des électeurs, et d'éliminer plus spécialement tout candidat connu pour son amour exagéré de la centralisation ; » 2° de communiquer à tous les candidats les articles du programme ci-dessus, et de leur demander de faire connaître leurs opinions à cet égard ; 3° de ne pas réserver pour les Facultés de province les deux places disponibles, mais d'en offrir une à la Faculté de Paris. Sur cette proposition, la Faculté entra en communication avec les délégués par l'intermédiaire de M. Parrot, lequel déclara que « *d'une manière générale, il ne paraissait pas y avoir dissentiment sur les questions posées*, mais que la Faculté de Paris, prise à l'improviste, n'était pas encore en mesure de présenter un candidat ». Sur ce, la délégation, parvenue au terme de son congé, et ayant reçu d'ailleurs les déclarations demandées à tous les candidats de province, insista auprès de la Faculté de Paris pour une prompte désignation de son candidat, et, en attendant, choisit parmi les candidats de province les noms de deux professeurs « destinés à devenir candidats définitifs, si l'on n'arrivait pas à s'entendre avec Paris », désignant en même temps celui de ces deux élus « qui, le cas échéant, aurait à céder la place à un candidat de Paris ». Enfin, MM. Beaunis et Monoyer, restés seuls dans la capitale, reçurent de M. Parrot l'avis que la Faculté avait, à l'unanimité de quarante et quelques membres présents, porté son choix sur le doyen, M. Vulpian. Ils virent donc ce dernier « et reçurent de sa bouche les réponses les plus satisfaisantes *sur les cinq questions du programme* ; » M. Vulpian a donné itérativement aux deux délégués l'assurance formelle qu'*il partageait entièrement leur manière de voir* à l'égard des points touchés et en leur déclarant qu'*il les autorisait à se porter garants de son adhésion.*

En conséquence, les cinq délégués des Facultés de médecine de province recommandent aux suffrages des électeurs M. Moitessier, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, et M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Ce simple récit fera sauter aux yeux du moins attentif le vice de la loi sur le conseil supérieur de l'enseignement, en ce qui touche le contingent des Facultés de médecine. Ce vice dont il serait si facile aux Facultés des départements d'abuser à leur profit, MM. les délégués le signalent eux-mêmes

(1) D'après la statistique pour 1879, sur 244 électeurs, les Facultés de province en réunissent 170 et Paris 74 seulement.

et le regrettent loyalement. Comme ils le disent, les professeurs de province sont absolument maîtres des élections. Dans des questions d'enseignement, d'organisation, de discipline, qui peuvent ne pas se présenter sous le même jour dans la Faculté de Paris et dans les Facultés de province, qui peuvent même les mettre en conflit, comme il arrive précisément aujourd'hui au sujet des concours d'agrégation, la Faculté qui siège à Paris, dans cet immense centre d'instruction et d'exercice (deux éléments inséparables même devant un *conseil d'instruction*), qui comprend plus des quatre cinquièmes des étudiants en médecine de France et le neuvième environ des praticiens, la Faculté de Paris peut être mise en demeure, légalement, de se ranger en toute chose, à l'avis des Facultés de province, d'écarter tout souci de ses intérêts particuliers, de défendre, au contraire, les intérêts particuliers des Facultés de province, sous peine de n'avoir aucun représentant dans le conseil supérieur de l'instruction publique.

On ne peut que féliciter MM. les délégués de la franchise et de la décision avec laquelle ils ont marqué dès la période électorale les positions respectives. Avec les avantages de la leur, ils pouvaient mettre la cause commune exclusivement en leurs propres mains ; ils ne l'ont pas fait : ils se sont bornés à déclarer qu'ils le feraient si Paris ne pensait pas comme la province : c'est un acte incontestable de modération.

LE LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

Dans un article que nous avons consacré à l'examen du projet de loi relatif à la création d'une chaire nouvelle d'anatomie pathologique pratique (*Gaz. hebd.*, n° 12, p. 190), nous avions raconté, en nous autorisant de renseignements puisés aux meilleures sources, quel avait été le but et quelles avaient été les conséquences de la visite faite au laboratoire de l'Hôtel-Dieu par M. le ministre de l'instruction publique. Nous recevons à ce sujet une note où nous lisons ce qui suit : « En vérifiant et en rectifiant les faits on s'aperçoit : 1° que la visite a eu lieu pendant les vacances, c'est-à-dire à une époque où les élèves goûtent le repos de la famille ; 2° que l'inspection s'est faite *ex abrupto* l'après-midi, moment inopportun : car les élèves ne peuvent, d'après le règlement, assister à la clinique que le matin, et aux travaux du laboratoire clinique qu'en très petit nombre ; 3° que le chef du laboratoire, M. Debove, ne pouvait pas conserver ses fonctions qui sont incompatibles avec celles de médecin d'hôpital (art. 3 du règlement des cliniques), et par conséquent que sa démission était devenue inévitable ; 5° enfin, et c'est là le point capital, que l'anatomie pathologique *pratique*, pour laquelle on réclame aujourd'hui une chaire spéciale, était réellement et régulièrement enseignée depuis deux ans par M. Debove personnellement, qui témoigne du fait par la lettre suivante

« *A M. le professeur Sée.*

» Mon cher maître,

» Vous me demandez de rappeler les services rendus à l'enseignement par le laboratoire de l'Hôtel-Dieu pendant l'année scolaire 1878-79. Voici les principaux :

» Toutes les autopsies du service de la clinique médicale ont été faites au laboratoire, suivant les indications du professeur et sous ma surveillance, par les élèves eux-mêmes.

» Les pièces provenant de ces autopsies étaient soigneusement conservées et démontrées aux élèves tous les jeudis matin.

» Ces démonstrations anatomiques n'ont jamais réuni moins de quarante élèves.

» Permettez-moi, mon cher maître, de ne pas insister davantage sur les services que j'ai pu rendre, et recevez l'expression de mes sentiments dévoués.

» Debove. »

Nous nous empressons de reconnaître, comme on nous le demande, que, depuis plusieurs années, les autopsies des malades morts dans les services cliniques de l'Hôtel-Dieu étaient, comme l'indiquent les documents que nous venons de reproduire, pratiquées devant les élèves par un chef de laboratoire placé sous les ordres du professeur de clinique, et que les pièces provenant de ces autopsies étaient, une fois par semaine, soumises à l'examen de ces élèves dans des conférences d'anatomie pathologique pratique. Mais nous devons faire remarquer en même temps que nous n'avions nullement à constater ou à contester ces faits, et que nous nous étions borné à demander qu'un nouveau règlement organisât, de manière à le rendre plus profitable à l'instruction des élèves, l'enseignement pratique de l'anatomie pathologique dans les laboratoires de l'Hôtel-Dieu et de la Charité. Point n'est besoin de longs détails pour faire comprendre que si le règlement n'autorise qu'un petit nombre d'élèves à assister aux travaux du laboratoire, et que si ces travaux pratiques se font *le matin* seulement, c'est-à-dire à des heures où les études cliniques absorbent tout le temps des élèves, les laboratoires des hôpitaux ne rendront que bien peu de services. Les travaux de laboratoire sont longs et minutieux. Ils doivent se faire dans la journée et non le matin, dans les quelques minutes qui restent libres après une visite hospitalière commencée d'ordinaire assez tard et souvent laborieuse. L'autopsie, en effet, comprend non seulement l'ouverture du cadavre et la démonstration rapide des lésions observées à l'œil nu, mais encore l'étude histologique des organes et des tissus malades, l'analyse des humeurs, la préparation et la conservation des pièces pathologiques. C'est là ce qui se fait en Allemagne, en Belgique, en Angleterre. Lorsque, dans un service clinique, un décès a été annoncé, l'assistant d'anatomie pathologique en est informé par un bulletin signé par le professeur ou l'assistant de clinique. Ce bulletin porte le nom du décédé, la date du décès, le diagnostic porté pendant la vie. Ces renseignements sont inscrits avant l'ouverture du corps sur un registre spécial et sur la feuille d'observation. Le matin, en présence du professeur de clinique, accompagné des assistants et des élèves, a lieu la première opération, l'ouverture du cadavre. Le procès-verbal de cette autopsie, dicté par l'assistant d'anatomie pathologique, est transcrit au fur et à mesure sur la feuille d'observation par un élève de la clinique, et sur un registre spécial par un élève préparateur d'anatomie pathologique. Puis toutes les pièces de l'autopsie sont réunies, disposées dans des vases spéciaux, conservées dans des réactifs appropriés, portées dans les salles d'étude et soumises dans la même journée et les jours suivants à l'examen histologique fait, sous la direction de l'assistant d'anatomie pathologique, par les élèves du laboratoire.

Ainsi le laboratoire d'anatomie pathologique pratique devient, comme nous le demandions, « une école d'instruction pratique et un lieu d'enseignement public ». Ainsi, à toute heure du jour, ce laboratoire renferme des élèves « attentifs à la parole d'un maître éclairé et travaillant sous sa direction ». Il en serait de même si, au lieu d'être nommés pour trois ans seulement, chargés souvent de fonctions multiples et n'ayant point d'élèves attitrés, les chefs de laboratoire attachés aux services cliniques avaient comme attribution unique et spéciale de diriger dans leurs travaux tous les élèves qui auraient le goût des études d'anatomie pathologique et qui voudraient, dans la journée, achever, sous leur direction, les autopsies commencées le matin après la visite hospitalière. Leurs travaux pourraient ainsi servir à l'enseignement public : car le professeur n'aurait qu'à les résumer dans ses leçons en complétant ainsi l'exposé qu'il aurait fait précédemment de l'histoire clinique des malades de son service. Ce que nous avons demandé, ce que nous demandons encore, c'est donc une modification du règlement qui régit en ce moment les laboratoires de clinique à l'Hôtel-

Dieu ou à la Charité. Quant aux questions personnelles qui ont pu être soulevées après la visite de M. le ministre de l'instruction publique, elles ne viennent qu'en second ordre et nous n'avons pas d'ailleurs à y intervenir.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(22e *Réunion annuelle, 4 et 5 avril* 1880.)

Nous regrettons que le défaut d'espace nous empêche de rendre compte, avec tous les développements que nous voudrions pouvoir lui consacrer, de la réunion annuelle des membres de l'Association générale des médecins de France. Forcés de nous limiter, nous ne nous attacherons pas à faire ressortir tout le talent avec lequel, dans la séance du dimanche 4 avril, les membres du bureau de l'Association ont rempli la tâche qu'ils s'étaient imposée. Tous nos lecteurs savent avec quel art le président, M. Henri Roger, sait faire applaudir ses allocutions toujours émaillées de mots heureux et de réminiscences littéraires. Ils comprendront aussi qu'il nous soit difficile de faire ressortir tout l'intérêt du compte rendu des travaux de l'Association présenté par M. Amédée Latour. Un travail de ce genre, quelque remarquable qu'il soit, vaut surtout par les résultats qu'il annonce et les réformes qu'il propose. Or, nous avons l'intention d'examiner rapidement, dans un prochain numéro, les diverses questions soumises aux délibérations de l'assemblée générale et les solutions qu'elles ont reçues. Nous nous contenterons donc, pour aujourd'hui, après avoir constaté que la dernière réunion a été plus nombreuse que jamais, et qu'elle a chaleureusement applaudi les orateurs qu'elle a entendus, de résumer ce qui a pu être fait cette année par l'Association.

Dans son rapport sur les pensions viagères, M. Bucquoy annonce que le chiffre de ces pensions s'élève aujourd'hui à 61, réparties de la manière suivante : 6 pensions de 600 fr., 3600 fr.; 5 pensions de 500 fr., 2500 fr.; 15 pensions de 400 fr., 6000 fr.; 35 pensions de 300 fr., 10 500 fr. Au total, 61 pensions, 22 600 fr.
La situation de la caisse des pensions viagères au 27 mars 1880 peut être établie comme il suit : Fonds de retraites à la caisse de la vieillesse pour 49 pensions, 350 951 fr. Fonds disponibles à la caisse des pensions, après prélèvement de la somme votée par le conseil général, 152 271 fr. 73 c. Pour le service des pensions accordées en 1880, 100 000 fr. Fonds disponibles en caisse du trésorier, 1177 fr. 13 c. Total, 604 399 fr. 86 c.

Ces résultats, très heureux, si on les compare à ceux des années précédentes, s'amélioreront encore. On ne peut, en effet, reprocher à l'Association de multiplier le nombre de ses pensions, puisque les demandes qui lui sont adressées sont toutes dignes d'intérêt; mais on a le droit de regretter qu'une pension supérieure à 300 ou à 500 francs ne puisse être accordée à tout médecin âgé, infirme et digne des sympathies de ses confrères.

Il est triste de songer qu'un médecin honorable ait pu se trouver exposé à solliciter son admission dans un hôpital sans avoir encore obtenu de l'Association une pension suffisante pour payer celle qu'on lui réclamait. Mais le rapport de M. Bucquoy nous montre que peu à peu les demandes de pensions nouvelles, aujourd'hui en nombre considérable, s'équilibreront avec les extinctions dues aux décès des pensionnés, et que dès lors la plus grande partie des capitaux disponibles sera consacrée à l'amélioration des pensions anciennes. Depuis plusieurs années, aucun médecin indigent n'a vu sa demande de secours écartée par l'Association. Le jour où celle-ci deviendra plus prospère; le jour où le nombre des demandes nouvelles ne dépassera plus celui des extinctions, le chiffre des pensions accordées pourra atteindre 1000 francs ou même 1500 francs par an, et dès lors les membres de l'Association tombés dans l'infortune, pourront compter sur une pension de retraite qui les mettra à l'abri du besoin. C'est là une perspective consolante et qui devrait engager le plus grand nombre de nos confrères, tous ceux au moins qui habitent les centres populeux et dont les ressources sont suffisantes, à augmenter de quelques francs le chiffre de leur cotisation annuelle pour arriver à améliorer le fonds de réserve de l'Association et à hâter ainsi le moment où le taux des pensions pourra être élevé. Nous verrons, dans un prochain numéro, en rendant compte de la séance du lundi 5, que ce résultat n'est pas le seul que puissent et que doivent rechercher nos confrères. (*A suivre.*)

RÉUNION GÉNÉRALE DES SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS.

La réunion a eu lieu samedi, à deux heures, dans la grande salle de la Sorbonne. Jamais pareille assemblée n'avait été aussi nombreuse. Beaucoup de personnes ont dû s'entasser au haut des escaliers ou rester dans les couloirs. La grande *attraction* était la présence annoncée du célèbre navigateur suédois M. Nordenskjold, qui, avec le commandant de la *Vega*, M. Palander, vient de découvrir le passage du Nord-Est, et celle du prince Oscar de Suède. La bienvenue a été souhaitée à ces hôtes illustres, en termes chaleureux, par M. le ministre de l'instruction publique, des mains duquel M. Nordenskjold a reçu la croix de commandeur de la Légion d'honneur, et M. Palander celle d'officier.

Ensuite M. le ministre, à l'occasion des travaux du comité des Sociétés savantes, dont il a caractérisé l'importance, est entré, au sujet du nouveau conseil de l'instruction publique et de la réforme de l'enseignement secondaire, dans des considérations assez développées, dont la forme, tantôt familière et tantôt élevée, a provoqué tour à tour le sourire et les acclamations. Enfin les secrétaires des diverses sections, d'*archéologie*, des *sciences*, d'*histoire* et des *beaux-arts*, ayant donné lecture de leurs rapports, les noms des lauréats ont été proclamés. On constate avec regret que, dans la section des sciences, aucune récompense ne s'applique cette année à des travaux de médecine. Les six *médailles d'or* décernées pour cette section ont été accordées à : MM. Crevaux (docteur), chirurgien de la marine (Exploration de l'Amérique équatoriale); Crova, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier (Travaux de physique); Pierre, directeur du jardin zoologique de Saïgon (Flore de la Cochinchine); Violle, professeur à la Faculté des sciences de Lyon (Travaux de physique); Chantre, sous-directeur du musée d'histoire naturelle de Lyon (Etude sur les anciens glaciers du Rhône); Falsan, à Collonge-sur-Saône (Etude sur les anciens glaciers du Rhône).

Huit *médailles d'argent* ont été accordées à : MM. Collot, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier (Travaux de géologie); Haller, maître de conférences à la Faculté des sciences de Nancy (Travaux de chimie); Isambert, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers (Travaux de chimie); Lemoine (docteur), professeur à l'Ecole de médecine de Reims (Travaux de paléontologie); Mercey (Léon de), à Hyères (Travaux de géologie); Œhlert, bibliothécaire à Laval (Travaux de géologie); Renard (Adolphe), professeur à Rouen (Travaux de chimie); Souillart, professeur à la Faculté des sciences de Lille (Travaux d'astronomie mathématique).

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de thérapeutique et matière médicale.* — M. le professeur G. Hayem a commencé son cours le mardi 6 avril 1880, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — M. Duguet, agrégé, commencera le cours auxiliaire de *pathologie interne* (semestre d'été) le lundi 5 avril 1880, à cinq heures du soir (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de clinique thérapeutique. — Le docteur Dujardin-Beaumetz commencera son cours à l'hôpital Saint-Antoine le jeudi 15 avril, à neuf heures et demie, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure. Il traitera cette année de la thérapeutique des maladies du foie, des reins et des organes génitaux.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le professeur Ball a repris son cours de clinique des *maladies mentales* le dimanche 4 avril 1880, à dix heures (asile Sainte-Anne), et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

HÔPITAL COCHIN. — M. le docteur Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé de la Faculté, reprendra ses leçons de clinique médicale le vendredi 9 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les *maladies de la peau*, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 17 avril 1880, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et samedis suivants, à la même heure; les lundis seront consacrés aux maladies des femmes.

PRÉPARATION AUX EXAMENS. — Cours du docteur Martin-Damourette, pour la préparation au premier examen de doctorat (nouveau régime) et aux troisième et quatrième examens (ancien régime). Le cours pour les premier et troisième examens recommencera le lundi 12 avril par la chimie. Un soin tout particulier sera apporté à l'étude de la botanique, à la reconnaissance des substances et à l'analyse chimique. Le cours pour le quatrième examen recommencera par la thérapeutique, le mardi 13 avril.

On s'inscrit à ces cours, tous les jours de midi à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

NÉCROLOGIE. — Le corps médical apprendra avec une douloureuse émotion que le docteur Eyffren et Mme Eyffren, habitant Saint-Laurent (arrondissement de Lesparre, dans le Médoc), viennent d'être victimes d'un horrible assassinat, accompli pendant la nuit. Leurs cadavres ont été retrouvés baignant dans une mare de sang. On n'a que des conjectures sur le mobile du crime.

EAUX MINÉRALES. — Par arrêté ministériel en date du 12 mars 1880, M. le docteur E. Philbert a été nommé médecin inspecteur des eaux de Brides-les-Bains (Savoie).

MORTALITÉ A PARIS (13e semaine, du vendredi 26 mars au jeudi 1er avril 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1198, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 57. Variole, 45. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 17. — Diphthérie et croup, 41. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 10. — Affections puerpérales, 13. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 70. — Autres affections générales, 129. — Bronchite aiguë, 66. — Pneumonie, 78. — Diarrhée infantile et athrepsie, 100. — Autres maladies locales : aiguës, 80; chroniques, 188; douteuses, 59. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 3. — Morts violentes, 29. — Causes inconnues, 2.

Bilan de la 13e semaine. — Diminution très notable de la mortalité générale, qui de 1296 décès dans la 12e semaine est tombée à 1198 dans la 13e. La diminution a porté notamment sur les décès par fièvre typhoïde, plus encore sur ceux par variole et aussi sur les décès par maladie de poitrine et par athrepsie. Cependant les décès par rougeole montrent une faible tendance à l'augmentation (de 17 à 19), ainsi que ceux par érysipèle : de 8 (dont 2 dans les hôpitaux) à 10 (dont 4 dans les hôpitaux). Mais ce sont surtout les décès par affections puerpérales qui sont en hausse : de 7 (dont 2 dans les hôpitaux) à 13 (dont 6 dans les hôpitaux); il y a là un point noir à signaler particulièrement à MM. les accoucheurs et à Mmes les sages-femmes. Dr BERTILLON.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

JUGEMENT

D'un jugement rendu au profit de M. DOIN, libraire-éditeur, demeurant à Paris, place de l'Odéon, n° 8, contre M. GARDY, pharmacien, demeurant à Paris, rue Caumartin, n° 45, par la troisième chambre du tribunal civil de la Seine, le quatre mars mille huit cent quatre-vingt, enregistré, il a été extrait ce qui suit :

Le Tribunal, ouï en leurs conclusions et plaidoiries Porée, avocat, assisté de Lemonnier, Milliard, avocat, assisté de Leboucq, avoué de Gardy, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort;

Attendu que Gardy, pharmacien à Paris, est vendeur d'un produit pharmaceutique dit l'*huile de gabian*, qu'il fait connaître au public au moyen d'annonces dans les journaux;

Attendu que, pour augmenter cette publicité, et dans un intérêt facile à comprendre, il a fait faire un tirage à part d'un article de M. le docteur René Blache sur l'*huile de gabian*, paru le quinze décembre mille huit cent soixante-dix-huit, dans le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, dont Doin, libraire-éditeur, est le gérant, et dont le comité de rédaction se compose de MM. les professeurs Bouchardat, Le Fort et Potain;

Attendu que Gardy a enveloppé cet article-réclame d'une couverture simulant par la couleur celle du *Bulletin de thérapeutique*, et sur laquelle le titre du *Bulletin* s'étale avec des lettres et des caractères complètement semblables;

Attendu qu'il a envoyé ledit article ainsi enveloppé et plié, de telle façon que le titre seul de *Bulletin* sautait aux yeux, à tous les médecins de France;

Attendu qu'il est constant pour le Tribunal qu'en agissant ainsi, sans l'aveu et sans l'autorisation du demandeur, Gardy a attiré l'attention et placé son produit sous le patronage du *Bulletin de thérapeutique* et des éminents professeurs qui le dirigent; que les destinataires des brochures, trompés par les moyens employés par lui, ont dû même croire à un envoi fait par l'administration du *Bulletin de thérapeutique;* qu'il est certain, dans tous les cas, que l'administration des postes a partagé cette erreur, puisqu'elle a fait retour audit *Bulletin* des brochures dont les destinataires étaient inconnus;

Que sans doute Gardy avait le droit de publier l'article du docteur René Blache, puisque celui-ci ne se plaint pas, mais qu'il devait le faire dans les conditions ordinaires de ces réclames, en mettant sur la couverture de la brochure, en grosses lettres, comme titre : *De l'emploi de l'huile de gabian, etc., etc.*, et plus bas en petits caractères : *Extrait du Bulletin de la Société de thérapeutique*, comme au surplus l'administration du *Bulletin* l'avait fait elle-même dans le tirage spécial qu'elle avait fait pour le docteur Blache; qu'il n'était pas permis à Gardy, à l'aide des procédés relevés plus haut, d'associer l'administration du *Bulletin de thérapeutique* à une véritable réclame commerciale, et faire croire au public qu'elle y consentait à raison des avantages pécuniaires qu'elle pouvait en tirer;

Que Gardy a ainsi nui à la réputation de l'administration du *Bulletin de thérapeutique*, et lui a causé un préjudice dont il lui doit réparation;

Attendu que le Tribunal possède les éléments suffisants pour apprécier la juste indemnité qui lui est due;

Par ces motifs :

Fait défense à Gardy de livrer au public aucune brochure portant en grosses lettres sur la couverture le titre d'*Extrait du Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, à peine de vingt-cinq francs de dommages-intérêts par chaque contravention régulièrement constatée;

Condamne Gardy à payer à Doin, administrateur-gérant dudit *Bulletin*, pour les causes sus-énoncées, une somme de deux cents francs à titre de dommages-intérêts;

Ordonne l'insertion du présent jugement dans deux journaux médicaux au choix du demandeur et aux frais de Gardy; dit toutefois que le coût de chaque insertion ne dépassera pas cent cinquante francs;

Sur le surplus des conclusions des parties, dit n'y avoir lieu à statuer;

Condamne Gardy en tous les dépens, dont distraction est faite au profit de Lemonnier, avoué, qui l'a requise aux offres de droit.

Signé : QUÉRENET et MOREL.

Fait et jugé par MM. Quérenet, président; Monsarrat, Delahaye et Hélie, juges; en présence de M. Dupont, substitut de M. le procureur de la République; assistés de Morel, greffier.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

SUR LA PART QUI REVIENT AUX INFLUENCES RESPIRATOIRES DANS LA DÉGLUTITION, LA RUMINATION ET LE VOMISSEMENT.

Depuis quelques années, plusieurs travaux ont mis en relief l'influence de certains mouvements respiratoires dans l'accomplissement des premiers actes mécaniques de la digestion; on a montré que le passage des aliments de la cavité buccale dans le pharynx, et du pharynx dans l'œsophage, était puissamment aidé par l'augmentation de l'aspiration thoracique. Ces faits résultent surtout des expériences de M. Arloing (thèse doct. ès sciences, Paris. G. Masson. 1877).

Des recherches du même genre, entreprises pour élucider le mécanisme de la rumination, ont amené leur auteur, M. Toussaint, à confirmer les résultats obtenus par M. Arloing (thèse doct. ès sciences, Lyon. 1877). M. Toussaint avait déjà annoncé que, pour s'exécuter, la déglutition réclame à la fois le concours du diaphragme et des côtes. (*Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 24 août 1879.)

Enfin, dans une thèse récente, *Sur les actes mécaniques du vomissement*, M. Arnozan a invoqué la même influence, l'aspiration thoracique, pour expliquer un acte absolument inverse de la déglutition, le vomissement. (Arnozan, thèse doct. V. A. Delahaye et Cie. Paris. 1874.)

A première vue, il peut paraître inadmissible qu'une influence commune, l'augmentation de l'aspiration thoracique, intervienne comme condition essentielle dans des actes aussi complètement différents, et puisse provoquer l'introduction des matières alimentaires dans l'œsophage dans deux sens opposés. Cependant, le fait de la remontée du bol alimentaire de l'estomac dans l'œsophage, pendant l'acte physiologique de la rumination, a été péremptoirement démontré par M. Toussaint comme le résultat immédiat d'une brusque augmentation de l'aspiration thoracique : dès lors, il peut paraître naturel que le passage des aliments de l'estomac dans l'œsophage, pendant la première phase du vomissement, relève d'une influence de même nature. Mais comme le rapprochement admis par certains auteurs (Flourens) entre la régestion des substances alimentaires, dans l'acte de la rumination et dans l'acte du vomissement, n'est pas regardé comme légitime par certains autres (Toussaint), nous croyons devoir examiner la question dans son ensemble. Nous étudierons le fait de l'exagération de l'aspiration thoracique dans ses rapports avec la déglutition pharyngienne et œsophagienne, avec la régestion des aliments, phénomène normal chez les ruminants, pathologique chez l'homme et les autres mammifères dans l'acte du vomissement.

I. *Influences qui font progresser le bol alimentaire de la bouche dans le pharynx.* — Indépendamment des contractions musculaires des parois du canal bucco-pharyngien, qui jouent un rôle incontestable sur la progression du bol alimentaire, il faut admettre que le bol est *attiré* dans la cavité du pharynx par une *véritable aspiration*. Haller (*Elem. phys.*, 1777), avait déjà pressenti l'aspiration pharyngienne : « Les mêmes causes, dit-il, qui élèvent le larynx ne peuvent » pas ne pas tirer aussi le pharynx en haut; or, tiré en haut, » il se dilate, d'autant plus que le larynx, éloigné des vertè» bres et porté en avant, augmente cet espace dont une di» mension est la distance des vertèbres du cou à la paroi an» térieure du pharynx, et encore la langue avec sa racine étant » portée un peu en avant, augmente la cavité du pharynx.» (Haller, *loc. cit.*, IV, p. 90.) Plus tard, M. Maissiat, dans sa thèse, énonce très nettement le fait de l'aspiration pharyngienne. « Une conséquence évidente du transport en avant de

FEUILLETON

Note pour servir à l'histoire de l'ovariotomie en France : M. le docteur Jules Worms.

Les intéressantes communications faites récemment à l'Académie de médecine, par MM. Tillaux, et Duplay et qui réhabilitent d'une façon éclatante l'hystérotomie, injustement condamnée sept années auparavant par une commission académique, nous ont remis en mémoire les difficultés qu'avait rencontrées autrefois en France l'introduction de l'ovariotomie. Il nous a paru intéressant de remonter jusqu'à cette époque, encore si rapprochée de nous, et de retracer quelques épisodes relatifs à cette grande conquête de la chirurgie du dix-neuvième siècle.

Plusieurs auteurs avaient déjà fait connaître en France les résultats obtenus par les chirurgiens étrangers, par le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire. En 1847, M. Chéreau publiait dans l'*Union médicale* une *Esquisse historique de l'ovariotomie*, mais ce travail, ainsi que la plupart de ceux qui parurent à cette époque envisageait surtout le côté statistique de la question et ne présentait pas des conclusions formelles en faveur de la nouvelle opération.

Ce n'est qu'en 1856 que la question fut portée devant l'Académie de médecine, où elle n'y fut pas du reste approfondie avec tout le soin qu'elle comportait. On ne peut se reporter sans une certaine tristesse à la mémorable discussion qui occupa ce corps savant et qui eut pour point de départ une communication de M. Barth, sur le traitement des kystes ovariens par les injections iodées. Les plus illustres chirurgiens de la savante compagnie émirent des opinions qu'ils regretteraient certainement aujourd'hui, si la mort ne les avait pas enlevés avant qu'ils aient pu assister au triomphe de l'ovariotomie. Tous les hommes compétents qui siégeaient

l'os hyoïde et du larynx, c'est l'ampliation du pharynx derrière eux : il devra donc s'y faire ventouse. » (Maissiat, th. de Paris, 1838.) L'auteur exagère même l'importance de ce phénomène physique quand il dit : « Ainsi l'atmosphère me suffit, et je ne puis accepter plus grande force, etc... » M. Guinier, dans les expériences qu'il pratiqua sur lui-même, reconnut « un acte d'aspiration de l'œsophage, agissant sur le bol à la manière d'une ventouse, dans l'acte normal de la déglutition ». (*Gaz. hebd.* 1865, p. 436.)

Ce phénomène de l'aspiration pharyngienne mis en doute par un certain nombre de physiologistes (Debrou, Bérard, Longet, Moura, etc.), a été définitivement démontré par M. Arloing dans ses expériences sur le cheval, faites à l'aide d'ampoules manométriques et d'appareils enregistreurs. (*Compt. rend. de l'Ac. des sciences*, 2 novembre 1874, et th. doct. ès sciences, Paris 1877.) Le même phénomène était reconnu et indiqué exactement à la même date (Académie des sciences, 2 novembre 1874), par M. Carlet, qui expérimentait sur lui-même. D'accord sur le fait, ces deux auteurs diffèrent au sujet de l'interprétation : pour M. Carlet, la dépression pharyngienne résulte du soulèvement du voile du palais; pour M. Arloing, elle est la conséquence du soulèvement du pharynx, du mouvement de bascule du larynx en haut et en avant et d'une exagération simultanée de l'aspiration thoracique. Le diaphragme, en s'abaissant brusquement, produit, en effet, la fixation du pharynx par l'intermédiaire de l'œsophage tendu, et raréfie l'air au-devant du bol. Le désaccord entre M. Carlet et M. Arliong nous semble plus apparent que réel: il est probable que les causes invoquées de part et d'autre pour produire l'aspiration pharyngienne interviennent en réalité : le soulèvement du voile du palais a été directement démontré (Maissiat, procédé du manomètre nasal; Debrou, Menière, mouvement communiqué à un stylet; Bidder; Robert; Maisonneuve, cas cliniques, examen direct sur le chien); ce soulèvement doit donc intervenir pour raréfier l'air dans la cavité du pharynx; mais il est probable que son influence est peu importante par rapport à celle des conditions invoquées par M. Arloing.

De ces conditions, il en est une que nous retenons comme essentielle, l'exagération de l'aspiration thoracique. Nous allons voir cette influence jouer le rôle principal dans le passage des aliments du pharynx dans l'œsophage.

II. *Influences qui font cheminer le bol alimentaire dans l'œsophage.* — On sait depuis longtemps que le conduit œsophagien subit l'influence des variations de l'aspiration thoracique; M. Goubaux a mis le fait en évidence en montrant que le niveau de l'eau dans un tube de verre fixé à l'œsophage du cheval s'abaisse pendant l'inspiration, s'élève pendant l'aspiration. Dans maintes circonstances on se sert de la cavité œsophagienne pour l'étude des variations de la pression intra-thoracique sur les animaux (Ceradini, Luciani, Franck).

Il suit de là que, quand le bol alimentaire est engagé dans l'œsophage, il subit une série de compressions et de décompressions qui favorisent sa descente vers l'estomac (Arloing). Mais on ne se représenterait pas ces influences comme suffisantes : il s'y ajoute, en effet, le resserrement des parois elles-mêmes qui s'opère de haut en bas, dans les conditions physiologiques.

C'est surtout pour déterminer l'introduction des substances alimentaires dans la partie supérieure de l'œsophage que l'aspiration thoracique se montre efficace : M. Toussaint a particulièrement insisté sur ce point. « La dépression thoracique, dit-il, a évidemment pour effet de dilater l'œsophage au-devant du bol alimentaire ou de la gorgée de liquide et de lui favoriser ainsi la traversée de ce conduit (*loc. cit.*, 72). Il est même très remarquable que la trachéotomie, bien qu'établissant une communication permanente entre la cavité trachéale et l'air extérieur, ne supprime point cette influence aspiratrice du thorax, en raison sans doute de la brusquerie de l'acte musculaire qui provoque la dépresison thoracique. Nous retrouverons l'analogue de ce fait dans l'étude du vomissement.

Ce qui précède établit que *la pénétration du bol alimentaire dans le pharynx et dans l'œsophage est activement favorisée par l'exagération de l'aspiration thoracique, pendant l'acte de la déglutition.*

Cette même influence va se montrer non moins active dans l'accomplissement d'un acte inverse, physiologique chez certains animaux, la régestion des matières que contient l'estomac, pendant la rumination. Nous aurons à chercher, après l'examen rapide de ces faits, si la régestion accidentelle des aliments, dans l'acte du vomissement, peut s'interpréter de la même façon.

III. *Influences qui produisent la remontée des matières alimentaires de l'estomac vers la bouche dans l'acte normal de la rumination.* — La part essentielle qui revient à l'aspiration thoracique dans l'exécution de cette régestion a été démontrée avec beaucoup de talent par M. Toussaint dans sa thèse déjà citée. Il s'est inspiré d'une idée souvent émise par

---

alors dans l'illustre assemblée, à l'exception toutefois de Cazeaux, formulèrent une condamnation en règle et qui parut sans appel. Il n'est pas du reste sans intérêt de reproduire les passages les plus saillants de leurs discours.

Citons d'abord Malgaigne qui s'était acquis une si grande réputation comme chirurgien et comme critique. « Il a été beaucoup question en Amérique et en France de l'extirpation des kystes ovariques, *opération qui me paraît trop radicale et de nature à mettre les femmes trop absolument à l'abri de toute récidive.* Les statistiques alléguées ne prouvent rien; on sait ce que valent ces statistiques, où tous les succès sont ramassés et où manque la liste des revers. » On le voit, Malgaigne ne se contentait pas de déployer sa verve ironique contre les ovariotomistes, mais il mettait encore en doute la bonne foi des chirurgiens, qui, comme Spencer Wells, avaient pratiqué l'opération à l'étranger.

L'opinion de Cruveilhier, quoique plus raisonnée, n'en est pas moins explicite. « *Il n'y a point de traitement curatif pour les kystes multiloculaires*, disait l'éminent pathologiste, car il n'y aurait qu'un moyen de guérison, ce serait leur extirpation; et, bien que cette extirpation des kystes de l'ovaire ait été en quelque sorte inspirée par l'isolement du kyste, par l'intégrité parfaite des organes environnants, par la facilité du procédé opératoire; bien qu'elle ait été pratiquée un certain nombre de fois avec succès, surtout en Angleterre et en Amérique, je ne pense pas que cette opération hardie doive prendre droit de cité en France. Le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires. » Au moins, Cruveilhier entourait-il sa condamnation de motifs sérieux; mais nous n'en regrettons pas moins que le grand maître de l'anatomie pathologique, qui avait fait lui-même de si belles recherches sur les kystes ovariens, se soit montré hostile au seul procédé qui permet d'en obtenir la guérison.

Continuons nos citations académiques. De même que Malgaigne, Velpeau met en doute la bonne foi des premiers ovariotomistes. « L'extirpation des ovaires malades, dit-il, *est une*

M. Chauveau dans ses cours et qui se résume ainsi : « Au moment de la régestion, la glotte se ferme, puis survient une contraction très énergique et très brusque du diaphragme, ayant pour résultat une raréfaction considérable de l'air dans la cavité thoracique, diminution de pression se manifestant au dehors par un appel énergique du sang des jugulaires et qui doit avoir la même action sur les matières du rumen rapprochées de l'œsophage... »

Cette théorie a été de point en point confirmée par l'expérience, et M. Toussaint, auquel on doit cette confirmation, a fourni la contre-épreuve en produisant directement, par l'excitation du nerf phénique avec occlusion des voies respiratoires, la synthèse de la régestion dans la rumination.

Ayant étudié à fond la question du mécanisme de la rumination, il a abordé celle du mécanisme du vomissement, se demandant si ce dernier acte ne devait pas être identifié avec le premier, s'il y avait lieu de répéter avec Flourens « que la rumination est le vomissement propre des animaux ruminants. »

M. Toussaint est arrivé à conclure contre tout rapprochement : pour lui les phénomènes respiratoires sont exactement inverses dans l'acte de la rumination et dans l'acte du vomissement : « Dans le vomissement, dit-il (*loc. cit.*, p. 84), il y a pression intrathoracique considérable, déterminée par un abaissement actif des côtes; contraction diaphragmatique lente et bientôt brusque; contraction des muscles abdominaux qui parviennent à vaincre la résistance de la pression et chassent avec effort les substances dans l'œsophage. »

M. Toussaint étudiait les variations de la pression intrathoracique par l'examen de la pression trachéale qui nous paraît insuffisante.

Les conclusions de M. Arnozan, déduites d'explorations faites par des procédés différents sont tout autres : pour lui le vomissement se décompose en deux phases. La première, caractérisée par le passage des aliments de l'estomac dans l'œsophage et tout à fait semblable à la régestion de la rumination et reconnaît comme elle l'excès d'aspiration thoracique pour condition essentielle ; la seconde phase, phase d'effort, phase d'expulsion, correspond tout à fait à la description que donne M. Toussaint du vomissement tout entier : il en résulterait que la phase préparatoire de cet acte aurait échappé à ce dernier, ou tout au moins n'aurait pas attiré suffisamment son attention. Nous allons exposer les raisons de ces deux opinions différentes.

IV. *Influences qui interviennent dans l'acte du vomissement.* — 1° Dans la phase préparatoire, caractérisée par le passage des matières alimentaires de l'estomac dans l'œsophage, il se produirait une augmentation de l'aspiration thoracique avec abaissement du diaphragme et augmentation de la pression abdominale ; le contenu de l'estomac, sollicité à se déplacer par la différence des pressions abdominale et thoracique, passe de l'estomac dans l'œsophage ; 2° dans la phase expulsive, le rejet des matières s'opère sous l'influence d'un effort auquel participent énergiquement les puissances abdominales et thoraciques.

Tel est le mécanisme indiqué par M. Arnozan tel qu'il semble résulter des expériences faites avec nous-même sur un grand nombre de chiens. On voit que le point essentiel est de démontrer la réalité de la phase d'aspiration thoracique, seul fait en litige. Cette recherche a été faite en explorant simultanément la pression intra-thoracique et la pression abdominale : l'exploration de la pression intrathoracique n'a point été pratiquée par l'examen seul de la pression de l'air dans la trachée, procédé qui renseigne insuffisamment sur les variations de la pression pleurale ; on a employé, soit une canule plongeant dans la plèvre, ou une ampoule manométrique introduite dans l'œsophage, en combinant avec l'un ou l'autre mode d'exploration l'examen de la pression dans la trachée; d'autre part, on a exploré la pression abdominale avec une ampoule poussée dans l'estomac par l'œsophage, introduite dans la cavité abdominale ou encore dans le rectum. De la comparaison des résultats enregistrés à l'aide de ces différents procédés, MM. Arnozan et François-Franck avaient conclu que le passage des aliments de l'estomac dans l'œsophage, se fait pendant une phase d'exagération de l'aspiration thoracique et d'augmentation de la pression abdominale et sous l'influence directe de ces deux conditions réunies. Ils avaient même pu signaler l'instant du passage des aliments au niveau du cardia en faisant expulser une ampoule manométrique aux animaux. D'un autre côté, quelques faits pathologiques, notamment celui sur lequel a insisté M. Sappey dans un rapport à l'Académie de médecine sur une observation de M. Patry (1863), montrent que les aliments s'accumulent dans l'œsophage avant d'être rejetés au dehors; un certain nombre de notions physiologiques fournies par Hunter, Bérard, plus récemment par Lüttich, viennent à l'appui de la théorie de l'aspiration thoracique combinée à l'augmentation de pression abdominale dans la phase initiale du vomissement. Mais il faut insister sur ce fait que la phase préparatoire peut être extrêmement courte,

---

opération affreuse, qui doit être proscrite, *quand même les guérisons annoncées seraient réelles.* » Huguier et Jobert, tout aussi explicites, employaient cependant des termes plus modérés. Mais la phrase la plus curieuse, et qui dépeint bien l'état d'excitation dans lequel se trouvaient les orateurs, est celle prononcée par Moreau : « Pour moi, disait le fameux obstétricien, *je pense que cette opération doit être rangée dans les attributions des exécuteurs des hautes œuvres.* »

Une voix cependant se fit entendre en faveur de la nouvelle opération. C'est celle de Cazeaux, dont la timide protestation mérite d'être citée. « Mais enfin, disait l'orateur, n'y-a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine? Je ne veux que toucher à cette question, car je sais que ma réponse rencontrera dans cette enceinte peu de sympathies et que, pour la justifier, je serais obligé d'entrer dans de trop longs développements. Toutefois, je ne veux pas quitter cette tribune, sans protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs contre l'extirpation des ovaires : avant de proscrire, il faut examiner, et l'on n'a pas suffisamment examiné. »

Ces citations n'ont pas besoin d'être entourées de longs commentaires; elles montrent comment on accueillait alors en France les innovations qui nous arrivaient d'outre-mer. Ce qui nous console, c'est que l'ovariotomie n'était pas mieux accueillie en Allemagne. Le pontife de la chirurgie germanique, Dieffenback, écrivait en 1848 : « L'opération ne profite ni à la malade ni au médecin; l'idée d'ouvrir le ventre d'une femme malade et cachectique atteinte d'une tumeur de l'ovaire, n'est ni pratique ni rationnelle. » Plus tard, Kiwisch, Scanzoni et Gustave Simon émirent une opinion non moins défavorable, et l'ovariotomie rencontra en Allemagne une vive opposition jusqu'en 1864. Hâtons-nous de dire qu'à cette époque elle était déjà acceptée dans notre pays.

L'anathème lancé en pleine Académie contre l'extirpation des kystes de l'ovaire n'était pas fait pour encourager les chirurgiens. La question était à peu près abandonnée en France,

correspondre à une seule impliation, la glotte étant fermée, et passer inaperçue à l'observation extérieure; que cette même phase, tout en présentant une certaine durée, peut s'accuser par des phénomènes extérieurs d'une faible intensité et dès lors n'être accessible qu'à un examen très attentif; qu'enfin l'exploration de la pression de l'air dans la trachée peut ne point exprimer les faibles variations de l'aspiration thoracique. D'un autre côté, le vomissement se produisant encore malgré la trachéotomie, on pourrait objecter à l'opinion ci-dessus développée que l'exagération de l'aspiration thoracique ne joue point forcément le rôle qui lui est assigné, puisque le vomissement se produit encore malgré la suppression de la condition essentielle à l'augmentation du vide pleural, c'est-à-dire l'isolement de la cavité trachéo-bronchique et de l'atmosphère. L'expérience répond que, malgré la communication de la trachée avec l'air extérieur, l'abaissement brusque du diaphragme crée encore une aspiration thoracique et une augmentation de pression abdominale suffisante pour provoquer le passage des aliments de l'estomac dans l'œsophage, mais que cet effet est plus lent, qu'il s'opère un plus grand nombre d'abaissements successifs du diaphragme et que la contraction des parois abdominales intervient, comme par compensation, avec une plus grande énergie.

Malgré toutes ces raisons fournies par l'expérience sur les animaux et par un essai sur un garçon de laboratoire qui s'est offert à déglutir notre double sonde gastro-œsophagienne, on discutera peut-être l'importance de l'aspiration thoracique combinée à l'augmentation de pression abdominale pour expliquer le passage des aliments de l'estomac dans l'œsophage : toutefois, la réalité du fait ne peut être contestée.

Nous arrivons, à la fin de cette revue de l'intervention des puissances respiratoires dans quelques-uns des actes mécaniques qui ont leur siège dans l'appareil digestif, à cette conclusion générale : *L'aspiration thoracique, s'exagérant par l'abaissement du diaphragme seul ou combiné avec l'élévation des dernières côtes, prend une part essentielle à la pénétration des aliments dans l'œsophage : que ces aliments proviennent de la cavité bucco-pharyngée (déglutition) ou de l'estomac (rumination, vomissement).*

François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note sur un cas de paralysie spontanée du plexus brachial (avec intégrité du nerf médian) et sur quelques localisations rares de paralysie du plexus brachial, par le docteur I. Straus, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon.

Les cas de paralysie traumatique du plexus brachial ou d'un certain nombre de branches de ce plexus sont loin d'être rares; il suffit de rappeler les paralysies que l'on voit survenir à la suite des luxations ou des fractures de la tête de l'humérus, ou à la suite de la compression exercée sur le plexus ou ses racines par une tumeur ganglionnaire ou autre; les paralysies du membre supérieur consécutives à l'application du forceps ou à certaines manœuvres de l'accouchement chez le nouveau-né (paralysies obstétricales de Duchenne) rentrent dans la même catégorie de faits bien connus.

Il en est tout autrement du fait qui constitue l'objet de cette note, et qui, à ma connaissance, est jusqu'ici unique dans la science. Il s'agit d'un cas de paralysie *spontanée* de toutes les branches du plexus brachial, sauf le nerf médian. Cette paralysie, qui portait à la fois sur les filets moteurs et sensitifs, a présenté les caractères fondamentaux suivants : apparition des fourmillements et de la paralysie motrice le matin, au réveil; extension rapide de la paralysie motrice à tous les muscles de l'extrémité supérieure, sauf à ceux qu'innerve le médian; répartition analogue des troubles sensitifs, occupant, quoique dans une mesure variée, toute la zone cutanée innervée par les branches terminales du plexus brachial, la sphère d'innervation du médian seule étant épargnée; à l'exploration électrique, conservation de la contractilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs atteints; guérison rapide (en sept semaines environ) et totale de la paralysie motrice et sensitive.

Ces traits rappellent beaucoup, sauf la distribution anatomique différente et les troubles sensitifs plus accusés, ce que l'on observe dans la paralysie dite *a frigore* ou *rhumatismale* du nerf radial. C'est, en effet, dans le même groupe de paralysies périphériques à pathogénie encore bien obscure, que me paraît rentrer le cas dont il s'agit ici, et dont je vais donner la relation avant tout commentaire.

Cette observation a été recueillie sous mes yeux avec un grand soin par M. Tuffier, externe dans mon service.

Obs. *Paralysie spontanée de toutes les branches du plexus brachial, le médian excepté, portant à la fois sur la motilité et la sensibilité. — Intégrité complète des filets moteurs et sensitifs*

---

lorsqu'elle fut reprise par M. Jules Worms, dans un remarquable travail, paru dans la *Gazette hebdomadaire* en 1860. Notre confrère, après avoir donné une analyse détaillée des observations d'ovariotomie publiées en Angleterre et en Amérique, se prononçait d'une manière formelle en faveur de la nouvelle opération, dont il donnait d'une façon très précise les indications et les contre-indications. « Voici les conditions, disait alors M. Worms, dont il m'a semblé convenable que l'existence fût nettement et pour chacune d'elles également, démontrée, pour que l'ovariotomie puisse devenir un moyen légitime et efficace de salut pour la malade, et constituer pour le chirurgien une entreprise telle que ni sa conscience, ni sa considération n'auront rien à redouter d'aucune des conséquences qu'elles pourraient avoir. » Ces indications sont alors formulées de la façon la plus précise par l'auteur. Voici les trois plus importantes :

Pour pratiquer l'ovariotomie, disait M. Jules Worms en 1860, il faut : 1° que la gravité de la maladie dépende uniquement de la présence d'une tumeur de nature kystique de l'ovaire; 2° que les autres moyens de curation moins dangereux que l'extirpation aient été vainement mis en usage; 3° que la santé de la malade soit assez compromise pour que la mort doive être considérée comme certaine et prochaine.

Le mémoire de M. Worms, attira vivement l'attention de Nélaton, qui s'était abstenu de prendre part à la mémorable discussion académique dont nous avons parlé plus haut. L'habile chirurgien vint trouver M. Jules Worms pour obtenir de plus amples renseignements sur la question; il se décida ensuite à faire un voyage en Angleterre pour voir opérer les chirurgiens anglais; à son retour, il était ovariotomiste convaincu. On peut en juger par la leçon clinique qu'il fit à l'Hôtel-Dieu à la fin de l'année 1860, leçon qui n'était du reste que la reproduction du mémoire de M. Jules Worms. Nous ne voudrions diminuer en rien la gloire du grand chirurgien ; mais nous sommes forcé de reconnaître qu'il n'a pas dans cette circonstance rendu pleine justice au collaborateur

du nerf médian. — Conservation de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs paralysés.— Guérison rapide et complète par la faradisation. — Le nommé Thomas (Victor), âgé de trente-trois ans, écrivain aux Halles centrales, entre dans mon service, à l'hôpital Tenon, salle Saint-Augustin, n° 8, le 6 juin 1879. C'est un homme trapu, très vigoureux et très fortement musclé. Il se présente absolument incapable de mouvoir l'extrémité supérieure droite, qu'il soutient avec la main gauche.

Quatre ou cinq jours avant son entrée (1 ou 2 juin), le matin, au réveil, il éprouva dans la main droite, jusqu'au niveau du poignet, des fourmillements et de l'engourdissement. En même temps son avant-bras et son bras lui paraissaient plus lourds.

Le malade ne s'était exposé à aucun refroidissement appréciable; il s'était couché bien portant, sans fenêtre ouverte, avait dormi comme d'habitude, sans se souvenir d'avoir pris une fausse position dans son lit. Il n'éprouvait, du reste, ni fièvre, ni douleur, ni aucun malaise. Jamais il n'a été malade jusqu'ici; il n'a jamais eu de rhumatisme. Il passe sa journée à écrire et n'a récemment subi aucune chute ni aucun traumatisme.

Le lendemain et le surlendemain l'engourdissement et les fourmillements gagnèrent tout le bras; en même temps survint un affaiblissement graduel du membre, qui, au bout de deux jours, aboutit à l'impossibilité de soulever ou de fléchir l'avant-bras, la main et le bras, et de serrer un objet quelconque.

A son entrée on est frappé, outre l'immobilité du bras droit, d'une rougeur intense, avec turgescence légèrement œdémateuse de la peau remontant jusqu'au moignon de l'épaule, mais plus accusée à la main et à l'avant-bras. La tuméfaction et la rougeur sont tellement prononcées qu'à son entrée les élèves crurent à un rhumatisme articulaire; mais le membre n'est nullement douloureux, les articulations entièrement souples et libres.

Outre les fourmillements et l'engourdissement, le malade accuse une sensation de froid dans le membre immobilisé, et au toucher on constate un abaissement notable de la température du côté malade (malheureusement la mensuration de la température locale du membre n'est pas pratiquée).

On procède à un examen plus attentif des troubles de la motilité, et l'on constate tout d'abord tous les signes de la *paralysie du radial :* chute de la main, impossibilité d'étendre les doigts et le poignet, abolition des mouvements de latéralité des doigts. Le long supinateur est paralysé également : quand on place l'avant-bras à angle droit sur le bras, et qu'on dit au malade de résister à l'extension imprimée au membre, la corde saillante du long supinateur fait défaut, tandis qu'elle se dessine vigoureusement sur le membre du côté gauche soumis à la même épreuve.

La flexion des doigts est très faible et imparfaite, quand on dit au malade de fermer la main abandonnée à elle-même; mais quand on a soin de relever le poignet étendu sur l'avant-bras, la flexion des doigts est très énergique (intégrité des muscles fléchisseurs des doigts). Toutefois, on remarque que le mouvement de flexion du petit doigt et de l'annulaire est un peu plus faible.

Les mouvements d'*adduction* de la main sont impossibles; en outre, les doigts ne peuvent être écartés les uns des autres, et l'adduction directe du pouce ne peut s'effectuer; il en est de même de son abduction et de la flexion de la dernière phalange du pouce, qui sont impossibles.

Du reste, l'attitude de la main est caractéristique; il y a flexion des premières et des secondes phalanges (griffe incomplète du cubital).

Veut-on faire fléchir l'avant-bras sur le bras, ou inversement faire étendre ces parties, on constate l'impuissance totale du triceps, du brachial antérieur et du biceps. Le nerf musculo-cutané est donc pris aussi.

De même, l'*abduction* directe du bras est impossible; la saillie du moignon de l'épaule semble aplatie, alors cependant que les mouvements de totalité de l'omoplate sont conservés (paralysie du nerf circonflexe). On néglige malheureusement l'étude attentive des mouvements de rotation du bras, et notamment les fonctions du muscle sous-épineux ne sont pas interrogées.

Il existe donc une *paralysie (motrice) de tous les nerfs du bras; le médian seul n'est pas atteint.*

L'exploration des troubles de la *sensibilité* confirme ces premières données.

Dans toute l'étendue du membre thoracique qui serait comprise entre une ligne qui prolongerait la clavicule sur le moignon de l'épaule et la ligne du carpe, la sensibilité est obtuse et diminuée, tant la sensibilité tactile que la sensibilité à la douleur. L'anesthésie occupe donc la zone cutanée innervée par les nerfs circonflexe, brachial cutané interne et par les filets sensitifs du radial, du cubital et du musculo-cutané. Le bord interne du bras est absolument insensible au contact, au pincement et à la piqûre; son bord externe ne présente qu'une obtusion très marquée de la sensibilité.

Mais c'est à la main que les phénomènes sont le plus remarquables.

A la *face palmaire,* la région thénar, le pouce, l'index, le médius, la partie externe de l'annulaire, ont conservé intacte leur sensibilité. Au contraire, la face *interne* de l'annulaire et le petit doigt, avec l'éminence hypothénar, présentent une anesthésie complète (paralysie du cubital, intégrité du médian).

A la *face dorsale,* la distribution de l'anesthésie est plus curieuse encore : toute la région carpienne, le petit doigt, le bord interne de l'annulaire, le bord externe de sa première phalange, les premières phalanges du médius, de l'index et un peu la deuxième du pouce sont insensibles. Cependant l'anesthésie est plus marquée pour le bord cubital que pour le bord radial des doigts.

La face externe des deux premières phalanges de l'annulaire, et la peau de la phalangine et de la phalangette du médius, de l'index et en partie de la première phalange du pouce est absolument sensible (filets de Henle et de G. Richelot).

On voit donc que la sensibilité, ainsi que la motilité, est abolie dans la sphère du circonflexe, du radial, du cubital, du musculo-cutané, du brachial cutané interne; *conservée dans la sphère du médian.*

L'exploration électrique fournit les résultats suivants : la contractilité, tant faradique que galvanique, des muscles paralysés est intacte. L'excitation électrique de la peau anesthésiée n'est pas ressentie.

Ajoutons que l'examen attentif du creux axillaire et de l'espace sus-claviculaire ne permet de constater l'existence d'aucune tuméfaction ganglionnaire.

Traitement : Electrisation faradique des muscles paralysés, une séance de dix minutes tous les deux jours.

Le 10 juin, après la seconde séance d'électrisation, le biceps et le brachial antérieur commencent à recouvrer leur fonction : le malade put fléchir volontairement l'avant-bras.

Le 18, la sensibilité revient dans le pouce, l'index et le médius

---

de la *Gazette hebdomadaire,* dont les recherches l'avaient mis sur la voie et lui avaient fait connaître les résultats encourageants obtenus en Angleterre et en Amérique.

M. Jules Worms ne s'était pas du reste contenté d'exposer dans son remarquable mémoire les avantages que présentait l'ovariotomie; il avait procédé, avec l'aide de M. le docteur Richard à l'extirpation d'une tumeur kystique de l'ovaire. Cette opération, qui doit être considérée comme la première ovariotomie faite en France, fut suivie d'insuccès et n'eut pas un grand retentissement. On sait du reste, que les premiers essais de Nélaton furent très malheureux et contribuèrent plutôt à susciter de nouveaux adversaires à l'ovariotomie qu'à augmenter le nombre de ses partisans. C'est ce qui eut lieu également en Allemagne à la suite des déplorables opérations de Langenbeck et de Kiwisch. Quoi qu'il en soit, l'ovariotomie pratiquée avec succès à Strasbourg par M. Kœberlé en 1862, était déjà acclimatée en France, alors que les chirurgiens de l'Allemagne la répudiaient comme un acte de barbarie.

Nous pensons donc que, si l'ovariotomie a été introduite et pratiquée en France plusieurs années avant d'avoir été acceptée par les chirurgiens allemands, c'est grâce au travail publié par M. Jules Worms en 1860, mémoire qui eut pour résultat d'attirer l'attention de Nélaton sur cette opération que la précédente condamnation de l'Académie de médecine semblait proscrire à tout jamais de la chirurgie française. Nous devons rendre justice à notre distingué confrère. *Cuique suum.*

A. Lutaud.

Asile des aliénés. Crime. — L'asile des aliénés de Clermont (Oise), dirigé par un ancien député, possède une ferme où l'on emploie certains malades aux travaux des champs. Un chef d'escouade a étranglé un des aliénés à la suite d'une altercation entre eux. L'assassin est en fuite. Le directeur est suspendu de ses fonctions.

(face dorsale); en même temps, le malade peut effectuer de légers mouvements d'extension de la main et de l'avant-bras. On constate aussi le retour manifeste de la sensibilité à la région externe de l'avant-bras et à la partie interne du bras.

Le 24, la sensibilité reparaît sur le bord interne de l'avant-bras (face postérieure).

Deux jours après, la sensibilité d'abord, puis le lendemain quelques mouvements de latéralité se manifestent dans la région animée par le nerf cubital. Pendant tout ce temps, la paralysie du deltoïde et l'anesthésie de la région externe du bras (moignon de l'épaule) persistèrent complètement. Le 29 juin seulement, le malade peut exécuter un léger mouvement d'abduction du bras, et on sent manifestement le deltoïde se contracter sous la peau. Pendant ce temps, les mouvements de l'avant-bras avaient repris leur force habituelle. Le deltoïde fut le plus long à récupérer l'intégrité de ses fonctions. Le 8 juillet seulement, le malade put élever son bras à angle droit par rapport au tronc, et encore difficilement et sans pouvoir résister à la pression.

De même, une zone très nette d'anesthésie dans la peau de l'épaule, innervée par le nerf circonflexe, persiste jusqu'au 12 juillet; la sensibilité y demeure obtuse jusqu'au 20 juillet, alors qu'elle avait reparu sur tout le reste du membre.

Le 24 juillet, cette zone cutanée présente encore une légère différence de sensibilité.

Le 26 juillet (sept semaines après son entrée), le malade sort complètement guéri de sa paralysie motrice et sensitive.

En envisageant la marche générale de l'affection, on voit que les nerfs recouvrèrent leurs fonctions dans l'ordre suivant : 1° musculo-cutané (au bout de deux jours); 2° radial; 3° brachial cutané interne; 4° cubital; 5° circonflexe. Quant à la marche comparée du retour de la sensibilité et de la motilité, nous la trouvons parallèle et simultanée pour le radial et le cubital; dans le circonflexe seul, les mouvements ont précédé de beaucoup le retour de la sensibilité. Enfin, la restitution des deux fonctions semble s'être faite de la périphérie à la racine du membre.

Il est impossible de ne pas voir dans cette observation un cas de paralysie *spontanée* du plexus brachial, portant sur tous les nerfs de ce plexus, à l'exception du nerf médian. La distribution tant sensitive que motrice de ce dernier nerf avait été complètement épargnée, avec une précision tout à fait anatomique, et au point de permettre, chez notre malade, de constater avec la plus complète évidence le trajet des nerfs de sensibilité récurrente fournis par le médian au radial, et de vérifier une nouvelle fois l'exactitude de la description de Henle et de Richelot (1).

Cette paralysie est survenue rapidement, un matin, au réveil, et devint complète au bout de quarante-huit heures. L'influence d'un refroidissement n'a pas pu être établie; le malade s'était couché très bien portant; il n'était pas en sueur; il ne s'est pas endormi la fenêtre ouverte. Aussi, quoique la paralysie offre tous les caractères des paralysies dites *à frigore*, le fait du refroidissement, s'il a existé, a passé inaperçu. Ajoutons que le sujet n'a jamais eu de rhumatisme ni de douleurs rhumatismales.

S'agirait-il d'une contusion ou d'une compression éprouvée par le plexus brachial, et cette paralysie rentrerait-elle dans la classe des paralysies traumatiques? On sait que M. Panas, dans un mémoire remarquable (2), a tenté d'établir cette origine traumatique (compression, fausse position au moment du sommeil) pour l'immense majorité, sinon pour la totalité des cas de paralysie idiopathique du nerf radial; quoique l'opinion qu'il soutient soit trop exclusive, elle a eu néanmoins le mérite d'appeler l'attention sur les nombreuses causes mécaniques capables d'entraîner des paralysies du radial, qu'autrefois, sans plus ample contrôle, on rangeait dans la catégorie des paralysies *a frigore*.

(1) Les phénomènes voso-moteurs et l'étal de la températuro du membre paralysé auraient mérité une étude plus attentive que celle à laquelle nous nous sommes livré. Les premiers jours de la paralysie, le membre, surtout les doigts, la main et le poignet, étoient rouges, visiblement tuméfiés, au point de présenter un aspect presque phlegmoneux; il existait donc une distension vaso-paralytique évidente. On sait que de semblables phénomènes vasculaires ont été également signalés dans la paralysie du nerf radial.

Le membre paralysé nous a paru *plus froid* que le membre sain; on s'est contenté de la simple application de la main. Il est regrettable que des mensurations thermométriques exactes n'aient pas été pratiquées, surtout dans le but de vérifier les recherches intéressantes de M. Terrillon. On sait, en effet, que ce chirurgien a constaté que, dans les cas de contusion ou de compression des nerfs du bras, on observe un *abaissement* durable de la température des doigts correspondants, tandis qu'à la suite de la solution de continuité complète des nerfs c'est une élévation de température qu'on observe. (Terrillon, *Contribution à l'étude de la contusion des nerfs mixtes*, in *Arch. de physiol. normale et pathol.*, 1877, p. 265-273.)

(2) *Arch. de méd.*, 1873, p. 672.

Néanmoins, dans notre observation, l'hypothèse d'une compression nous paraît inadmissible, et cela pour plusieurs motifs. Le malade ne paraît pas avoir affecté une fausse position pendant son sommeil; il a passé la nuit dans son lit, et non, comme dans bon nombre de paralysies du radial, sur un fauteuil, ou accoudé sur le rebord d'un banc, sur les marches d'un escalier, etc.

Du reste, si le nerf radial, par sa position dans la gouttière humérale, se prête aisément aux causes de compression qui peuvent l'atteindre lors d'une fausse position gardée pendant le sommeil, il n'en est pas de même du plexus brachial, admirablement protégé par la loge que lui fournit le creux axillaire. Enfin (et c'est là, selon moi, l'argument décisif), il serait difficile de comprendre comment une compression (si compression il y avait eu) aurait pu porter sur toutes les branches du plexus brachial, le nerf médian excepté, ce nerf occupant précisément une position moyenne au milieu du plexus, et étant par conséquent, par sa topographie même, fatalement exposé aux mêmes conditions de compression que les nerfs voisins.

La seule hypothèse que je crois permise est celle d'une lésion congestive ou subinflammatoire des branches du plexus atteintes (névrite légère), hypothèse qui est aussi celle qui a cours généralement pour l'explication des paralysies dites *a frigore* du radial et du nerf facial. Quant à interpréter l'intégrité si curieuse qu'a présentée, dans mon cas, le nerf médian, j'avoue que je n'ai aucune explication plausible à fournir.

Les recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré pour retrouver un fait analogue sont demeurées infructueuses. Toutefois, elles m'ont fait prendre connaissance de quelques faits nouveaux, signalés il y a quelques années par M. le professeur Erb (de Heidelberg), et après lui par M. E. Remak. Ces faits sont très instructifs au point de vue de la localisation précise de certaines formes rares de paralysies, tant spontanées que traumatiques, du plexus brachial. Quoique les observations en question n'aient proprement pas de rapport direct avec l'objet de cette note, je crois cependant bien faire en les faisant connaître. C'est une nouvelle preuve que, malgré les travaux de Duchenne (de Boulogne), de Panas, d'Onimus, tout n'est pas encore dit, il s'en faut, sur la localisation des paralysies périphériques de l'extrémité supérieure.

M. le professeur Erb a communiqué au congrès des naturalistes de Heidelberg, pour l'année 1874, une note intitulée : *Sur une localisation particulière de paralysie dans le plexus brachial* (1). Les faits qu'il relate, quoique différant à beaucoup de points de vue de celui que nous avons observé, s'en rapprochent cependant, et méritent à tous égards d'être signalés.

Ces faits sont au nombre de quatre, très brièvement résumés dans la note de M. Erb. Ils sont relatifs à des paralysies du membre supérieur remarquables par un groupement spécial et constant des muscles atteints par la paralysie. Ce qui caractérisait, en effet, ces paralysies, c'est qu'elles ne correspondaient pas à la distribution d'une seule des branches principales du plexus brachial; elles portaient *simultanément* sur un certain nombre de muscles innervés par différentes branches du plexus brachial, et sur les mêmes muscles dans tous les cas observés.

(1) *Ueber eine eigenthümliche Localisation von Læhmungen im Plexus brachialis* (*Verhand. des Heidelb. Naturhist. med. Vereins*, 1875, N. S., p. 130). — Un résumé très succinct de cette note se trouve dans *Centralbl. f. med. Wiss.*, 1876, p. 396.

M. Erb fait remarquer qu'il ne saurait, dans ces cas, être question d'une paralysie portant sur les branches du plexus (nerf axillaire, radial, médian, etc.), mais bien sur les racines même de ce plexus. La symptomatologie de ces *paralysies radiculaires* n'est pas encore étudiée; elle mériterait cependant de l'être, car il est probable que chaque racine du plexus brachial contient toujours les mêmes ou à peu près les mêmes fibres motrices et sensitives; d'où la possibilité, quand des documents suffisants auront été recueillis, de déterminer, par le groupement des troubles moteurs et sensitifs, le siège de la lésion dans l'une ou l'autre de ces racines.

Voici les faits observés par M. Erb, tels qu'il les résume lui-même dans sa communication.

Obs. I. — Conrad Sauer, âgé de cinquante-deux ans, cordier. Malade depuis cinq semaines, après avoir porté un lourd fardeau sur la tête. Les débuts furent marqués par de la douleur et de la raideur dans la moitié gauche de la nuque et dans l'épaule gauche, qui se propagèrent dans le bras gauche jusque dans les doigts; en même temps, engourdissement du pouce et de l'index et faiblesse du bras telle que le malade ne pouvait plus le soulever. A l'exploration: *paralysie complète du deltoïde gauche, du biceps, du coraco-brachial et du long supinateur*. Le court supinateur paraît très affaibli. Les autres muscles de l'épaule, du bras et de la main, intacts.

Au pouce et à l'index, sensation d'engourdissement; légère diminution de la sensibilité. A l'exploration électrique, réaction de dégénérescence incomplète. Les muscles s'atrophient pendant le cours de la maladie. Guérison au bout de sept semaines d'un traitement galvanique.

Il s'agit dans ce cas, manifestement, d'une névrite traumatique d'une partie du plexus brachial.

Obs. II. — J. A. Ressinger, trente-huit ans, boulanger. Chute il y a dix jours, dans un escalier, sur la main gauche étendue, l'épaule portant contre la muraille. Aussitôt, faiblesse du bras, douleur dans le pouce, engourdissement dans la région de l'épaule et dans la moitié supérieure du bras.

A l'examen: *paralysie complète du deltoïde gauche, du biceps, du coraco-brachial* (l'état du long supinateur n'est pas noté). Tous les autres muscles du membre thoracique sains. Pas de troubles de la sensibilité. Dans les muscles paralysés, réaction de dégénérescence très accusée. Persistance très tenace de la paralysie; amélioration au bout de six mois de traitement seulement. Il s'agit dans ce cas d'une lésion traumatique d'une partie du plexus brachial.

Obs. III. — G. M. Kintzmeyer, dix-sept ans, cloutier. Début, il y a deux mois, par de l'engourdissement du pouce et de l'index gauches. Au bout de quinze jours, la paralysie se développe jusqu'au point où elle est aujourd'hui. *La cause de la maladie est indéterminée.* A l'exploration: *paralysie complète du deltoïde, du biceps, du coraco-brachial et du long supinateur;* plus tard, il s'y adjoignit la paralysie du *court supinateur* et du domaine d'innervation du *médian, à l'avant-bras et à la main.* Les autres muscles du membre sont intacts. Engourdissement dans la sphère de distribution du médian à la main et aux doigts. Réaction de dégénérescence incomplète, légère atrophie des muscles. Guérison après quatre mois de traitement par le courant galvanique. Diagnostic: névrite d'une partie du plexus brachial.

Obs. IV. — Stumpf, cinquante-deux ans, marchand. Souffre depuis six à huit semaines d'une paralysie du bras gauche qui s'est développée en quelques jours. En même temps, apparition dans la moitié gauche de la région cervicale d'une grosse tumeur ganglionnaire. Pas de douleurs, engourdissement pénible dans le pouce et l'index gauches.

A son entrée, on constate une *paralysie complète du deltoïde, du biceps et du coraco-brachial* (le long supinateur n'est pas exploré). Les autres muscles sont sains. Pas d'anesthésie, traitement galvanique sans résultat. Au bout de quelques semaines, apparition d'une paraplégie et mort rapide par carcinose généralisée. Diagnostic: compression de certaines parties du plexus brachial par les ganglions sus-claviculaires dégénérés.

On voit que, dans ces quatre observations, un certain nombre de muscles ont été constamment atteints, ce sont: le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial; presque toujours le long supinateur; plus rarement le court supinateur et le domaine de distribution du nerf médian. Ce groupement spécial de la paralysie ne saurait être le résultat d'un pur hasard, mais doit reconnaître une cause *anatomique* précise.

Les muscles en question sont innervés par des nerfs très différents: le deltoïde par le nerf circonflexe, le biceps et le coraco-brachial par le nerf musculo-cutané; le long et le court supinateur par le nerf radial; dans un cas, le médian a été compromis. *Le nerf cubital a toujours été épargné.*

La cause de la paralysie (quelle qu'elle soit) ne pouvait avoir son siège en un point quelconque du trajet des nerfs en question, au delà du plexus. Elle devait siéger plus haut, sur le plexus même ou, avec plus de vraisemblance, au niveau de l'une ou de plusieurs des racines du plexus, en un point où les filets moteurs destinés à ces muscles sont encore réunis et ne se sont pas encore répartis dans les diverses branches terminales du plexus.

Les anatomistes, comme le fait remarquer M. Erb, ne donnent que peu de renseignements sur la répartition des filets musculaires dans les racines du plexus brachial; surtout pour ce qui regarde l'homme, on ignore quels sont les muscles de l'extrémité supérieure auxquels se rend chacune des branches antérieures des quatre dernières paires cervicales et de la première dorsale. Cependant, il ressort des descriptions classiques comme des recherches anatomiques de M. Erb que ce sont principalement le cinquième et le sixième nerf cervical qui fournissent aux rameaux du plexus brachial intéressés dans les cas en question; tandis que le nerf cubital, toujours épargné, est surtout constitué par des filets provenant des racines inférieures du plexus brachial.

M. Erb a pu s'assurer de ce fait par l'exploration faradique du plexus brachial. En excitant, chez certains sujets appropriés, à l'aide d'une très fine électrode, un point déterminé, situé entre les deux chefs des scalènes et correspondant à l'émergence des cinquième et sixième nerfs cervicaux, il a réussi à faire *contracter simultanément* le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et les supinateurs, tous les autres muscles du membre demeurant au repos. Il est sans doute difficile, dans cette exploration, de ne pas exciter les autres filets du nerf radial; on y arrive cependant chez quelques sujets. Bien plus, on réussit parfois à exciter ces derniers filets isolément, de sorte qu'alors tous les muscles innervés par le radial se contractent, le long supinateur excepté. M. Erb en conclut que « c'est en un point du plexus brachial avoisinant les scalènes que se trouvent réunis les filets moteurs qui se trouvent constamment paralysés dans les observations sus-mentionnées ».

Il est donc vraisemblable, conclut M. Erb, que la lésion, dans les cas en question, siégeait au niveau du cinquième et du sixième nerf cervical (particulièrement sur les branches antérieures de ces nerfs). Quand il s'agit de processus capables de se propager le long du plexus (d'une névrite, par exemple), on s'explique aisément que, dans certains cas, d'autres branches du plexus brachial, le nerf médian, par exemple, participent à la paralysie. Mais ce qui est caractéristique, c'est la paralysie constante et simultanée du deltoïde, du biceps, du coraco-brachial et du long supinateur.

On voit donc, et là est l'intérêt de cette note de M. Erb, qu'il existe certaines combinaisons particulières de paralysies musculaires de l'extrémité supérieure, dans lesquelles, de par ce groupement de la paralysie, on est autorisé à localiser le siège de la paralysie dans les *racines* du plexus brachial, et surtout dans les deux racines supérieures.

Une combinaison analogue, ainsi que le fait remarquer M. Erb, se retrouve dans les paralysies dites *obstétricales*, décrites pour la première fois chez les nouveau-nés par Duchenne, à la suite d'accouchements pénibles. C'est surtout le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, et en outre le sous-épineux qui sont paralysés dans ces cas. M. Erb se croit autorisé à en conclure que la cause traumatique ne porte pas, comme le

croyait Duchenne, sur le creux axillaire; mais plutôt sur la base du cou, dans le voisinage des scalènes; il s'agirait, en un mot, non pas d'une compression du plexus lui-même ou de ses branches terminales, mais bien de ses racines et surtout de ses racines supérieures. Ce qui le prouve, en outre, c'est la participation à la paralysie du muscle sous-épineux dont le nerf émane, comme l'on sait, du faisceau d'origine le plus élevé du plexus, du cinquième ou sixième nerf cervical.

M. Remak (Ernest) a présenté à la Société de médecine de Berlin (*Zur Pathol. der Lähmungen des Plexus brachialis* in *Berl. klinische Wochenschr.*, 1877, n° 9) une malade atteinte de paralysie du plexus brachial, reproduisant presque identiquement le type de la paralysie radiculaire brachiale de M. Erb. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, chez laquelle, sans cause appréciable (si ce n'est peut-être le froid), se développa subitement une paralysie du bras droit. La paralysie porte sur le muscle deltoïde, le biceps, le coraco-huméral, le long et le court supinateur. Les autres muscles (y compris le sous-épineux) du membre thoracique sont intacts. Pas de troubles de la sensibilité, ni de troubles vaso-moteurs. Les muscles atteints sont notablement atrophiés et présentent au plus haut degré la réaction de dégénérescence.

Sur cette malade, M. Remak pratiqua, sous les yeux des membres de la Société de médecine de Berlin, l'exploration électrique des racines supérieures du plexus brachial, d'après le procédé de M. Erb. En plaçant une électrode au niveau de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale, sur le bord externe du sterno-mastoïdien, du *côté sain* (droit) il provoqua, à l'aide d'un courant galvanique faible, une contraction du long supinateur; avec un courant plus fort, une contraction simultanée du deltoïde, du biceps et du coraco-huméral. La même exploration, faite du côté gauche (paralysé) ne provoqua aucune contraction.

Dans ce cas, la localisation de l'affection (névrite rhumatismale d'après l'auteur) au niveau du cinquième et du sixième nerf cervical, semble difficile à révoquer en doute.

M. E. Remak relate brièvement trois observations analogues qu'il a eu occasion de recueillir, où la maladie était d'origine traumatique ou résultait de la présence d'une tumeur dans la région sus-claviculaire.

Nous ferons remarquer la fréquence relative de cette forme spéciale de paralysie du plexus brachial, puisque, depuis que M. Erb a attiré l'attention sur elle, il en existe trois nouveaux cas dans la littérature. M. E. Remak explique cette fréquence par la disposition spéciale du point d'émergence des cinquième et sixième nerfs cervicaux qui correspond à l'angle rentrant formé par la réunion du cou et de l'épaule; disposition qu'il appelle un véritable *locus minoris resistantiæ*, tant pour les causes morbides spontanées que pour les traumatismes. Cette explication est très acceptable et s'applique, du reste, comme l'a fait M. Erb, également aux paralysies dites obstétricales des nouveau-nés.

On voit que les observations de M. Erb et de M. Remak et celle qui m'est personnelle sont d'ordre tout différent, quoique également instructives au point de vue de la localisation des paralysies périphériques du membre supérieur. Les faits de MM. Erb et E. Remak se rapportent à des cas de paralysie de la variété grave (atrophie des muscles atteints, perte de la contractilité faradique et galvanique, réaction de dégénérescence, guérison lente et pénible) liée à des processus intenses, telle que la compression exercée par des tumeurs, la névrite traumatique, exceptionnellement la névrite spontanée; ces faits montrent, en outre, la possibilité d'une localisation pré:ise, *au delà* du plexus, sur telle ou telle de ses racines.

L'observation que j'ai relatée établit au contraire, pour la première fois, l'existence d'une paralysie spontanée (névrite légère du plexus brachial) se rapprochant, quant à la marche de la paralysie et aux réactions électriques des muscles et des nerfs, du type commun des paralysies dites *à frigore* du nerf radial; paralysie portant sur les branches terminales du plexus brachial, *en deçà* de ce dernier, ainsi que le prouve péremptoirement, dans mon cas, l'intégrité du nerf médian. Il est permis de penser que, quand l'attention sera plus spécialement dirigée sur ce point, des faits analogues au mien seront signalés, sans doute avec des variantes de la localisation de la paralysie sur les diverses branches du plexus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

HYGIÈNE RESPIRATOIRE. — M. *G. Fels* adresse, de Barmen (arrondissement de Düsseldorf), une note relative aux appareils imaginés par M. *Loeb* (de Berlin) pour protéger les organes respiratoires contre les accidents dus à l'inhalation de poussières, gaz ou miasmes divers. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

SUR QUELQUES ALTÉRATIONS DES CAPSULES SURRÉNALES. Note de M. *Bochefontaine*. — Les faits observés depuis longtemps par l'auteur démontrent, ce qui est du reste généralement admis aujourd'hui, que le ramollissement des capsules surrénales ne détermine pas la maladie d'Addison; mais ils ne pourraient être invoqués pour établir qu'il y a un rapport nécessaire entre les lésions médullaires des capsules surrénales et les maladies mentales, notamment la méningo-encéphalite chronique diffuse : car il faudrait prouver auparavant qu'ils ne se présentent pas chez les individus morts de diverses maladies autres que les affections mentales. Or, ses recherches récentes conduisent à une conclusion contraire. Ces recherches portent sur cinquante-deux adultes de tout âge, morts depuis la fin de décembre dernier, dans les services de clinique de l'Hôtel-Dieu, de pneumonie, de pleurésie, de fièvre typhoïde, de tuberculose, d'affections cardiaques, de cirrhose hépatique, de cancer de l'estomac, du foie, des poumons, du pancréas, de néphrite parenchymateuse, d'abcès du cervelet, d'embolie pulmonaire graisseuse, d'infection purulente, d'étranglement herniaire, etc. Presque tous les sujets âgés de moins de quarante ans ont offert des capsules normales, tandis que ceux qui avaient dépassé la quarantaine présentaient pour la plupart des capsules altérées, comme les aliénés. Le ramollissement de la substance centrale des capsules n'est donc pas une lésion spéciale aux maladies mentales; il ne peut cependant pas être considéré comme un phénomène de sénilité. On doit conclure seulement que le ramollissement cadavérique des capsules se produit plus facilement chez les individus avancés en âge.

Sur les cinquante-deux sujets examinés au laboratoire de clinique de l'Hôtel-Dieu, l'auteur a étudié un autre point de l'histoire des capsules surrénales : le rapport qui pourrait exister entre les lésions de la substance capsulaire centrale et la présence de la matière chromatogène devenant rose, signalée il y a vingt-trois ans par M. Vulpian dans la substance médullaire des capsules. Cette recherche établit qu'il n'y a pas de rapport entre le ramollissement de la substance médullo-capsulaire et la matière chromatogène rouge, même dans le ramollissement hémorrhagique de la substance centrale, comme je l'ai vu dans deux cas de pneumonie gangréneuse hémorrhagique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Léon Colin comme membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. le ministre de l'intérieur rappelle à l'Académie le désir qu'il lui a déjà exprimé d'avoir son avis sur la substitution de la margarine au beurre dans la préparation des aliments destinés aux malades dans les asiles d'aliénés.

M. *le Secrétaire perpétuel* fait un pressant appel à la commission de la margarine, la priant de vouloir bien se réunir pour discuter cette question et répondre à la demande de M. le ministre.

M. *le Président*, de son côté, croit devoir faire un appel pressant à MM. les rapporteurs des prix de l'Académie; il les prie de vouloir bien hâter leurs rapports, s'ils ne veulent retarder indéfiniment la séance générale.

L'Académie reçoit : 1° Des lettres de candidature de MM. Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier et A. Ferrand pour la section de thérapeutique; de MM. Baudrimont et Prunier pour la section de pharmacie. — 2° Une lettre de M. Bonjean relative à la dernière communication de M. Boissarie, sur les dangers de l'ergotine.

A cette occasion, M. *Depaul* dit avoir depuis longtemps constaté les inconvénients de l'ergotine, qui lui paraît être un médicament infidèle; il l'a remplacée par l'ergot de seigle.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente : 1° Au nom de M. le docteur Fort, un nouveau lithotome. — 2° Au nom de M. Ch. Dubois, un nouveau polypotome.

M. *Latour* présente, au nom de M. le docteur Richelot, une collection de mémoires sur la station thermale du Mont-Dore.

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur Da Cunha Bellem, un ouvrage intitulé : *La vie médicale sur les champs de bataille.*

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur Marvaud, une *Etude critique sur les fièvres de l'Algérie.*

Allaitement artificiel. — M. *Devilliers* fait une communication relative à la dernière délibération du conseil municipal ayant pour but la création d'un service d'allaitement artificiel à l'hospice des Enfants assistés.

Après avoir rappelé les discussions qui ont occupé l'Académie sur cette question, discussions qui ont abouti à la condamnation de ce mode d'allaitement, M. Devilliers propose d'adresser des remerciements à M. Delpech, qui a défendu les opinions de l'Académie devant le conseil municipal.

L'orateur entre ensuite dans quelques détails sur les faits qui ont motivé la décision de l'Académie en 1877, et dont on trouvera la relation dans notre compte rendu de cette année (voy. *Gaz. hebdom.*, 1877). Il rappelle que l'Académie, loin de négliger l'étude de l'allaitement artificiel comme on l'en accuse, a mis cette question au concours pour le prix de l'hygiène de l'enfance. Il conclut par les propositions suivantes :

1° L'allaitement artificiel pratiqué au sein de la famille, et avec toutes les précautions exigées, réussit souvent.

2° L'allaitement artificiel pratiqué loin de la famille ne donne le plus souvent que des résultats médiocres et assez souvent fâcheux.

3° Quant à l'allaitement artificiel pratiqué en grand, et dans les établissements hospitaliers, la plupart des auteurs le considèrent comme devant être une cause de dépopulation infantile.

M. *Jules Guérin* fait observer qu'au sein de l'Académie se trouve une minorité, dont il fait partie, et qui ne peut accepter sans protestation les conclusions de M. Devilliers. Il proteste donc énergiquement et reste convaincu que l'allaitement artificiel, aujourd'hui combattu, finira dans un temps donné par être accepté.

Rapport sur la peste. — M. *J. Rochard* commence la lecture d'un rapport très intéressant et très écouté, au nom de la commission de la peste, dont il faisait partie, avec MM. Bouillaud, Pasteur, Bouley, Fauvel, Davaine, Marey et Jaccoud.

La lecture de ce rapport, qui est très étendu, demandera trois séances. Nous en ferons connaître les conclusions lorsqu'il aura été terminé.

Du refroidissement du corps par l'eau. — M. *Colin* donne lecture d'un mémoire très développé intitulé : *Sur le refroidissement du corps par l'eau; actions de la pluie, des aspersions et du bain froid.*

C'est dans l'eau, dit l'auteur, que le refroidissement du corps s'opère avec la plus grande rapidité; c'est dans ce milieu, entre zéro et + 15 degrés, que la calorification animale lutte avec le moins d'avantage contre la déperdition due à la conductibilité et au rayonnement. L'eau, même à la température des puits ou des sources, appliquée en affusion continue dans des régions plus ou moins étendues de la peau, peut, sans modifier notablement l'état de l'ensemble du tégument, produire dans les parties mouillées une réfrigération de 8, 10, 12 degrés en un quart d'heure, et de 22 à 24 degrés en une demi-heure, de sorte que la peau tombe de 11 à 12 degrés, c'est-à-dire à une température égale, quelquefois inférieure à celle du milieu ambiant. Cette énorme réfrigération se produit plus vite sur la peau nue que sur celle qui est couverte de poils. Dans tous les cas, elle ne reste pas limitée à la surface, mais s'étend au tissu cellulaire sous-cutané, au réseau veineux, au pannicule adipeux et au muscle peaucier.

La peau une fois refroidie ne reprend pas sa chaleur avec la rapidité qu'elle avait mise à la perdre; son refroidissement tend à persister, au moins à un certain degré, surtout lorsque la réaction n'est pas provoquée par des moyens artificiels.

En général, le temps employé au réchauffement est triple ou quadruple de celui du refroidissement. Le réchauffement, qu'il soit spontané ou provoqué, est rapide au début, puis d'autant plus lent qu'il se rapproche de son terme; il s'arrête souvent pour un temps très long à 1 ou 2 degrés au-dessous du point initial. Comme il se fait aux dépens du calorique emprunté aux parties profondes, celles-ci se refroidissent proportionnellement à l'étendue des pertes éprouvées à la surface du corps. De là des accidents qui surviennent dans les parties où la contribution n'est pas facilement supportée.

Lorsque le refroidissement porte sur la totalité de la peau, comme dans les cas d'immersion, il s'opère suivant les lois du refroidissement partiel; mais en outre il détermine celui du corps avec une rapidité inverse de la masse de l'animal et de la température de l'eau.

Dans l'un et dans l'autre cas, la peau refroidie au contact du liquide s'empare du calorique des parties sous-jacentes. La double déperdition, si le corps est dans le bain froid, peut faire baisser la température centrale de 10 à 12 degrés en une heure, sur un animal de la taille du chien.

L'abaissement de la température intérieure, bien qu'il soit plus lent dans l'eau de source que dans l'eau voisine de zéro, tue habituellement dans des délais de même durée; l'animal meurt dès que sa température intérieure tombe à 25 degrés. Il ne périt dans l'eau plus froide qu'au moment où cette température est descendue à 20, à 15 et même à 10 degrés centigrades.

Le refroidissement dans l'eau ne diffère du refroidissement dans l'air qu'au point de vue de la rapidité avec laquelle il se produit. Le même animal qui supporte nu et sans abri pendant plusieurs jours des froids de 15 degrés au-dessous de zéro, sans que sa température baisse sensiblement, est tué en quelques heures dans l'eau à + 15 degrés, c'est-à-dire dans un milieu à 30 degrés au-dessus de la température atmosphérique.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Gangrène sèche des extrémités dans la fièvre typhoïde : M. Richard. — Folliculite chancreuse de la vulve : MM. Gouguenheim et Bruneau. — Lupus de la voûte palatine : M. Guyot.

M. *E. Besnier* donne lecture d'une lettre de M. le docteur Richard (de Philippeville), relatant deux cas de gangrène sèche des extrémités survenue dans le cours de la fièvre typhoïde chez deux jeunes gens habitant sous le même toit. Il y eut perte d'une partie des orteils. M. Richard pense que, dans ce cas, comme dans ceux de gangrène symétrique décrits par M. Maurice Raynaud, la gangrène est d'origine spinale. De la parésie des membres inférieurs et des troubles de la miction chez l'un des malades semblent confirmer cette opinion.

— M. *Gouguenheim* lit un travail fait, avec son interne M. Bruneau, à l'hôpital de Lourcine, en 1879, sur la *folliculite chancreuse de la vulve* ou *chancre mou folliculaire*. En présence de deux cas de folliculite aiguë suppurée, M. Gouguenheim s'est demandé si l'on n'avait pas affaire à une variété spéciale de chancre simple, et, après le résultat positif des inoculations, il entreprit des recherches sur cette affection.

La folliculite chancreuse résulterait manifestement, d'après lui, d'un contact direct, mais l'action du virus semblerait localisée sur les follicules pilo-sébacés du tégument externe. On l'a observée surtout à la face externe des grandes lèvres, et aussi dans les plis génito-cruraux, au pubis, dans la rainure interfessière ou les plis radiés de l'anus; une seule fois à la face interne de la grande lèvre.

Lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'autres lésions des organes génitaux, cette affection est indolore, occasionnant à peine un peu de démangeaison, d'où son début souvent inaperçu. Si elle coexiste avec un écoulement vaginal, celui-ci détermine au niveau de la folliculite des cuissons fort douloureuses. Elle débute par un ou jusqu'à cinq et six points rouges grands comme une tête d'épingle, légèrement papuleux, et présentant à leur centre un poil ou un fin pertuis du calibre d'une aiguille. Après vingt-quatre à quarante-huit heures, les bords s'élargissent, deviennent saillants, et le centre se déprime, soit par rupture d'une vésico-pustule blanchâtre, soit par un affaissement lent. Ces boutons atteignent leur volume maximum, celui d'une lentille ou d'un haricot, en cinq ou six jours. L'orifice central s'est agrandi, ses bords sont taillés à pic ou déchiquetés, et le pertuis déjà signalé admet parfois un stylet de trousse. Au toucher : nodule dur, roulant sous le doigt, presque indolore, d'où l'on exprime un liquide purulent peu abondant. Le fond du cratère est sec ou rempli d'une masse pulpeuse jaunâtre qui s'élimine graduellement. Si la folliculite chancreuse n'est pas accompagnée de chancres mous ordinaires, elle ne détermine pas d'adénite inguinale. La coexistence de chancres mous doit être notée avec soin, le pus de ces derniers paraissant, dans quelques cas, avoir inoculé consécutivement les follicules pilo-sébacés.

Cette affection revêt parfois, après quelques jours, la forme du chancre mou vulgaire; la sécrétion purulente augmente, et la marche est celle du chancre; parfois aussi plusieurs ulcérations se réunissent en décollant la peau, et on verrait apparaître alors l'adénite inguinale. Dans d'autres cas, le caractère boutonneux persiste pendant toute la durée de la maladie, c'est-à-dire trois à quatre semaines, et l'élimination du *mastic* jaunâtre central laisse une cicatrice déprimée en étoile, ou une tache violacée avec induration souvent assez durable.

M. Gouguenheim, dans plusieurs cas, de même que M. Fournier, n'a pas pratiqué l'inoculation, celle-ci ayant été spontanée entre deux plis cutanés, ou le diagnostic n'ayant pas besoin de ce contrôle. Lorsqu'elle a été pratiquée, on a observé une véritable période d'incubation relativement considérable : neuf, douze et jusqu'à dix-huit et vingt jours, tandis que, d'après tous les auteurs, l'inoculation du chancre mou ordinaire donne un résultat positif après cinq à six jours; neuf jours au plus dans une observation de M. Fournier. M. Gouguenheim renonce à expliquer cette anomalie.

Passant au diagnostic, il se demande si la plupart des cas décrits comme folliculite aiguë simple ne sont pas des cas de folliculite chancreuse, dont ils offrent les symptômes et la marche, le contrôle de l'inoculation ayant été négligé. Il différencie cette affection des folliculites syphilitiques de M. Fournier, soit de la forme *sèche hypertrophique*, sorte d'hypertrophie épidermique d'apparence verruqueuse et revêtant bientôt l'aspect de tubercules, puis de plaques muqueuses; soit de la forme *ulcéreuse abcédée*, plus analogue, au moyen du critérium de l'inoculation.

Les syphilides ulcéreuses tertiaires de la vulve offrent une ulcération plus irrégulière par amincissement progressif de la peau; pas de bourrelet saillant, d'ailleurs l'inoculation est encore la véritable pierre de touche du diagnostic. Pourrait-on confondre l'herpès de la vulve, les plaques muqueuses tuberculeuses et ulcérées, les furoncles, l'acné, avec la folliculite chancreuse? L'erreur sera facilement évitée.

Le traitement de l'affection a consisté dans l'attouchement avec une solution de nitrate d'argent au cinquième, et le pansement à l'iodoforme si l'ulcération s'étendait tant soit peu. De ce travail basé sur cinq observations qui lui sont communes avec M. Bruneau, et cinq autres communiquées par M. Fournier, M. Gouguenheim tire les conclusions suivantes :

1° La folliculite chancreuse ou chancre mou folliculaire occupe le plus souvent la face externe des grandes lèvres. 2° Elle présente un caractère *boutonneux* spécial qui l'a fait souvent confondre avec la folliculite vulvaire aiguë simple. 3° L'état folliculaire peut persister pendant toute la durée de la maladie. 4° L'état folliculaire peut disparaître après quelques jours et la lésion prendre l'aspect du chancre simple vulgaire. 5° Le chancre simple vulgaire coïncide souvent avec le chancre folliculaire. 6° La folliculite chancreuse succède souvent au chancre simple ordinaire, mais l'inverse se produit également. 7° Elle peut exister seule indépendamment de toute autre ulcération. 8° Les complications du côté des ganglions de l'aine sont rares. 9° La folliculite chancreuse évolue dans l'espace de trois à quatre semaines. 10° La folliculite chancreuse est inoculable. 11° L'inoculation, contrairement à ce qui arrive presque toujours dans le chancre mou ordinaire, a présenté *une période d'incubation* dont la durée s'étend de huit à vingt jours. 12° Le diagnostic de la maladie, quand elle n'est pas accompagnée du chancre mou ordinaire, est impossible sans l'inoculation. 13° La plupart des observations de *folliculite aiguë simple suppurée*, reproduites dans les auteurs, sans le critérium de l'inoculation, doivent être regardées comme des cas de folliculite chancreuse. 14° L'existence de la folliculite vulvaire aiguë simple suppurée est donc fort hypothétique. 15° La folliculite ulcéreuse secondaire pourrait bien n'être qu'un chancre mou folliculaire évoluant sur un terrain syphilitique.

M. *Fournier* ne croit pas la folliculite aiguë simple aussi *hypothétique* que semble l'admettre M. Gouguenheim; il présente des moulages de cette lésion, qu'il reconnaît d'ailleurs peu fréquente. Les mamelons en sont, ajoute-t-il, moins gros; sa terminaison est plus rapide et n'offre pas la dégénérescence chancreuse. D'ailleurs l'inoculation sera toujours souverain juge.

Il appelle l'attention sur le fait du résultat tardif des inoculations de folliculite chancreuse; ce sont là des cas exceptionnels. Dans le cas de chancre simple, on a ordinairement un résultat non douteux au bout de vingt-quatre heures. M. Gouguenheim n'aurait-il pas pratiqué des inoculations

intradermiques ou hypodermiques et non sous-épidermiques, ce qui retarde toujours l'éclosion des phénomènes? Il est vrai qu'il s'agit ici de retards de dix-huit et même vingt jours! M. Fournier retrace l'aspect des deux variétés de folliculite syphilitique : 1° *La folliculite hypertrophique sèche*, série de mamelons hémisphériques, pleins, résistants, rouges, indolores, siégeant sur la peau ou les muqueuses, ombiliqués au sommet, que souvent traverse un poil. 2° *La folliculite ulcéreuse :* c'est la forme précédente ulcérée, puis abcédée par ouverture d'un foyer de suppuration central. Elle se distingue du chancre mou, qu'elle simule, parce qu'elle reste plus longtemps folliculaire (deux à trois semaines) et donne des résultats négatifs par l'inoculation.

On observe des folliculites agminées formant sur la peau une tumeur framboesoïde entourée de folliculites isolées; l'ulcération consécutive peut atteindre plusieurs centimètres d'étendue. Longtemps M. Fournier a cru à des lésions *folliculaires*, mais un récent examen histologique a montré une hyperplasie *périfolliculaire;* il ne croit pas cependant devoir proposer le terme de *périfolliculite*.

M. *Gouguenheim* n'a pas nié la folliculite aiguë simple, il a seulement des doutes sur la plupart des observations où l'inoculation n'est pas relatée. Il pratique toujours l'inoculation à l'hôpital de Lourcine, et a vu des chancres mous ne pas donner de résultat positif; n'a-t-il pas eu affaire à des lésions très semblables, mais de nature différente? Il ajoute que toutes ses inoculations ont été sous-épidermiques.

M. *Fournier* pense que, lors d'inoculation négative de chancres mous d'aspect incontestable, on était devant des cas de syphilides ulcéreuses *chancriformes*, ou de certaines ulcérations scrofuleuses peu connues, presque impossibles à distinguer par les signes objectifs seuls.

M. *Gouguenheim* a observé à Lourcine une femme se disant à deux reprises différentes atteinte de la même maladie, et chez laquelle des ulcérations vulvaires, en effet absolument identiques d'aspect, donnèrent à l'inoculation un résultat négatif la première fois, positif la seconde. L'inoculation est donc un critérium excellent; il faut toujours l'employer.

— M. *Guyot* présente un malade entré il y a huit jours dans son service. C'est un jeune homme de vingt-six ans, de parfaite santé antérieure, ne présentant pas d'antécédents héréditaires. Au mois de mai 1879, à la Martinique, à la suite de l'avulsion de la grosse molaire supérieure droite, il fut atteint d'un abcès de voisinage, puis d'inflammation et d'ulcération de la voûte palatine. Il fut traité par l'iode, le chlorure de zinc, l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, sans résultat. La lésion semblant s'aggraver, il revint en France il y a dix jours; depuis, traitement arsenical, gargarismes émollients. L'ulcération a diminué, elle est granuleuse, mamelonnée, les plis de la voûte palatine sont moins saillants. Est-ce une lésion de nature tuberculeuse ou scrofuleuse?

M. *Hillairet* se prononce pour un lupus.

M. *E. Besnier* croit difficile d'affirmer au premier aspect; il faut s'appuyer sur la marche et les renseignements étiologiques. La lésion semble, en effet, en voie de guérison, mais le lupus peut parfois guérir.

M. *Fournier* dit que l'épaississement de la muqueuse palatine, l'aspect mamelonné, granuleux sont caractéristiques du lupus, ainsi que la marche chronique de l'affection.

M. *Lailler* spécifie un lupus papillomateux à petites papilles. Doit-on croire à une guérison prochaine? ne doit-on pas craindre la transformation en cancroïde, qui est assez fréquente?

M. *Hillairet* confirme son diagnostic par l'état sillonné caractéristique de la seconde période du lupus. Il n'a jamais vu la transformation en cancroïde à la voûte palatine; il n'en est pas de même pour le lupus d'aspect papillaire de la bouche, des amygdales ou du pharynx.

M. *E. Besnier*, chez une malade atteinte d'un lupus incontestable de la face, a vu une lésion de la voûte palatine identique à celle du malade de M. Guyot.

M. *Constantin Paul* demande si cette lésion est douloureuse.

M. *Guyot*. Nullement, si ce n'est au passage des boissons alcooliques ou des mets fortement épicés. La pression est indolore.

M. *Constantin Paul* rappelle un cas, observé au bureau des nourrices, de *lupus* de la face avec lupus du voile du palais, qui était presque entièrement détruit, sans que la malade s'en fût presque aperçue, tant l'indolence était absolue.

M. *Guyot* admettait bien, chez son malade, une lésion scrofuleuse, mais hésitait sur le diagnostic de lupus. Faut-il, dès lors, craindre l'incurabilité?

M. *Lailler* pense qu'on ne s'entend pas toujours sur la valeur du terme lupus; pour lui, d'ailleurs, c'est une affection curable. Il engage M. Guyot à faire mouler la lésion de son malade, opération peut-être difficile, mais non impossible à cause de l'indolence absolue.

M. *Guyot* demande quel traitement il convient d'employer dans ce cas.

M. *Vidal* recommande les scarifications si le lupus n'atteint pas le voile du palais; le grattage sera utile pour achever la guérison. L'hémorrhagie n'est pas à craindre; elle s'arrête facilement à la voûte palatine par une légère compression.

M. *E. Besnier* a employé souvent ce procédé. Il le déclare très bon aux fosses nasales, aux gencives, à la voûte palatine; moins praticable et plus imparfait au voile du palais ou aux amygdales.

—M. *Hallopeau* offre à la Société, au nom de M. Lépine, l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* sur la pneumonie lobaire.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 MARS 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MARJOLIN.

Anesthésie par le bromure d'éthyle. — Fracture de l'extrémité supérieure du péroné. — Présentation de malades : fracture du coude. — Ligature de la carotide. — Résection de l'extrémité supérieure du tibia.

M. *Terrillon*, encouragé par l'exemple de Lewis, a pratiqué l'anesthésie générale avec le bromure d'éthyle, sur une malade de Lourcine, atteinte de fissure anale. Dès les premières inspirations, la femme eut une attaque d'hystérie qui se calma en quelques minutes; bientôt le sommeil anesthésique commença. Aussitôt la dilatation faite, au moyen du spéculum, la malade se réveilla complètement, sans hébétude ni phénomènes d'excitation. Il y eut deux vomissements et quelques nausées. 12 grammes de bromure d'éthyle avaient été employés.

— M. *Terrier*. M. Duplay a fait une communication sur la fracture de l'extrémité supérieure du péroné par arrachement et sur la paralysie consécutive du nerf sciatique poplité externe.

M. Terrier se souvient d'un cas analogue; seulement la fracture avait été produite par un choc direct. Un étudiant en droit fit une chute en descendant la rue Antoine-Dubois. On constata une fracture de l'extrémité supérieure du péroné avec peu de déplacement.

Quelques heures après l'accident, le membre était gonflé

et très douloureux; de vives douleurs persistèrent longtemps du côté du pied. L'anesthésie était limitée au département du nerf musculo-cutané. Au bout de huit jours, œdème à la face dorsale du pied avec douleurs névralgiques au même point. Les applications d'eau froide calmaient ces douleurs. Du côté de la fracture, rien de particulier.

Il survint des troubles trophiques du côté des muscles animés par le musculo-cutané; du côté de la peau, vésicules et desquamation épidermique. Après un mois, il y avait encore de l'anesthésie au pied; la fracture était consolidée.

M. *Verneuil* cite une observation. Un individu fit une chute et se fractura la jambe au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. M. Rose (de Zurich) entoura le membre d'ouate et de bandes silicatées. Malgré le voisinage de l'articulation et l'existence d'une plaie, il n'y eut pas d'accidents. Mais la réduction de la fracture n'était pas irréprochable; l'os formait un angle rentrant en avant; le cal était assez volumineux. Quand on retira l'appareil, M. Rose trouva que la consolidation n'était pas complète, et constata des troubles nerveux. Application d'un appareil plâtré. Le malade revient à Paris et demande M. Verneuil.

Il y a paralysie absolue des extenseurs des orteils; anesthésie de la peau, qui est violacée. La fracture est bien consolidée. On appliqua l'électricité pendant longtemps : la contractilité musculaire revint un peu. M. Verneuil fit faire un appareil pour éviter l'équinisme. Malgré trois mois d'immobilisation, les mouvements de l'articulation du genou étaient conservés.

M. *Le Dentu*. Quel est le mécanisme de la lésion du nerf? Est-ce une déchirure, une élongation ou une contusion? Dans une luxation du genou, on ne comprendrait pas la déchirure du nerf; s'il y a une déchirure du nerf, c'est spécial à cette fracture. Si le nerf est étiré ou comprimé, on peut établir une analogie avec d'autres lésions du genou. Un jeune homme eut les deux genoux luxés à la suite d'un enroulement par la courroie d'une machine; la réduction fut faite; au bout de quelques jours, le pied devint douloureux; anesthésie d'une partie de la peau du pied, avec troubles de la motilité. En ce cas, il y a eu probablement élongation et névrite consécutive.

M. *Terrier* ne croit pas que chez son malade il y a eu élongation du nerf; il admet que le nerf a été contus en même temps que l'os a été brisé.

M. *Périer* a dans son service un blessé qui a eu le coude pris entre deux tampons de wagons; contusion violente sans fracture; douleur et œdème à la main; paralysie des muscles animés par le nerf radial; amélioration sous l'influence de l'électricité.

— M. *Després* présente un malade qui a eu une fracture du coude compliquée de luxation. Le bras fut simplement placé dans une écharpe. Au bout de quarante-cinq jours, la fracture est consolidée et le malade jouit des mouvements de son bras.

— M. *Guéniot* fait un court rapport oral sur un mémoire de M. Mourgues, ayant pour titre : *Traitement de la métrorrhagie grave par la compression de l'aorte, le tamponnement et le seigle ergoté.*

— M. *Delens* a communiqué, il y a huit ou dix mois, une observation de ligature de la carotide primitive pour un anévrysme de l'origine de cette artère. La tumeur s'était reproduite; elle a presque disparu par l'application de la compression digitale intermittente. Le malade est présenté à la Société de chirurgie.

— M. *Pamard* (d'Avignon) a communiqué deux observations de résection de l'extrémité inférieure du tibia. La deuxième observation était complète. Il dépose aujourd'hui sur le bureau la première observation et la pièce. C'est un exemple d'abcès épiphysaire ne contenant pas de séquestre; la cavité de l'abcès communique avec la face inférieure de l'os en avant de la surface articulaire. Le malade avait quarante et un ans, et l'os s'est reproduit. M. Pamard avait d'abord appliqué le trépan; mais, n'arrivant pas au foyer de l'abcès, il crut devoir faire la résection.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Fracture du crâne consolidée et lésion des circonvolutions frontales : M. Poncet (de Cluny). — Propriété lævogyre de l'urine normale : M. Esbach. — Granulations d'hémoglobine dans les globules blancs : M. Pouchet. — Discussion : MM. Poncet, Pouchet, Malassez. — Deux perfectionnements à l'emploi du collodion en histologie : M. Mathias Duval. — Moyen de déterminer et de mesurer l'astigmatisme : M. Javal. — Microphone à transmission pour l'auscultation du cœur et des artères : M. Boudet de Pâris.

M. *Poncet* (de Cluny) présente une pièce d'anatomie pathologique doublement intéressante au point de vue chirurgical et au point de vue des localisations cérébrales. Elle provient d'un jeune soldat incorporé depuis trois mois et mort des suites d'une fièvre typhoïde.

« A l'autopsie, on rencontra une fracture du frontal gauche, consolidée avec une énorme perte de substance du lobe antérieur du cerveau. Le frontal gauche présente immédiatement au-dessus de l'arcade sourcilière gauche, une légère dépression de 6 centimètres de diamètre. La face externe recouverte par le cuir chevelu, non dépourvu de ses cheveux, laissait à peine soupçonner la lésion : car cet homme, malgré sa réclamation, n'avait pas été exempté du service militaire. Il n'y avait pas de perte de substance, pas de douleur à la cicatrice. La table interne du frontal offre, au contraire, une large esquille de 35 millimètres de largeur sur 4 centimètres de long et proéminente de 2 centimètres en profondeur; elle est reliée à sa périphérie par des stalactites osseuses irrégulières qui forment pont avec la portion de la table interne restée adhérente. En regard de cette lésion osseuse, la dure-mère portait une large perte de substance de 4 centimètres de diamètre et la faux du cerveau laissait sentir deux ou trois petites ossifications. Du côté des circonvolutions cérébrales, on constate à 25 millimètres au-dessus du plan horizontal de ce lobe frontal gauche une perte de substance qui coupe en deux la première circonvolution frontale; il y a à ce niveau une excavation de 2 centimètres de diamètre et de 22 millimètres de profondeur, elle a détruit cette première circonvolution dans toute son épaisseur, ainsi que la portion sous-jacente du corps calleux. Le doigt introduit dans les ventricules constate qu'une épaisseur de 1 millimètre à peine sépare la perte de substance d'avec les ventricules moyen et latéraux. La deuxième circonvolution frontale est également atrophiée dans son tiers moyen, elle a perdu la moitié de son volume. La troisième circonvolution gauche et la frontale ascendante sont normales.

» A l'hôpital, dans son lit, cet homme n'avait présenté aucun symptôme pouvant faire soupçonner une telle lésion; les membres étaient parfaitement symétriques; le côté droit n'était pas atrophié, le langage était net, l'intelligence ouverte. Or, si nous comparons ce cerveau aux figures données par Ferrier dans son ouvrage sur les localisations cérébrales, nous voyons que ce traumatisme répond exactement aux cercles 12 et 5, c'est-à-dire aux mouvements des yeux et de l'avant-bras chez le singe. Du côté des yeux, ce malade n'avait absolument rien d'anormal; car l'examen du fond de l'œil a été fait peu de jours avant la mort et n'a montré aucun symptôme du côté de l'orbiculaire, de l'iris ou des muscles moteurs. Quant à la motilité des membres du côté droit, voici ce que les renseignements nous ont appris :

» Cet homme est tombé, il y a douze ans, au fond d'un puits, s'est brisé le front; il y a eu, dit-on, issue de la cervelle sur le coup. A la conscription, il a réclamé comme *faiblesse d'esprit;* incorporé, il a pu faire son service, mais on avait remarqué qu'il était fortement gaucher; il creusait la hanche droite et paraissait très gêné dans la position de l'arme sur l'épaule droite; la mémoire était excellente. Cet homme, premier soldat, récitait parfaitement sa théorie. Ainsi une perte de substance cérébrale évaluable à 9 centimètres cubes, occupant la région moyenne de la première frontale gauche, entamant le corps calleux, atrophiant la deuxième circonvolution et toute la partie inférieure de ce lobe frontal, a pu exister douze ans sans amener d'autres troubles qu'une légère diminution dans la force des deux membres du côté opposé. Les facultés intellectuelles, la mémoire, étaient restées saines. Cet homme n'avait jamais présenté d'attaques épileptiformes.

» Il existe encore sur ce cerveau un détail intéressant. Les autres circonvolutions du lobe frontal sont parfaitement symétriques à droite et à gauche; seule, la frontale ascendante présente du côté droit une hypertrophie notable. Ainsi le dernier pli qui limite le sillon de Rolando, près de la scissure de Sylvius, mesure sur cette frontale ascendante gauche une épaisseur de 1 centimètre (ce cerveau étant durci par l'acide azotique). Or, du côté droit, le même pli absolument homologue mesure 22 millimètres. Il faut évidemment tenir compte des variations physiologiques, mais il est permis de songer, pour ce côté droit, à une hypertrophie compensatrice de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante.

» L'état des portions osseuses démontre une fois de plus que les fractures avec enfoncement de la table interne et esquilles pénétrant dans le cerveau (car il y avait eu issue de la matière cérébrale et perforation des membranes) peuvent, en dehors de notre hygiène hospitalière, guérir sans la moindre intervention chirurgicale active. »

M. *Houel* fait remarquer que les pièces pathologiques établissant la guérison spontanée avec ossification complète des fractures du crâne de la région frontale sont très nombreuses, et que cette observation peut donner à réfléchir au sujet de l'application du trépan dans les fractures avec enfoncement.

— M. *Galippe* communique, au nom de M. Esbach, une note sur une réaction constante de l'urine normale qui a toujours été trouvée lævogyre avec le saccharimètre de Laurent.

— M. *Pouchet* rappelle qu'il a communiqué à la Société ses observations sur la présence dans les globules blancs de granulations ayant les caractères de l'hémoglobine. Le même fait avait été observé par Semmer (thèse de Dorpat, 1874), qui exécuta, sous la direction d'A. Schmidt, des recherches histochimiques sur ce sujet, et crut être arrivé à démontrer qu'il s'agit bien, en effet, d'hémoglobine. Dans une communication faite l'année dernière à la Société de Berlin, Ehrlich a affirmé qu'il ne s'agissait pas d'hémoglobine. L'auteur de ces dernières recherches traitait le sang sec par un mélange de glycérine et d'acide phénique au 1/20; après avoir ainsi fixé le sang, il colorait la préparation par le jaune d'or, par exemple, et, voyant que les granulations des globules blancs ne se colorent pas aussi vivement que les globules rouges, en concluait qu'elles ne contiennent pas d'hémoglobine. Mais, d'après M. Pouchet, ce n'est là qu'une différence de degré, insuffisante, à côté de tant de points de ressemblance, pour admettre que les granulations contenues dans les leucocytes et les hématies constituent deux espèces chimiques distinctes.

M. *Poncet* (de Cluny) demande s'il n'y a pas lieu de rapprocher ce fait de celui qu'il a constamment observé dans le sang des sujets atteints de cachexie paludéenne, à savoir l'absorption des globules rouges par les globules blancs : ce phénomène est assez constant pour qu'il croie devoir lui attribuer la valeur d'un signe médico-légal. On observe cette absorption des hématies par les leucocytes dans tous les organes, mais particulièrement dans les vaisseaux de la rétine.

M. *Pouchet* croit que l'absorption des globules rouges par les globules blancs ne peut absolument pas se faire dans les vaisseaux, avec du sang en mouvement. Il ne veut cependant rien préjuger au sujet de la question pathologique.

M. *Malassez* pense que cette opinion est trop absolue : car il a vu, dans les expériences sur le sang de la rate, des globules blancs englober des globules rouges, et ce fait se retrouve dans le sang qu'on observe au microscope avec la chambre humide et la platine chauffante.

— M. *Mathias Duval*, qui a déjà insisté sur l'emploi du collodion en histologie, revient aujourd'hui sur quelques points de technique qui présentent une réelle importance : 1° Quand on veut monter avec la térébenthine et le baume de Canada des pièces incluses dans le collodion, on est arrêté par l'opalescence que présente le collodion au contact de la térébenthine. Il faut alors dissoudre par l'huile essentielle de girofle le collodion qui a servi de matière à inclusion : la pièce étant dans l'alcool absolu sur la lamelle porte-objet, on substitue par capillarité l'huile de girofle à l'alcool, le collodion se dissout, et on obtient des préparations indestructibles en les montant dans le baume de Canada. 2° S'il s'agit de faire des coupes très difficiles, comme celles des œufs de grenouille, on entame légèrement la pièce avec le rasoir et on dépose à la surface de section une goutte de collodion qui fixe le contenu des cellules et permet d'obtenir des préparations très transparentes, dont les différents éléments ont conservé leurs raports normaux; ces pièces sont montées dans la glycérine.

— M. *Javal* présente un tableau sur lequel sont tracés un cercle divisé en secteurs et contenant plusieurs cercles concentriques, et deux séries de petits carrés teintés par des hachures plus ou moins serrées, dirigées, les unes dans le sens vertical, les autres dans le sens horizontal. On peut, à l'aide de ce petit tableau, mesurer approximativement l'acuité visuelle, la myopie, la presbytie et l'astigmatisme, et déterminer rapidement le numéro des verres cylindriques nécessaires pour corriger l'astigmatisme.

— M. *d'Arsonval* présente, au nom de M. Boudet de Pâris, un microphone destiné à ausculter à distance les bruits du cœur et des artères. L'avantage principal de l'instrument, en outre des particularités relatives à la construction du microphone, est de transmettre, par le système des tubes à air et des tambours à membrane de M. Marey, les bruits qu'il s'agit d'étudier. M. d'Arsonval fait remarquer que l'emploi de cet appareil suffit à montrer que, quoi qu'on en ait dit, le microphone peut amplifier les sons et obéir à des vibrations aériennes tout aussi bien qu'à des vibrations de solides.

François-Franck.

REVUE DES JOURNAUX

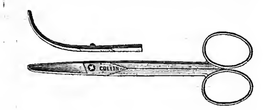
Ciseaux-pinces à écrasement pour l'énervation du globe de l'œil, par le docteur Warlomont.

« Quand un œil est irrémédiablement aveugle, disait M. Dianoux à l'Académie de médecine de Belgique, et qu'il est le siège d'un travail pathologique inspirant des craintes pour l'autre œil, on le condamne à mort. » Le motif est inattaquable assurément dans sa légitimité, mais la répression est un peu bien radicale; sans supprimer le criminel, ne pourrait-on

pas le rendre inoffensif? Ne pourrait-on pas, en matière d'ophthalmie sympathique, supprimer la peine de mort?

Pour répondre à cette question, une opération a été imaginée : dans certains cas, qui jusqu'ici relevaient directement de l'énucléation, c'est-à-dire de l'enlèvement de tout le globe oculaire, on fait aujourd'hui la section postoculaire du nerf optique et des nerfs ciliaires. Mais suivant M. Warlomont, « il y a deux points noirs dans le ciel bleu de l'énervation : l'effusion sanguine par l'artère centrale du nerf optique, qui se produit au moment où celui-ci est coupé, et qui compromet l'opération dans sa suite et dans ses suites, et la possibilité de la réunion des nerfs après qu'ils ont été coupés. » C'est pour parer à ces inconvénients qu'il a imaginé des *ciseaux à écrasement*.

Ce sont des ciseaux forts, offrant, sur le plat, une courbure correspondant à la forme du globe de l'œil, qui sont



connus sous le nom de « *ciseaux à énucléation* », et auxquels deux pièces ont été ajoutées : la première est un cliquet situé entre les anneaux et les empêchant de s'écarter une fois que la pression les a rapprochés (cliquet Péan); la seconde, une pièce surnuméraire adossée et concentrique à la branche inférieure des ciseaux; c'est cette pièce, non tranchante, que la branche supérieure, également non tranchante, rencontre d'abord quand on fait le mouvement de section. Accentue-t-on ce mouvement, la branche inférieure, tranchante celle-là, rencontre la supérieure, et la section est faite, en avant des deux autres pièces, en même temps que le cliquet tient les anneaux rapprochés et, partant, empêche les parties serrées dans les mors mousses de s'en échapper.

Dans l'opération de l'énervation l'instrument, ayant agi de la sorte, continue à serrer le tronçon crânien du nerf optique, de façon à rendre impossible l'effusion du sang par l'artère centrale; l'opérateur le confie à un aide, continue l'opération en faisant basculer le globe et en en terminant la toilette, puis fait rentrer celui-ci en desserrant et retirant doucement l'instrument, qui a, dans ce dernier temps, fait l'office de pince fixe.

L'emploi de ces ciseaux rend donc l'hémorrhagie impossible pendant l'opération; l'effusion du sang ne peut pas davantage se produire après, la lumière de l'artère centrale étant absolument effacée par l'écrasement. Celui-ci, d'un autre côté, laisse les bouts nerveux dans des conditions peu propres à leur recollement. (*Bulletin de l'Ecole de médecine de Belgique*, séance du 29 mars 1880.)

Emploi thérapeutique du pancréas, par M. Engesser.

Toutes les tentatives pour utiliser en thérapeutique les propriétés si actives du suc pancréatique ont échoué. Cet insuccès doit être attribué, d'après Engesser, à ce que l'on s'est efforcé, par une tendance naturelle, d'isoler d'abord les ferments pour les administrer ensuite à l'état de pureté. Or ces ferments isolés sont détruits par la pepsine de l'estomac dans la digestion normale : il ne reste donc plus à leur emploi que le champ très limité du gros intestin. Au contraire, le parenchyme pancréatique, ou même son extrait aqueux frais, conserve intact sa propriété digestive en traversant l'estomac. Ce point, difficile à expliquer, est appuyé sur de nombreuses observations et expériences. Malheureusement, les malades prennent avec une très grande répugnance le pancréas coupé en menus morceaux, ou pilé et passé au tamis.

Pour éviter cet inconvénient, qui est très grave (l'emploi du pancréas devant être longtemps prolongé), l'auteur a fait exécuter diverses préparations Il s'est arrêté finalement à la méthode suivante : la glande, coupée en petits morceaux, est réduite dans le vide à 40 degrés à l'état d'extrait, puis traitée pendant quarante-huit heures par l'alcool absolu que l'on fait évaporer ensuite avec soin. On obtient ainsi une poudre grossière, brun clair, très hygroscopique, que les malades prennent sans dégoût et qui possède toutes les propriétés de l'extrait aqueux frais.

Si l'on se rapporte aux observations cliniques, on constate que l'action du suc pancréatique est assez nette, mais que ses indications restent jusqu'ici très limitées. Fles a publié, en 1864, un cas d'un diabétique qui mangeait beaucoup de viande et de graisses, et dans les selles duquel on trouvait une quantité de matières grasses et de tissu musculaire inaltéré. L'emploi du suc pancréatique fit disparaître immédiatement ces débris non digérés qui reparaissaient dès que l'on cessait le médicament. Cette observation remarquable peut être considérée comme un type des circonstances où l'on pourra employer utilement le parenchyme pancréatique. Engesser a obtenu de bons résultats dans des cas de dyspepsie acide, de dilatation de l'estomac, de dyspepsie nerveuse, etc., toutes les fois que l'on constatait dans les selles la présence de fibres musculaires non digérées. L'emploi du suc pancréatique a chaque fois fait disparaître ces débris, mais ne provoquait qu'une amélioration très légère dans ces maladies essentiellement chroniques. N'importe, ces recherches mériteraient d'être continuées : car le traitement des affections des voies digestives est encore dans l'enfance. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV, p. 539.)

BIBLIOGRAPHIE

Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale, par M. le docteur Albert Robin. Thèse d'agrégation, 1880. Un vol. in-8 de 600 pages avec 46 figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et fils.

Depuis le jour où l'examen ophthalmoscopique a permis d'examiner les troubles et les lésions du fond de l'œil, l'étude des affections profondes de l'œil, et principalement les troubles dus à une lésion d'origine centrale, encéphalique, amena une transformation profonde dans l'ophthalmologie; aussi ne faut-il pas s'étonner des résultats que quelques-uns espéraient obtenir en créant ce qu'on a appelé la science cérébroscopique : de nombreuses monographies ont été publiées; mais il était nécessaire de réunir tous les documents épars, de faire une véritable étude critique, non seulement des faits observés, mais de l'interprétation qu'en donnaient les divers auteurs : c'est la tâche dont M. Albert Robin a été chargé ; il est permis de dire que, malgré la difficulté du sujet, il s'en est tiré à son honneur et a pu livrer un travail aussi complet que possible : travail original en ce sens que tous les faits connus en France comme à l'étranger ont été contrôlés soigneusement.

Après avoir cherché à déterminer les relations qui existent entre l'œil et l'encéphale au point de vue de la morphologie générale du développement, M. Albert Robin aborde les connexions motrices de l'œil et de l'encéphale et des troubles oculaires qui en dépendent; ces dernières présentent en effet une importance capitale. Si, en effet, comme le dit M. Robin, l'ophthalmoscopie n'a pas encore tenu toutes les espérances qu'on avait fondées sur elle, les troubles constata-

bles par ce mode d'exploration ne sont heureusement pas ceux seulement que comporte l'appareil oculaire : il existe dans les maladies de l'encéphale des modifications de la vision sans lésion appréciable du fond de l'œil. Parmi ces altérations, l'amblyopie croisée des hémianesthésies hystériques ou organiques, l'hémiopie, les rétrécissements du champ visuel avec leurs variétés concentriques, irrégulières ou en forme de secteur, constituent des symptômes fort importants, depuis que M. le professeur Charcot nous a appris à les utiliser dans la détermination des localisations cérébrales. Partant de cette idée que, quel que soit le muscle paralysé, on peut en général observer les symptômes suivants : 1° une diminution plus ou moins appréciable de la motilité du globe oculaire ; 2° une déviation primitive de l'œil malade et une déviation secondaire de l'œil sain ; 3° une appréciation fautive de la situation des objets dans l'espace ; 4° de la diplopie ; 5° des attitudes vicieuses de la tête et du cou, M. Robin examine tour à tour les diverses paralysies qui atteignent chacun des nerfs de l'œil et cherche à déterminer lo rôle qu'on doit leur attribuer comme étiologie, comme diagnostic et aussi comme pronostic. Les affections cérébrales, en effet, affectent de préférence tel ou tel de ces nerfs, en vertu d'une prédisposition spéciale ; ainsi, par exemple, la paralysie du nerf pathétique n'est-elle pas le plus souvent due à la syphilis? Mais de toutes les paralysies de cause syphilitique, la plus fréquente est celle de la troisième paire ; ensuite vient celle de la sixième paire, en vertu de cette loi énoncée par M. le professeur Alfred Fournier dans ses *Leçons sur la syphilis cérébrale*, que les nerfs moteurs sont des nerfs antérieurs et que les régions antérieures du cerveau sont les sièges de prédilection des lésions centrales de la syphilis. C'est un fait important à spécifier : car souvent, en effet, il peut mettre sur la voie de la cause des accidents cérébraux en faisant connaître la cause déterminante. M. A. Robin passe en revue toutes les affections cérébrales s'accompagnant plus ou moins fréquemment de troubles oculaires ; puis, après avoir étudié les troubles moteurs, il arrive aux connexions sensorielles de l'œil et de l'encéphale en suivant la même méthode que pour les troubles moteurs. Enfin, dans les deux derniers chapitres, il analyse d'une part les connexions nerveuses de sensibilité générale entre l'œil et l'encéphale (zona ophthalmique, kératite neuro-paralytique, glaucome, etc.), d'autre part les connexions circulatoires de l'œil et de l'encéphale et des troubles qui en dépendent (hyperhémie et anémie neuro-rétiniennes, anévrysme miliaire de la rétine, tubercules de la choroïde, etc.).

En cherchant à résumer aussi succinctement que possible les diverses parties de l'excellente thèse de M. le docteur Robin, nous avons voulu montrer la méthode adoptée par l'auteur dans une étude où tout est encore dans le vague, malgré le nombre de travaux publiés depuis quelques années. Rapprochant les faits les uns des autres, M. Robin a pu tirer quelques conclusions plus rigoureuses qu'il n'était permis de le faire jusqu'à présent, sans cependant combler les lacunes qu'on trouve à chaque instant devant soi, principalement lorsqu'il s'agit des localisations cérébrales. « Une fois les troubles connus en eux-mêmes, dit M. Albert Robin (p. 534), et dans leurs rapports avec les maladies où on les rencontre, on doit chercher d'abord leur mode de groupement entre eux, puis la manière dont ils s'associent aux autres symptômes. Indépendamment de toute interprétation théorique, l'observation a démontré, et M. le professeur Charcot a souvent insisté sur ce point dans ses leçons, que le groupement des troubles oculaires entre eux et avec les symptômes généraux ne se constituait pas toujours d'une manière arbitraire et qu'il prenait, au contraire, dans nombre de circonstances, une physionomie très significative. » Telle est la conclusion la plus clinique que nous trouvions dans le traité de M. Albert Robin qui, malgré la quantité de faits accumulés et les interprétations si judicieuses de l'auteur, se ressent de l'évolution que l'étude des fonctions cérébrales subit actuellement.

Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux, par M. le docteur X. Arnozan, ancien interne des hôpitaux. — Thèse d'agrégation, 1 vol. in-8 de 276 pages. — Paris, 1880, V.-A. Delahaye et Cie.

Les troubles trophiques, quel que soit leur siège, se rattachent par leur évolution à la maladie du système nerveux dont ils sont cliniquement une dépendance et un signe. Parmi eux, dit M. Arnozan, les uns consistent en des anomalies de circulation, de sécrétion, de calorification, et sont purement fonctionnels ; les autres sont constitués par des altérations dans la structure des organes intéressés et méritent seuls le nom de lésions. C'est à ces derniers que M. Arnozan limite son étude en ne s'arrêtant aux désordres fonctionnels que lorsqu'ils préparent ou accompagnent la formation des lésions.

1° Lésions trophiques dans le système nerveux : *a.* dans les nerfs périphériques, la solution de continuité d'une fibre nerveuse entraîne la dégénération du segment séparé du centre trophique ; la régénération se fait par le prolongement des cylindraxes du segment resté sain à travers les gaînes de Schwann du bout dégénéré ; *b.* dans les centres, la régénération des fibres centrales est exceptionnelle et se fait suivant un processus inconnu ; *c.* l'atrophie de quelques parties des centres peut survenir à la suite de lésions centrales ou périphériques du système nerveux (atrophie croisée du cervelet, atrophies spinales et cérébrales consécutives aux amputations.

2° Lésions trophiques dans le système musculaire : *a.* l'atrophie est le terme commun où aboutissent toutes les lésions trophiques des muscles ; *b.* elle est due à une cause unique, la suppression de l'influence des cellules multipolaires sur les muscles.

3° Lésions trophiques dans les os et les articulations : *a.* on observe une forme d'atrophie spéciale chez les ataxiques (fracture spontanée, arthropathie, etc.) et dans la sclérodermie ; *b.* les arthrites réflexes ne sont pas démontrées, et les rapports entre le système nerveux et le rhumatisme articulaire sont encore à trouver.

4° Lésions trophiques de l'appareil tégumentaire : *a.* le système nerveux exerce une action sur la production de l'œdème et de certaines inflammations sous-cutanées ; *b.* les névrites spontanées ou traumatiques se compliquent fréquemment de lésions cutanées diverses (zona, etc.) ; *c.* les éruptions pemphigoïdes qui succèdent aux plaies des nerfs se développent sur les points absolument insensibles ; *d.* le mal perforant reconnaît le plus souvent une origine nerveuse ; *e.* les cornées de l'épiderme sont fréquemment compromises dans les lésions trophiques de la peau.

Les deux chapitres suivants sont consacrés à l'étude des lésions trophiques des organes des sens et des viscères (poumon, cœur, reins, etc.). Voici les conclusions de M. Arnozan sur les lésions des viscères : *a.* les lésions viscérales consécutives aux maladies du système nerveux consistent surtout dans les hémorrhagies parenchymateuses ; *b.* les reins et la vessie peuvent cependant être atteints dans ces conditions d'inflammation suppurative, le cœur de dégénérescence graisseuse ; *b.* les troubles fonctionnels graves peuvent se développer dans les glandes sous l'influence du système nerveux sans lésion trophique proprement dite ; *d.* certaines anémies peuvent reconnaître pour cause une lésion nerveuse primitive agissant par l'intermédiaire des glandes vasculaires sanguines.

Dr Joseph Michel.

Index bibliographique.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par MM. A. d'Espine et C. Picot. 2e édition. — Paris, 1880, J. B. Baillière et fils.

Nous avons déjà rendu compte de la première édition de cet ouvrage. Les auteurs, encouragés par le succès, n'ont rien changé au plan général du livre. Quelques additions importantes y ont cependant été faites. Les articles *vaccine*, *syphilis*, *méningite tuberculeuse*, *ictère*, ont été revus et développés. Deux chapitres ont été consacrés au *diabète* et au spasme de la *vessie* qui ne figuraient pas dans la première édition.

Le *Manuel* de MM. d'Espine et Picot est un *vade mecum* fort commode pour le praticien. Tous les renseignements nécessaires s'y trouvent résumés et exposés dans un ordre excellent.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

Une épidémie d'hystéro-démonopathie en Italie en 1877-1878.— La péritonéotomie antiseptique. — Triomphe de la crémation a Rome. — Quelques nominations récentes et travaux couronnés. — Les chirurgiens français jugés par les Italiens. — Le fer Bravais a l'Académie de médecine de Rome. — La Malthusian league en Angleterre.

Une épidémie d'hystéro-démonopathie vers la fin du dix-neuvième siècle peut sembler bizarre; mais cela n'enlève rien à son authenticité. D'ailleurs le simple énoncé des causes qui l'ont préparée et provoquée suffira amplement à faire comprendre son apparition.

Verzegnis, le siège de l'épidémie, est une petite ville de 1800 âmes, dans le Frioul, entourée de montagnes, et n'a que peu de relations avec les villes voisines à cause de la difficulté des communications. La population est ignorante, crédule et superstitieuse; les mariages consanguins s'y font sur une large échelle; les maladies sont en très grande proportion de nature nerveuse; enfin la craniométrie a appris que le type du crâne est la brachycéphalie, et que l'angle facial est peu ouvert, signes d'infériorité de la race. Voilà pour les causes prédisposantes.

En novembre 1877, un missionnaire jésuite vint prêcher pendant huit jours à Verzegnis; l'église était pompeusement parée, et l'objet des prédications a été les peines de l'enfer, dépeintes sous les couleurs les plus sombres. Cette mise en scène et les discours du R. Père étaient bien faits pour frapper l'imagination de ces esprits faibles, et ils n'ont que trop réussi. Deux mois après, une jeune fille du pays, simple hystérique jusque-là, fut prise de convulsions survenant par accès, avec perte de connaissance. Pendant quelques mois on la soigna comme une malade ordinaire; mais voyant que son état restait le même, on ne tarda pas à faire courir le bruit qu'elle était possédée du démon. On l'exorcisa donc, mais ceci ne fit qu'aggraver son état, comme, du reste, les autres pratiques religieuses. Deux mois après, quelques compagnes de la jeune malade, hystériques comme elle, furent prises à leur tour, et les prières et les cérémonies n'eurent d'autre résultat que d'augmenter le nombre des prétendues possédées et d'augmenter l'intensité de leurs accès.

Il fallut avoir recours aux mesures de rigueur. On transporta les malades à l'hôpital ou dans les pays voisins, on fit occuper les maisons des malades par les carabiniers royaux; mais jusqu'alors on n'a obtenu qu'une amélioration plus apparente que réelle.

— La péritonéotomie antiseptique est en aussi grand honneur chez nous qu'en France, qu'en Angleterre et qu'en Allemagne. On connaît déjà les beaux résultats obtenus par nos chirurgiens dans l'hystéro-ovariotomie, que nos confrères étrangers, par un juste hommage envers celui qui a tant contribué à la vulgariser, ont appelée opération de Porro. Cette opération vient d'être pratiquée pour la sixième fois, le 25 février dernier, à l'Institut obstétrical de Milan, par le docteur Mangiagalli, pour un rétrécissement du bassin mesurant à peine 40 millimètres. Actuellement, au septième jour, l'opérée est dans un excellent état local et général, et tout permet de croire à une guérison prochaine. Ce succès relève un peu la statistique italienne. En effet, depuis novembre 1879 nous avons enregistré 3 insuccès pour le docteur Previtali (de Bergame), 1 pour le professeur Valtorta (de Venise), 1 pour le docteur Chiarleoni (de Milan); total, 5 insuccès, qui portent la mortalité en Italie à 75 pour 100, sans tenir compte de la mortalité dans l'hospice de Milan, où elle n'est que de 33 pour 100, ni dans le reste de l'Europe, où elle n'est que de 47,82 pour 100. Sans doute, le dernier mot n'est pas encore dit au sujet de cette opération, et deux travaux récents, publiés l'un par le savant directeur de l'*Indipendente medico*, l'autre par le docteur Pinard, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, sont très utiles à consulter pour se bien rendre compte des causes de la mort après l'hystéro-ovariotomie, des indications de l'opération et des modifications qu'il convient d'apporter au manuel opératoire et au traitement consécutif pour améliorer la somme des succès.

— Le professeur Bottini (de Pavie) vient de publier sur la laparotomie antiseptique un livre qu'il me paraît bon de signaler aux chirurgiens français qui pratiquent avec tant de hardiesse et de succès les opérations dans la cavité abdominale.

L'auteur jette un regard rapide sur les conditions désolantes dans lesquelles se trouvait la péritonéotomie il n'y a pas encore longtemps, et consacre la première partie de son travail à un examen critique des théories qui régnaient alors sur le choc, sur le collapsus et sur la péritonite traumatique, considérés comme causes de mort dans les ouvertures de l'abdomen. Il montre que les études et les recherches expérimentales qui ont donné de ces complications redoutables une meilleure interprétation doctrinale ont créé l'idée moderne de la péritonéotomie antiseptique; il rappelle, en particulier, les expériences de Wagner, confirmées par les siennes propres. Viennent ensuite les observations détaillées de 5 kélotomies, de 5 laparotomies pour kystes et cystosarcomes de l'ovaire et de l'utérus, toutes également couronnées de succès; enfin une laparotomie pour extirpation de l'utérus, suivie de mort. On trouve enfin quelques réflexions sur la valeur de l'opération de Freund. Le livre de Bottini nous paraît le plus complet sur la chirurgie de l'abdomen considérée dans sa période actuelle; nul doute qu'il ne soit très utile aux gynécologistes.

L'ovariotomie a suivi en Italie, au point de vue de son manuel opératoire, la même marche qu'en France et qu'en Angleterre. On renonce de plus en plus à l'idée de fixer le pédicule à la paroi abdominale; on préfère le lier séparément, comme les adhérences intra-abdominales, avec des fils de soie phéniquée, et l'abandonner dans le ventre. D'après le dernier compte rendu du docteur Peruzzi (24 février), les Italiens en sont à leur 177e ovariotomie.

Les 77 dernières, comparées aux 100 premières, montrent une amélioration considérable; on a noté 55 guérisons sur 77. Ceci n'approche pas encore du chiffre de Keith (d'Edimbourg), qui dernièrement annonçait une série de 70 ovariotomies successives sans un seul cas de mort, ni des statistiques de Spencer Wells, Péan, Kœberlé, Terrier, Périer, etc.; mais comme les chirurgiens italiens sont manifestement en progrès, nous attendons patiemment que leurs succès égalent ceux de nos chirurgiens.

— La question de la crémation, dont on s'occupe très peu en France, marche à grands pas en Italie. Le Conseil sanitaire provincial de Rome vient d'annoncer par télégramme à la Société de crémation de Milan qu'il approuvait, à l'unanimité, l'établissement d'un *crematorium* dans le Campo-Varano, et le ministre de l'intérieur a écrit au Conseil qu'il donnait également son approbation au projet. Je ne crois pas que sa mise à exécution, en supposant qu'elle vienne à détrôner complètement le mode actuel de sépulture, diminue considérablement l'influence pernicieuse de la malaria dans la campagne romaine; mais nous considérons néanmoins la solution de cette question comme un grand progrès sanitaire, et nous pensons que les autres pays ne tarderont pas à imiter l'Italie.

— Nous avons à annoncer quelques nominations d'hommes les plus justement estimés en Italie, et nous croyons bien aussi à l'étranger, pour leurs travaux scientifiques. Le professeur Carlo Giacomini est nommé professeur ordinaire d'anatomie humaine descriptive à l'Université de Turin. Le professeur Fubini est chargé du cours de matière médicale à la même Université, en remplacement du professeur Mosso, nommé professeur de physiologie à la place du professeur Moleschott, envoyé à Rome. L'Institut lombard des sciences et des lettres a nommé, dans sa séance du 22 janvier, comme correspondant national, le docteur C. Tarufi, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Bologne, et comme membre correspondant étranger le professeur Vulpian, de l'Institut de France, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Nous signalerons encore quelques travaux couronnés par nos Sociétés savantes, et qu'il peut être utile de faire connaître à vos lecteurs. Le prix de 500 francs que l'éditeur des *Annali di*

medicina e chirurgia a foudé, pour récompenser le meilleur travail publié dans ce recueil, a été partagé comme il suit par le comité de rédaction : 300 francs au docteur Bassini pour son mémoire sur l'*ankylose des mâchoires*, et 200 francs au docteur E. Parona pour son travail sur *la métalloscopie étudiée dans un cas d'achromatopsie bilatérale*. — Le prix de l'Académie de médecine de Rome, de 800 francs, a été donné à titre d'encouragement au docteur G. Roster pour son *Etude sur l'amélioration de la ville de Rome*. — Le prix *Burci* de la *Société médico-physique florentine* a été conféré au docteur A. Tafani pour son mémoire intitulé : *Des névrites chroniques et circonscrites comme causes de névralgies périphériques; diagnostic et traitement des névralgies.*

— Je viens de lire avec infiniment d'intérêt, dans *Il Raccoglitore medico* du 10 mars, la relation d'une visite dans les hôpitaux de Paris par un de nos compatriotes, le docteur Bolis. Attiré dans les salles de MM. Verneuil, Richet et Péan par la renommée dont ils jouissent dans le monde scientifique, il y a pris des notes sur les cas remarquables qu'il a observés. Nous ne dirons rien des mérites des chirurgiens français, qui sont assez connus; mais il leur adresse un reproche général. D'après le docteur Bolis, les chirurgiens de Paris administrent le chloroforme avec trop de largesse pour des opérations insignifiantes (ablation d'un petit kyste du front, cathétérisme de la vessie), et portent la narcose à un degré trop prononcé. Il s'en prend à M. Péan. « Ainsi, dit-il, M. Péan pratique dans l'espace de deux ou trois heures six ou huit opérations...; j'ai vu dans l'amphithéâtre trois malades en même temps : l'un déjà opéré, et que l'on pansait; l'autre que l'on opérait, tandis que l'on chloroformait le troisième. » Certainement cette manière est excellente, mais à un seul point de vue, celui de bien employer son temps; et ce peut être au grand détriment des opérés.

— La discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine de Paris sur les spécialités pharmaceutiques a beaucoup occupé la presse médicale italienne, dont tous les organes sérieux se sont prononcés contre l'abus qu'on fait de ces spécialités. En même temps, l'Académie de médecine de Rome s'occupait du *fer Bravais*. Le secrétaire Brunelli a présenté une brochure de Sinimberghi intitulée : *Le fer dialysé et sa véritable composition chimique*, dans laquelle il se propose de rectifier l'opinion vulgaire que le fer Bravais est un peroxyde de fer à l'état liquide, à l'exclusion de tout acide. Sinimberghi, de son côté, fait connaître un mode de préparation à l'aide duquel il obtient le fer dialysé avec une grande proportion de fer et une très petite proportion de chlore.

Les docteurs Ratti et Bastianelli ont demandé que l'Académie instituât des expériences sur l'action thérapeutique de cette préparation comparée aux autres ferrugineux. Les docteurs Tassi et Blasi déclarent qu'ils ont employé le fer dialysé dans leurs salles d'hôpital et qu'ils ont été obligés d'y renoncer.

Une commission composée de MM. Ratti, Bastianelli et Blasi a été nommée pour étudier la question, mais nous ne pensons pas que son rapport ait été déjà publié.

— De Rome à Londres, par la pensée, le trajet ne dure pas longtemps. C'est grâce à ce moyen de locomotion rapide, fort employé par la plupart des chroniqueurs, que nous avons pu assister à l'une des dernières séances de la Société médicale de Londres, où M. Drysdale a fait une communication intéressante sur l'influence de la misère sur la diminution de la population. En France, on se plaint généralement que l'accroissement de la population soit fort au-dessous de celui des races anglo-saxonne, germanique, slave, et on a même fait appel à toutes les classes de la société pour les engager à agir de façon à remédier à cette infériorité numérique de la natalité. M. Drysdale s'élève, au contraire, contre le trop grand nombre de naissances constatées en Angleterre; il signale comme conséquences funestes de cet état de choses la diminution du bien-être, l'accroissement de la misère, et par suite l'accroissement du chiffre de la mortalité. De sorte que l'excès des naissances aboutit en fin de compte à un excès de morts, et que le chiffre réel de la population et la vigueur de la race en subissent le contre-coup fâcheux. Comme remède unique, il indique d'agir de façon à abaisser le chiffre de la natalité.

Mais cette opinion, en faveur de laquelle notre éminent confrère a entrepris une campagne fort bien conduite depuis plusieurs années, a soulevé contre elle bien des oppositions. Le docteur Routh, du *Samaritan Hospital* (qu'il ne faut pas confondre avec le docteur Rouch du procès Bière), prétend, lui, que la misère a pour cause l'inconduite de la classe ouvrière, qui consomme tout ce qu'elle gagne, et la plus grande partie en boissons. Ce n'est donc pas diminuer la natalité qu'il faut, mais corriger les vices des ouvriers. Entre nous, je crois que l'un est aussi difficile que l'autre. Heywood Smith conseille, de son côté, l'émigration; mais un de ses collègues lui objecte avec plus ou moins de raison que l'émigration enlève au pays les hommes les plus robustes et les plus intelligents, et ne laisse au pays que ceux dont la mauvaise santé ne leur permet pas de faire comme les autres. Le docteur Paramore pense, au contraire, qu'une nombreuse population est la source de la grandeur nationale, et que la misère n'est pas une cause de décadence, puisque de brillants génies sont sortis d'un milieu pauvre et misérable.

M. Drysdale eut la réplique facile, et il a fait remarquer spirituellement que ses adversaires, MM. Routh, Smith et Rodgers, étant des accoucheurs éminents, avaient une nombreuse clientèle, et auraient par conséquent mauvaise grâce à prêcher contre la natalité. Ajoutons un détail qu'il a cité en faveur de ses opinions et qui nous intéresse : « En 1878, 61 médecins de la plus haute réputation de Paris, Bordeaux et Lyon, n'avaient ensemble que 109 enfants, soit moins de 2 par famille. C'est, dit-il, la règle dans les familles françaises aisées; aussi la mortalité est-elle relativement faible chez ces enfants qu'on peut entourer de soins.

Qu'adviendra-t-il de la *Malthusian League*, de son journal *the Malthusian*, et des opinions qu'elle défend ? C'est encore là une question à l'étude et qui ressemble trop à une utopie pour qu'on puisse lui prédire le succès à une échéance même très longue.

P.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

(22e *Réunion annuelle*, 4 *et* 5 *avril* 1880.)

(Fin. — Voyez le numéro 15.)

DES ASSURANCES SUR LA VIE. — DE LA COTISATION DES MEMBRES NOUVEAUX.

La première séance de l'Association générale est consacrée à l'audition des discours et des rapports d'ensemble sur les progrès accomplis dans le cours de l'année précédente. C'est une réunion un peu solennelle, où l'on a plaisir à entendre et à applaudir des paroles éloquentes, où l'on aime à retrouver des confrères de province, mais où la discussion des questions à l'étude ne peut être entamée. Dans la deuxième séance, au contraire, on se réunit pour examiner les vœux présentés par les sociétés locales et pour voter sur les résolutions proposées par le conseil général. Le lundi 5 avril, deux questions importantes ont été soumises aux délibérations de l'assemblée. Nous devons avouer qu'elles n'ont pas été nettement résolues, et qu'une discussion un peu confuse n'a pu éclairer la plupart des membres présents sur leur opportunité et leur valeur. La première de ces questions était relative à la proposition faite par M. le docteur Lande au sujet des assurances sur la vie. Nous insistons d'autant plus volontiers sur ce sujet que nous avons à amender, sur deux points, notre précédent article (n° 13, p. 193). En l'écrivant il y a quinze jours, nous n'avions point reçu le projet de notre honorable confrère de Bordeaux et, nous autorisant des assertions de M. le docteur E. Damourette, nous avions rangé M. le docteur Lande parmi les partisans de l'assurance mutuelle entre médecins. Nous avons été très heureux d'apprendre que, bien au contraire, M. le docteur Lande repousse tous les projets d'association en vue de fonder une assurance mutuelle entre médecins, et qu'il est, comme nous, et pour les mêmes raisons, partisan de l'assurance individuelle. Nous aurons d'ailleurs à revenir un jour ou l'autre sur ce projet en nous occupant encore de cette question qui préoccupe si justement un grand nombre de nos confrères; mais si nous pouvons remettre l'examen du projet de M. le docteur Lande, avec lequel nous ne différons que sur quelques points de détail, nous devons rectifier immédiatement une légère erreur de chiffres qui nous a échappé. Page 195, ligne 10, il faut lire : « On voit qu'un homme de *vingt-cinq* ans pourrait contracter une assurance mixte d'une

durée de vingt-cinq ans moyennant une prime de 338 francs, et non de 375 comme dit le projet; la société mutuelle demandant 365 francs, on aurait un bénéfice annuel de 27 francs en s'adressant à l'une des compagnies à primes fixes. » Cette erreur ne modifie point d'ailleurs nos conclusions.

Ceci dit, revenons à la discussion qui a eu lieu entre les membres de l'Association. Le rapporteur du conseil général, M. le docteur Brun, avait affirmé l'intention formelle de n'admettre aucune combinaison qui pût, à propos de projets d'assurances, modifier les statuts de l'Association ou faire intervenir celle-ci pour secourir les sociétaires momentanément empêchés de payer leur prime. Il proposait la résolution suivante : « Les sociétés *locales* sont autorisées à faire l'avance d'une prime annuelle à tout sociétaire empêché momentanément de faire son versement aux caisses de l'Etat ou des compagnies particulières avec lesquelles il a contracté une assurance sur la vie. » A ce propos, M. Guerrier, membre du conseil judiciaire de l'Association, puis M. Lunier, ont émis l'avis que les sociétés locales devraient au contraire se garder avec le plus grand soin d'intervenir dans ces questions de contrat d'assurance, et l'ordre du jour a été voté, sur la demande expresse de M. Brun, après que M. Lande eut exposé les avantages des assurances sur la vie et critiqué les projets d'assurances mutuelles. Mal comprise par les assistants, cette question des assurances a donc été écartée. Nous reconnaîtrons volontiers qu'il n'en pouvait être autrement. Il serait difficile que l'Association générale ou même les sociétés locales intervinssent directement pour avancer à leurs membres nécessiteux le montant de primes souvent assez fortes. Mais tout autre pouvait être, suivant nous, la question posée à la réunion des délégués. L'Association nous paraît destinée non seulement à veiller aux intérêts matériels de ceux de nos confrères qui malheureusement peuvent avoir besoin à l'âge de soixante ou de soixante-dix ans d'un secours de 300 ou de 500 francs, mais encore à sauvegarder les intérêts moraux et matériels du plus grand nombre de ses sociétaires. Or, en se plaçant à ce dernier point de vue, en étudiant plus complètement cette question des assurances sur la vie; en ne confondant pas, comme on l'a fait, les opérations de la caisse de retraite pour la vieillesse avec celles des compagnies d'assurances, on pourrait, ce nous semble, traiter cette question à un tout autre point de vue. Parmi les médecins, en effet, il en est quelques-uns — bien peu sans doute — qui ont un patrimoine suffisant pour vivre sans appréhension de l'avenir et pour consacrer une partie de leurs revenus à améliorer la situation de leurs familles. A ces heureux confrères l'Association n'a rien à donner. Ce sont eux — et ils le prouvent chaque année — qui par leurs généreuses offrandes accroissent ses ressources et viennent en aide aux déshérités de la fortune. — Il en est d'autres, nous voulons espérer que leur nombre diminuera d'année en année, qui, malgré tous leurs efforts, ne peuvent arriver à vivre dans l'aisance et à faire vivre leurs familles. L'Association vient à leur secours dans la mesure de ses ressources. Leur demander de signer un contrat d'assurance et d'économiser dès les premières années de leur pratique une somme relativement considérable, nous paraît impossible. C'est à peine s'ils arrivent à trouver la somme modique exigée par les sociétés locales pour leur cotisation annuelle. On ne peut exiger d'eux aucun autre sacrifice et on leur doit sur leurs vieux jours une pension qui les mette à l'abri du besoin.

Mais, à côté de ces médecins, il en est un très grand nombre qui, par leur énergie, leur travail, leur dévouement, arrivent assez vite à trouver dans l'exercice de leur profession de légitimes bénéfices. Après quelques années, grâce à leur activité, ils peuvent vivre dans l'aisance. Mais s'ils sont chargés de famille, bien des années s'écouleront avant qu'ils aient pu assurer à ceux qu'ils laisseront après leur mort un patrimoine suffisant. A ceux-là, mais à ceux-là seuls, il faut recommander les assurances sur la vie. Moyennant un léger sacrifice consenti pendant une période relativement assez courte, M. Lande l'a fort bien expliqué, ils arriveront à assurer à leurs héritiers une somme suffisante. S'ils viennent à mourir jeunes, cette somme sera payée aussitôt après leur décès, et leurs héritiers n'auront plus dès lors à solliciter de l'Association les secours qu'elle distribue. En faisant ressortir, avec insistance, l'utilité des assurances en cas de décès, — les seules qui nous semblent vraiment avantageuses, — l'Association générale aurait donc rendu service au plus grand nombre de ses adhérents, et nous ne pensons pas que les médecins assurés sur la vie entière à des compagnies à primes fixes renonceraient pour ce motif à adresser à la caisse de l'Association la modique subvention qu'elle leur réclame. — Cette question d'ailleurs est aujourd'hui soulevée et discutée de tous côtés. Bientôt sans doute il nous faudra l'exposer de nouveau; nous examinerons alors avec quelques détails le projet de M. Lande, celui dont il a été question lundi dernier et qui est dû à M. le docteur Benoist (de Saint-Nazaire), et ceux que défendent plusieurs autres de nos confrères.

— Après cette discussion, est venue celle que soulevait un vœu de la société de l'Allier, soutenu par son président, M. Durand-Fardel. Faut-il augmenter et porter à 20 francs la cotisation des membres nouveaux? La question a été réservée. Elle est difficile à résoudre. Imposer à tous les membres une cotisation de 20 francs serait, nous le craignons, s'exposer à bien des abstentions. Mieux vaudrait faire appel aux favorisés de la fortune, à tous les dignitaires de l'Association, présidents, secrétaires, conseillers, etc., des sociétés locales, et leur demander une cotisation un peu plus élevée; réveiller leur zèle en leur montrant ce que font chaque année le président de l'Association générale et ceux qui, suivant son généreux exemple, enrichissent chaque année la caisse des pensions viagères. Nous reproduisons plus loin la liste de ces bienfaiteurs de l'Association; mais nous devons signaler tout spécialement les générosités de M. le professeur Schützenberger (de Strasbourg), qui, après avoir consacré à la caisse de l'Association du Bas-Rhin le produit de la vente du remarquable ouvrage dont nous avons rendu compte, envoie encore à l'Association générale une somme de 100 francs; de MM. L. Labbé et L. Colin, les nouveaux membres de l'Académie de médecine; de M. Hutinel qui, au moment où il obtenait, après un brillant concours, une position enviée, a songé aux déshérités de la profession; de M. Jules Worms, qui a su intéresser à la cause des médecins malheureux un de ses généreux clients.

Quant aux vœux des sociétés locales, il en est d'excellents, mais qui ne peuvent être exaucés que par le Parlement. Il en est qui sont bien peu pratiques et qui ne nous sont d'ailleurs connus que par le rapport du secrétaire général de l'Association. Aucun d'eux n'a été l'objet d'une décision : nous n'en parlerons donc pas.

Voici, d'après le rapport de M. le docteur Brun, la situation financière de l'Association.

Caisse des fonds généraux. — *Recettes.* — La Caisse générale de l'Association, qui possède une réserve de 50 000 francs à la Caisse des dépôts et consignations, a reçu durant le dernier exercice : 1° droits d'admission des membres nouveaux, 4920 francs; 2° dixième des cotisations versées, 8022 fr. 40; 3° dixième du revenu du capital que possèdent les Sociétés locales, 2128 fr. 52; 4° remboursement des annuaires, 4132 francs. L'ensemble des sommes versées par la Société centrale et par les Sociétés locales forme un total de 19 202 fr. 92.

Aux versements des Sociétés locales viennent s'ajouter : 1° l'intérêt des fonds placés à la Caisse des dépôts et consignations, dont le montant a été de 3675 fr. 15; 2° les semestres de deux titres de rente, ensemble 175 francs, qui font partie de l'avoir de la Caisse générale. La totalité des recettes de la Caisse générale a donc été

de 26 053 fr. 07. Et comme il existait entre les mains du trésorier un encaisse primitif de 3405 fr. 39, le total général s'élève à la somme de 26 458 fr. 46.

Dépenses et emplois de fonds. — 1° Les frais d'administration de tout genre, y compris les frais d'impressions, circulaires, etc., se sont élevés à la somme de 3926 fr. 25. 2° L'Annuaire a coûté pour impression et distribution 4269 fr. 70. 3° Le Conseil a accordé des subventions à deux Sociétés locales, ensemble 400 francs. 4° Le Conseil a encore délégué à la Société centrale 450 francs, provenant du legs Pilliot, pour secours à des médecins étrangers à l'Association, et 1200 francs pour la pension de Mme Tardieu, ensemble 1650 francs. 5° La Caisse générale a versé au compte de fonds de retraites des pensions la somme de 12 900 francs. 6° Et il est resté en caisse du trésorier, pour les premiers besoins de l'exercice, la somme de 3312 fr. 51.

Caisse des pensions viagères. — L'avoir de la Caisse des pensions, qui était, l'an dernier, de 561 556 fr. 09, se trouve aujourd'hui de 604 589 fr. 86.

Les dons recueillis pendant l'exercice proviennent : de la Société médicale d'émulation, pour 1463 fr. 50; d'une quête faite dans une réunion de la Société de Vitry-le-François, 174 francs; de MM. Henri Roger, 1000 francs; Ricord, 1000 francs; baron Jules Cloquet, 500 francs; Jourdanet, 500 francs; Léon Labbé, 500 francs; Moissenet, 200 francs; Cazeneuve (de Lille), 200 francs; baron Larrey, 100 francs; Hérard, 100 francs; Bucquoy, 100 francs; Auguste Brun, 200 francs; et de MM. de Ranse, Krishaber, Georges Marjolin, Georges Wickham, Pfeiffer et Bourdin, pour un ensemble de 192 francs. Total, 6129 fr. 50.

Les Sociétés locales ont versé en totalité la somme de 14 339 fr. 59. Les Sociétés qui ont fourni le plus fort contingent sont : la Société centrale, 2000 francs; la Société de la Gironde, 1000 francs; la Société de Seine-et-Oise, 1000 francs; la Société des Bouches-du-Rhône, 363 francs; la Société de la Loire, 345 francs; la Société de l'Allier, 333 francs; la Société du Nord, 300 francs.

La Caisse des pensions a reçu de la Caisse générale, en subventions, la somme de 12 900 francs. Les intérêts capitalisés à la Caisse des dépôts et consignations se sont montés à 8913 fr. 68. Enfin le produit des rentes constituées au profit de la Caisse a été de 931 francs. Pour l'exercice courant ce produit sera augmenté de 38 francs de rente 3 pour 100, provenant du legs du docteur Stanski, de 14 francs de rente provenant du don de notre généreux confrère M. Krishaber, et de 175 francs de rente 3 pour 100, qui ont figuré jusqu'à présent dans l'avoir de la Caisse générale, et que, pour simplifier la comptabilité, nous porterons au compte des rentes de la Caisse des pensions.

L'ensemble de ces versements a produit la somme de 43 213 fr. 77.
L'avoir de la Caisse des pensions est de 604 769 fr. 86.
L'avoir de la Caisse générale est de 84 982 fr. 51.
L'avoir total de l'Association générale est de 689 752 fr. 37.

L'avoir de la Caisse des pensions est ainsi réparti : 252 271 fr. 73 de fonds disponibles pour les pensions à créer; 350 951 francs de fonds à la Caisse des retraites de la vieillesse pour le service de 49 pensions; 1547 francs en caisse du trésorier.

« Jusqu'à présent, dit M. Brun, nous n'avons pas prononcé le nom du docteur Campbell, mais nous ne pouvons finir sans témoigner de notre reconnaissance envers ce généreux confrère, qui a fait à notre Association un legs de 10 000 francs, que nous pourrons encaisser dans un avenir très prochain. »

Morts violentes. — Nous avons sous les yeux la statistique des cas de mort violente survenus en Suisse en trois ans, de 1876 à 1878, et qui ont été au nombre de 7576 sur un chiffre total de 197 483 décès. Il meurt ainsi annuellement, en des conditions anormales, une personne sur mille. Ces 7576 cas se décomposent en 1782 suicides, 331 meurtres et 5088 accidents. En 1878, sur 1650 individus morts accidentellement, 327 se sont noyés et 521 se sont cassé le cou en tombant du haut d'un arbre, d'un toit, d'un rocher. D'après cette statistique, c'est à cheval qu'on court généralement le moins de risques. Une seule personne a été tuée par une chute de cheval en 1878, tandis que 8 personnes ont été étouffées dans leur lit et que 47 piétons ont été écrasés par des convois de chemins de fer. Les accidents sont surtout fréquents parmi les employés de chemins de fer, les flotteurs, les carriers, les bûcherons et les couvreurs, tandis que les horlogers et les cordonniers fournissent une moyenne de cas très minime.

Ministère de la guerre. — Un concours s'ouvrira le 10 juillet 1880, à l'École de médecine et de pharmacie militaires, pour un emploi de professeur agrégé en chirurgie. Les officiers de santé qui désireront prendre part à ce concours adresseront au ministre de la guerre une demande régulière, qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise au ministre de la guerre par la voie hiérarchique, avant le 1er juillet prochain, terme de rigueur.

Association française. — L'Association française pour l'avancement des sciences vient de recevoir un don de 20 000 francs de M. B. Brunet, qui, frappé des progrès de cette Société et des résultats qu'elle a déjà produits, a voulu contribuer à son développement.

Corps de santé militaire. — Ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. David de Lestrade (Léonard), médecin principal de 2e classe. — M. Castex (Laurent-Jean-Léon), médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Frilley (Emmanuel-Gabriel), médecin-major de 1re classe. — M. Accarias (Adolphe-Romain), médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix). M. Rapp (Louis-Auguste), secrétaire-adjoint du conseil de santé des armées. —(Ancienneté). M. Pineau (Marie-Jules), médecin-major de 2e classe. —(Choix). M. Roux (Jacques-Michel), médecin-major de 2e classe. —(Ancienneté). M. Beaunes (Guillaume-Hippolyte), médecin-major de 2e classe. — (Choix). M. du Cazal (Léon-Joseph), médecin-major de 2e classe.

Les colonies françaises et la loi de ventôse. — Le Président de la République a décrété (10 avril 1880) :

Art. 1er. — Le décret du 19 ventôse an XI sur l'exercice de la médecine est promulgué dans les colonies de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion et de la Guyane.

Art. 2. — Des arrêtés des gouverneurs de ces colonies régleront la composition et le fonctionnement du jury chargé de recevoir les officiers de santé et l'institution des cours destinés à l'instruction des sages-femmes.

Société de tempérance. — La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut, le dimanche 18 avril 1880, à 2 heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84. Voici l'ordre du jour : 1° Allocution de M. le professeur Bouillaud, président. 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. Lunier, secrétaire général. 3° Rapport présenté au nom de la première commission des prix, par M le docteur Motet. 4° Rapport présenté au nom de la deuxième commission des prix, par M. le docteur Decaisne. 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1880, par M. le baron Pron.

Remède contre la variole épidémique. — On télégraphie de Rangoon au *Daily News* : « 700 personnes ont été enterrées vivantes, à Mandalay, par ordre du roi Theebau. Celui-ci voulait, par ces sacrifices, apaiser les mauvais esprits qui visitaient en ce moment la ville, où règne une violente épidémie de petite vérole. La population affolée par la peur quitte en masse cette ville. »

La manufacture de Sèvres et les hôpitaux de Paris. — Sur la proposition de M. le sous-secrétaire d'État des beaux-arts, le ministre a arrêté que les produits de la manufacture de Sèvres qui ne seraient pas considérés comme suffisamment beaux pour pouvoir être décorés seront donnés gratuitement aux hôpitaux de Paris; la marque sera oblitérée.

Hopital de Lourcine. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra ses leçons le mercredi 21 avril, à neuf heures, et les continuera les samedis et mercredis, à la même heure. La leçon du mercredi aura pour objet la gynécologie; celle du samedi, la syphilis. Les leçons seront précédées de l'examen des malades.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques sur les affections de la peau le lundi 19 avril, à neuf heures du matin (salle Saint-Jean), et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Francisque Perret, décédé à soixante-sept ans, vice-président de l'Association des médecins du Rhône, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Villefranche.

École pratique. — *Cours d'embryologie.* — M. le docteur Dareste a commencé ses conférences d'embryogénie et de tératologie le mardi 13 avril, à quatre heures, dans le laboratoire d'embryogénie de l'École pratique, et les continuera les samedis et mardis à la même heure

École pratique. — *Cours de thérapeutique.* — M. le docteur Galippe commencera ce cours samedi 17 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 2, et le continuera à la même heure le jeudi et le samedi. Le docteur Galippe s'occupera spécialement du traitement des affections du tube digestif.

Cours particuliers pour la préparation aux troisième et quatrième examens de doctorat (ancien régime).

École pratique. — Le docteur Reliquet commencera son cours sur les *opérations des voies urinaires* le lundi 19 avril, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Maladies des voies urinaires. — Le docteur H. Picard commencera, le mardi 20 avril, à une heure et demie, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, et il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il décrira d'abord les maladies de la vessie et l'affection calculeuse.

Mortalité a Paris (14e semaine, du vendredi 2 au jeudi 8 avril 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1239, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 50. Variole, 52. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie et croup, 52. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 7. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 228. — Autres tuberculoses, 90. — Autres affections générales, 124. — Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 107. — Diarrhée infantile et athrepsie, 76. — Autres maladies locales : aiguës, 71 ; chroniques, 204 ; douteuses, 56. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 1. — Morts violentes, 35. — Causes inconnues, 5.

Bilan de la 14e semaine. — La diminution de mortalité de la dernière semaine ne s'est pas maintenue dans son intégralité, puisque, au lieu de 1198 décès, on en a constaté cette semaine 1239... Les nombres absolus des décès, de semaine en semaine, depuis janvier, sont : 1294 — 1269 — 1281 (1373 — 1619 — 1521 — 1449) 1246 — 1200 (baisse artificielle) — 1277 — 1251 — 1296 — 1198 — 1239. En définitive, la mortalité parisienne reste encore fort élevée, puisque, à en croire le dénombrement de 1876, un peu ancien, à la vérité, mais le seul que nous ayons pour l'apprécier, elle se mesure par 32 à 33 décès par an et par 1000 habitants, au lieu de 23 à 24, taux mortuaire qui, depuis plusieurs années, paraît être celui de la population parisienne dans son ensemble...

Quelle peut être la cause de ces hauts contingents mortuaires ? Sans doute, pour les organismes chancelants, les fatigues, les atteintes mal effacées du vigoureux hiver que nous venons de subir, puis le reste encore redoutable des trois affections épidémiques : variole, fièvre typhoïde et diphthérie que nous signalons chaque semaine.

Dans cette 14e semaine, nous voyons la variole en hausse, encore plus la diphthérie, toujours avec son lieu d'élection, le quartier des Quinze-Vingts.

Si, concurremment à nos causes de décès, nous consultons le mouvement des entrées et des cas nés dans les hôpitaux, que nous devons à l'obligeance de l'administration de l'Assistance publique, nous constatons : 1° pour la diphthérie, un mouvement de hausse notable et révélé par les nombres suivants des cas nouveaux relevés de semaine en semaine depuis le 1er mars : 28 — 33 — 16 — 36 — 40 ; — 2° le même mouvement pour la variole, avec la succession suivante : 125 — 149 — 86 — 96 — 94 ; — 3° de même pour la fièvre typhoïde : 126 — 104 — 79 — 101 — 85, *non compris* les hôpitaux militaires, qui ont été tout particulièrement frappés par la fièvre typhoïde. Dr Bertillon.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Observations et lectures d'un médecin de campagne, par le docteur A. Corlveaud (de Blaye). In-8 de 176 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Chirurgie antiseptique ; principes, modes d'application et résultats. Du pansement de Lister, par le docteur Just Lucas-Championnière. Deuxième édition, complètement refondue. 1 vol. in-8 de 300 pages et 16 figures. Paris, J. B. Baillière et fils. 5 fr.

Pathologie clinique du grand sympathique. Etude basée sur l'anatomie et la physiologie, par le docteur A. Trumel de Fontoice. Gr. in-8 de 373 pages, avec planches intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 7 fr.

Les stations sanitaires au bord de la mer et dans les montagnes ; les stations hivernales. Choix d'un climat pour prévenir et guérir les maladies, par le docteur H.-C. Lombard (de Genève). Grand in-8 de 92 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils. 2 fr.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par T. Gallard. Seconde édition, revue et augmentée. In-8 de VI-1000 pages, avec 158 figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 14 fr.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par A. d'Espine et C. Picot. Deuxième édition, revue et augmentée. In-18 de VII-664 pages. J.-B. Baillière et fils. 6 fr.

Nouveaux éléments de physiologie humaine, comprenant les principes de physiologie comparée et de physiologie générale, par H. Beaunis. Première partie. Gr. in-8 de 464 pages, avec de nombreuses figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils. 20 fr.

La seconde partie est sous presse et sera livrée gratis aux souscripteurs.

Etude sur l'ictère grave, par le docteur A. Mossé. In-8 de 176 pages, avec 2 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 4 fr.

Nouveau guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie, par le docteur J.-A. Fort. Huitième édition, entièrement refondue. In-8. V. A. Delahaye et Cie. 2 fr

Cours de médecine opératoire : ligatures, opérations, résections, par le docteur J.-A. Fort. 1 vol. in-18, avec 97 figures intercalées dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 6 fr.

Manuel de physiologie humaine, par le docteur J.-A. Fort. 1 vol. in-18, avec 141 figures intercalées dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 10 fr.

De la syphilis ; unité d'origine, incurabilité, traitement. Leçons faites à l'Hôtel-Dieu de Caen, par le docteur Denis-Dumont, recueillies par M. Lésigne. In-18. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Coliques spermatiques, par le docteur Reliquet. In-8. V. A. Delahaye et Cie. 75 c.

Etude clinique et critique sur quelques ulcérations spécifiques de l'aine, et en particulier sur le bubon d'emblée, par le docteur Mauriac. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Contribution à l'étude de la détermination du principe sulfuré d'eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, déductions pratiques, par le docteur Monard. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie, et nécessitant une nouvelle opération, par le docteur Petel. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Du traitement de l'éclampsie puerpérale par l'hydrate de chloral, par le docteur Froger. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De l'hystérectomie sus-vaginale par la voie abdominale dans le traitement des tumeurs utérines en dehors de la grossesse, par le docteur Letoucy. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

De l'influence de la faradisation localisée sur l'anesthésie de causes diverses (lésions encéphaliques, saturnisme, hystérie, zona), par le professeur Vulpian. 1 vol. in-8 de 66 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Traitement du lymphatisme et de la scrofule par l'eau de la Bourboule.

La scrofule est une diathèse qui donne aux liquides et aux solides du corps une vitalité si faible qu'il en résulte une aptitude particulière au développement de maladies cutanées, muqueuses, séreuses, ganglionnaires et osseuses toutes spéciales. (*Dictionnaire de thérapeutique* de MM. Bouchut et Després, 3e édition, p. 1297.)

Un grand nombre de praticiens, comme le docteur Bazin et le docteur Bouchut, ont distingué dans la scrofule plusieurs périodes. Le docteur Bouchut en indique trois, nettement séparées (1) :

La *scrofule primitive*, qui consiste dans une disposition organique manifestée par la peau très blanche, les membres grêles, les chairs molles, la pâleur des téguments et des muscles due à la pauvreté du sang et au défaut de coloration des globules; c'est le lymphatisme;

La *scrofule secondaire*, caractérisée par les scrofulides de la peau, des glandes, des muqueuses et des os; à cette période appartiennent l'impétigo et l'eczéma du cuir chevelu et de la face; les lupus; la blépharite ciliaire; l'angine pharyngée; le carreau; les adénites cervicales, bronchiques, mésentériques; l'ostéite, l'arthrite, les tumeurs blanches non tuberculeuses, la carie, la nécrose, le mal de Pott...;

Enfin, dans la *scrofule tertiaire* se produit la tuberculisation des divers organes; elle se manifeste par la méningite granuleuse, l'encéphalide, la pneumonie lobulaire, la phthisie, l'entérite ulcéreuse, la péritonite tuberculeuse, la néphrite, l'albuminurie scrofuleuse, les tumeurs blanches, la tuberculose générale...

(1) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, 4e édition, p. 909 et suiv.

Le docteur Bazin (1), de son côté, reconnaissait quatre périodes :

La *première*, caractérisée par les affections superficielles du système tégumentaire, les éruptions cutanées, les altérations des muqueuses, l'engorgement sympathique des ganglions, etc.;

La *seconde*, comprenant les lésions tégumentaires plus profondes et laissant des traces indélébiles ;

La *troisième*, embrassant toutes les affections articulaires et osseuses ;

La *quatrième*, à laquelle se rattachent les affections parenchymateuses et viscérales, la tuberculisation des poumons et des ganglions bronchiques, du cerveau et de ses membranes, du foie, de la rate, etc.

On voit que la première période de M. Bouchut est, en réalité, une prédisposition, un état latent, et que sa seconde période embrasse à peu près les trois premières indiquées par M. Bazin. La dernière période de M. Bazin correspond exactement à celle reconnue par M. Bouchut.

Pour ces deux illustres praticiens, d'ailleurs, les indications thérapeutiques qui résultent de la nature de la maladie et de ses manifestations aux diverses époques de son évolution sont les mêmes, et ils sont également d'accord, avec tous les médecins qui se sont occupés de cette diathèse si importante, pour le traitement général à suivre et les médicaments à appliquer.

M. Bouchut recommande comme moyens généraux les toniques et les fortifiants, à toutes les périodes.

Dans la seconde il préconise spécialement l'arsenic, et il déclare que, de tous les médicaments qu'il a employés contre la scrofule, l'*arséniate de soude* est celui qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

(1) azin, *Leçons sur le traitement des maladies chroniques en général, et des maladies de la peau en particulier, par l'emploi comparé des eaux minérales, de l'hydrothérapie et des moyens pharmaceutiques*. Paris, 1870.

a.

Dans les premières périodes de la scrofule, M. Bazin insiste sur la nécessité *de reconstituer l'économie et de lui donner un médicament spécifique dont l'absorption soit facile*. Il faut que ce médicament soit très digestible et qu'il exerce une action énergique sur l'hématose. En fait d'eaux minérales, M. Bazin recommande les eaux *chlorurées sodiques*, et, arrivant à la dernière période de la maladie, il dit :

« La médication hydro-minérale indiquée dans la scrofule viscérale qui n'a pas encore amené d'état cachectique, est l'eau chlorurée sodique. »

Citons, en regard de ces indications, les lignes suivantes écrites par M. Noël Gueneau de Mussy en 1867 (1) :

« Il y a un médicament qui semble doué d'une puissance remarquable pour relever le travail nutritif, pour activer les fonctions d'hématose, et qui exerce une action incontestable sur le système nerveux du grand sympathique. Ce médicament, c'est l'arsenic. »

De ces considérations, émises par les maîtres de la science, n'a-t-on pas *à priori* le droit de conclure qu'une eau minérale comme celle de la Bourboule, à la fois chlorurée sodique et arsenicale au plus haut degré, paraît devoir être le médicament le plus approprié au traitement des affections scrofuleuses ?

Cette déduction théorique a d'ailleurs été confirmée depuis de longues années par les constatations des praticiens. Ainsi M. Pierre Bertrand écrivait en 1855, dans son rapport sur les eaux minérales du Mont-Dore :

« Quant aux affections strumeuses, quels qu'en soient le siège, la forme, et, jusqu'à un certain point, le degré d'intensité, je ne crois pas que nulles eaux minérales, jusqu'à présent connues, puissent le disputer à celles de la Bourboule. »

Quatre années plus tard, dans son important ouvrage *Sur les principales eaux minérales de l'Europe* (France, p. 561), M. Rotureau écrivait :

« Les eaux de la Bourboule sont indiquées spécialement contre la scrofule à toutes ses périodes et à tous ses degrés, depuis le lymphatisme jusqu'aux caries et aux nécroses osseuses accompagnant le degré le plus avancé de la diathèse strumeuse. »

Trois ans après encore, M. Durand-Fardel, dans son *Traité thérapeutique des eaux minérales de France et de l'étranger* (2e édition, Paris, 1862), comparant l'emploi des eaux sulfureuses si souvent préconisées à celui des eaux chlorurées sodiques dans le traitement de la scrofule, dit (p. 256) :

« S'il est vrai, et nous ne pensons pas qu'on le conteste, que les scrofules réclament une médication aussi active et aussi médicamenteuse que possible, il faut convenir que les eaux sulfureuses présentent des ressources fort restreintes sous ce rapport ; tandis que *les eaux chlorurées sodiques fortes constituent la médication spéciale des scrofules* », et, au sujet de la Bourboule : « *C'est spécialement dans la* SCROFULE, *les fièvres intermittentes rebelles, etc., que les eaux de la Bourboule offrent une médication énergique.* »

Enfin, nous terminerons ces citations en rappelant que le docteur Gubler, dans sa brochure du *Traitement hydriatique des maladies chroniques et des principales stations hydro-minérales adaptées aux différentes formes morbides* (Paris, 1874), écrivait, page 11 :

« L'appauvrissement du sang lié au lymphatisme et à la scrofule, ou existant chez des sujets dont la famille est entachée de tuberculose, ou bien encore compliqué d'albuminurie ; cette anémie, disons-nous, relève spécialement des eaux protogéiques salino-martiales du massif central de la France. »

Et page 14 :

« Les lésions de la scrofule externe, les scrofulides, les adénites, etc., ressortissent spécialement aux eaux pélasgiennes ou chlorurées sodiques fortes... Les lésions scrofuleuses profondément situées réclament l'usage interne des eaux minérales capables de modifier la nutrition et la formation organiques ; » et il dit de l'eau de la Bourboule, qu'il appelle *eau reconstituante par excellence* : « Je crois cette eau minérale particulièrement efficace chez les sujets lymphatiques et strumeux, atteints de phthisie lente, à formations caséeuses bien circonscrites, méritant le nom de scrofule interne. »

Nous allons voir maintenant que toutes ces indications et ces prescriptions, émanant des médecins les plus éminents, concordent absolument avec les observations soigneusement recueillies par des praticiens exercés, soit qu'ils aient traité des malades atteints de scrofule à la Bourboule même, soit qu'ils leur aient fait absorber l'eau minérale transportée.

(*A suivre.*)

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXII, p. 149.

De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques et notamment contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 6 novembre dernier, M. le professeur Vulpian, membre de l'Institut, a attiré l'attention de l'assemblée sur un travail fort intéressant au point de vue thérapeutique. Ce travail essentiellement pratique, inspiré par lui et dont les faits ont été recueillis dans son service d'hôpital, sera certainement accueilli avec faveur par tous les praticiens; il s'agit de l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques, et notamment les sueurs nocturnes et matutinales des phthisiques. Quel médecin n'a été appelé à voir combien ce symptôme est pénible pour les tristes victimes de la tuberculose, en même temps qu'il hâte le dénouement fatal!

« On sait, dit M. Vulpian, l'inefficacité de tous les moyens employés jusqu'ici pour combattre les sueurs pathologiques, en particulier celles des phthisiques. Or, à l'aide du sulfate d'atropine donné en pilules d'un demi-milligramme, on parvient *sûrement* à prévenir les sueurs nocturnes de ces malades, et c'est sur une centaine de cas, a-t-il ajouté, que le sulfate d'atropine m'a constamment réussi. »

Les principales observations ont été recueillies par M. le docteur I. Royet, qui a pris ce point de thérapeutique pour sujet de sa thèse inaugurale (1). C'est dans ce travail, fort consciencieusement fait et remarquable à tout point de vue, que nous avons puisé tous les éléments de la question qui fait l'objet de ce résumé, et qui intéresse à un haut degré le corps médical.

« C'est dans le service de M. Vulpian, dit le docteur Royet, que nous avons vu administrer le sulfate d'atropine contre les sueurs. Ce savant professeur l'a employé, pour la première fois, en 1873, sur les indications de plusieurs médecins étrangers : M. Wilson, en Amérique; M. Sydney Ringer, en Angleterre ; M. Frœntzel, en Allemagne. Jusque-là il employait les moyens ordinaires : l'agaric, le tannin, le tannate de quinine, et il obtenait ainsi, comme tout le monde, des résultats quelquefois favorables, plus souvent nuls ou insignifiants. Dès qu'il eut essayé le sulfate d'atropine, il en reconnut vite la supériorité sur tous les moyens précédents. Aussi les a-t-il complètement abandonnés depuis; il n'emploie plus que le sulfate d'atropine. Ce médicament est, pour lui, le remède des sueurs, comme le sulfate de quinine est le remède des fièvres intermittentes. Tous ceux qui fréquentent son service ont pu souvent en admirer les merveilleux effets ; il ne se passe guère de semaine sans que M. Vulpian s'arrête près du lit de quelques malades pour les faire remarquer aux assistants. Quant à nous, nous avons été pendant trois ans le témoin de succès nombreux. Ces succès nous ont convaincu que le sulfate d'atropine est le plus puissant et le plus sûr des antisudorifiques.

» La forme la plus commode pour administrer ce médicament est la forme pilulaire. M. Vulpian prescrit des pilules d'un demi-milligramme chacune. »

En raison de l'action très énergique du sulfate d'atropine, il est indispensable, pour le médecin comme pour le malade, de pouvoir compter sur un médicament pur, inaltérable, toujours identique dans sa composition et très exactement dosé : c'est pour atteindre ce but que le docteur Clin prépare des pilules contenant chacune un demi-milligramme de sulfate d'atropine pur, et réunissant les conditions indispensables pour l'emploi de ce médicament.

« *Doses quotidiennes.* — Certains malades sont extraordinairement sensibles à l'action du sulfate d'atropine : il est prudent de commencer par des doses faibles. Le premier jour, on fera bien de se contenter d'une pilule pour tâter la susceptibilité du malade. Cette seule pilule ne suffit presque jamais; il faudra, s'il n'y a pas eu d'accident la veille, prescrire deux pilules dès le lendemain. Souvent deux pilules produisent l'effet désiré; mais si, par hasard, au bout de trois ou quatre jours, cet effet n'est pas produit, il faudra en porter le nombre à trois. Il est tout à fait rare qu'il soit nécessaire de dépasser ce nombre, cette nécessité ne s'est présentée qu'une fois chez une femme hystérique : il a fallu lui donner jusqu'à quatre ou cinq pilules. M. Vulpian insiste beaucoup sur la nécessité d'arriver aux doses voulues pour le sulfate d'atropine comme pour les autres médicaments; souvent on ne réussit pas uniquement parce que les doses sont trop faibles.

» *Moments de l'administration.* — Ces moments sont loin d'être indifférents. Pour agir sûrement, le sulfate d'atropine doit être pris quelques heures avant le moment présumé des sueurs. Si l'on ne prend qu'une pilule, on la prendra autant que possible deux ou trois heures avant l'arrivée des sueurs, à huit ou à dix heures du soir, par exemple. Si l'on en prend deux, la deuxième sera prise comme tout à l'heure, la première au moins deux heures auparavant : cet intervalle est nécessaire pour éviter les accidents d'intoxication. Si l'on en prend trois, on en prendra deux comme précédemment, et la troisième deux heures avant ou même dans la matinée. Si par hasard on donnait plus de trois pilules, il faudrait bien se garder de les donner à intervalles rapprochés; on les distribuerait dans la journée à des intervalles à peu près égaux.

» *Durée de l'administration.* — Le nombre des jours pendant lesquels on devra administrer le sulfate d'atropine variera naturellement suivant les résultats obtenus. Il arrive souvent que les sueurs cessent dès le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on a donné deux pilules; mais il ne faut pas les supprimer immédiatement, autrement les sueurs ne tarderaient pas à reparaître. On continuera les pilules pendant quelques jours encore; si, au bout de quatre ou cinq jours, l'effet se maintient, on en diminuera le nombre d'abord, et deux ou trois jours après on les supprimera complètement. En moyenne, pour avoir des résultats durables, il faut administrer le médicament une dizaine de jours. Cependant, il est des cas qui exigent un temps bien plus long : il ne faut pas se décourager parce qu'on ne réussit pas d'emblée, la persévérance est quelquefois nécessaire.

» Nous venons de mettre en garde contre la faute d'une administration trop courte, mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et administrer trop longtemps : le malade s'accoutumerait au sulfate d'atropine et deviendrait moins sensible à son action.

» Que faire dans les cas où les sueurs se reproduisent quelques jours après la suppression des pilules? La conduite à tenir est bien simple : il faut redonner les pilules, les redonner autant de fois que les sueurs se reproduisent.

» *Une dernière remarque.* — L'emploi du sulfate d'atropine n'empêche pas d'employer les autres médicaments qui sont utiles au malade. On peut, comme le fait M. Vulpian, administrer en même temps aux phthisiques les potions opiacées, l'arsenic, etc.; aux rhumatisants, le sulfate de quinine, le bicarbonate de soude, etc. Ces substances ne sont point incompatibles avec le sulfate d'atropine. »

En prescrivant les pilules de sulfate d'atropine du docteur Clin, les médecins seront certains de procurer à leurs malades un médicament pur et d'un dosage *rigoureusement exact.*

(*Union médicale.*)

---

(1) Faculté de médecine de Paris 1877, n° 371.

De l'aconitine dans les névralgies.

Les affections désignées sous le nom de *névralgies*, si douloureuses et souvent si difficiles à combattre, sont depuis longtemps le sujet d'études constantes et d'observations suivies de la part d'un grand nombre d'expérimentateurs.

Les faits cliniques relatifs aux puissantes propriétés antinévralgiques de l'aconitine cristallisée, signalés dans ces dernières années, ont vivement attiré l'attention des thérapeutistes, et l'excellent travail du docteur Oulmont (1), médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, vient amplement confirmer les résultats énoncés précédemment.

« L'aconitine, dit le docteur Oulmont, réussit parfaitement dans certaines formes de névralgie faciale essentielle, c'est-à-dire qui ne sont pas liées à d'autres lésions sans intermittence ni périodicité bien marquées, névralgies congestives, comme les appelle M. Gubler, survenues le plus souvent à la suite de refroidissement. L'aconitine produit, dans ce cas, des guérisons d'une rapidité extrême, en deux jours, trois jours. J'ai vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée, et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à 1/4 de milligramme d'azotate d'aconitine.

» Le succès est plus marqué et plus rapide dans les névralgies récentes que dans les névralgies anciennes. On cite pourtant de ces dernières datant d'un mois, deux mois, cinq ans, qui ont guéri : la première au septième jour, la deuxième au troisième jour et la troisième en trois semaines (Laborde et Franceschini).

» L'aconitine n'est pas sans action sur les névralgies ou les hyperesthésies secondaires, comme celles qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies, etc., etc.

» Le rhumatisme articulaire aigu traité par l'aconitine nous a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à la dose, au début, de 1/2 milligramme par jour, augmentée tous les jours de 1/2 milligramme et portée jusqu'à 1 milligramme et 1 1/2 milligramme, la guérison est arrivée une fois en huit jours, et la deuxième fois en dix jours. La température, de 39 à 38 degrés à l'entrée du malade, était descendue à 37°,2 et 36°,1, et le pouls était tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a eu lieu également, mais seulement au quinzième et au dix-huitième jour, et la dose du médicament fut portée graduellement à 2 milligrammes et 2 1/2 milligrammes. L'action apyrétique fut également bien évidente, et la température descendit, vers le huitième et le neuvième jour, de 1°,5 à 2 degrés.

» Les résultats obtenus par M. Gubler sont tout aussi remarquables (thèse de M. Franceschini, p. 52 et suiv.). Sur quatre observations qui ont été publiées et dans lesquelles les malades ont été traités par les injections hypodermiques de 1/2 milligramme une et deux fois par jour, jointes aux doses d'aconitine de 1/2 milligramme prises à l'intérieur, portées graduellement de 2 jusqu'à 4 doses par jour, la guérison eut lieu le sixième, le neuvième, le douzième et le treizième jour; une seule fois il resta une certaine raideur articulaire. L'action sur la douleur a été très rapide du deuxième au quatrième jour. Sur la fièvre, elle a été plus lente, mais non moins manifeste. »

(1) *De l'aconit, de ses préparations et de l'aconitine considérés au point de vue thérapeutique.* Paris, 1877; Académie de médecine, séance du 29 janvier 1878.

« Dans les névralgies du trijumeau, dit le professeur Gubler (1), ses effets sont véritablement merveilleux. »

M. le docteur Oulmont termine son travail par cette conclusion, que l'aconitine est un médicament bien défini, qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son énergie il faut ne l'employer qu'à très petites doses et largement espacées.

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués. Pour combattre cette complication le docteur Moussette a eu l'heureuse idée d'associer à l'aconitine le quinium, dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Il est indispensable pour le médecin et pour le malade de pouvoir compter sur un médicament pur, inaltérable, toujours identique dans sa composition et très scrupuleusement dosé. C'est pour atteindre ce but que le docteur Moussette prépare des pilules contenant chacune très exactement : un cinquième de milligramme aconitine cristallisée; 5 centigrammes quinium pur.

En raison de l'action énergique de l'aconitine, il est bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par trois pilules Moussette : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour jusqu'à 6 dans les 24 heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà. S'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que l'action sédative que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *névralgies du trijumeau*, les *névralgies congestives*, les *affections rhumatismales, douloureuses et inflammatoires*, etc., etc. »

En prescrivant les *véritables pilules Moussette*, les médecins seront certains de procurer à leurs malades un médicament d'une efficacité incontestable et d'un dosage rigoureusement exact.

(1) *Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine.* Paris, 1877.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 22 avril 1880.

Académie de médecine : L'ALLAITEMENT.

M. Delpech a développé avec succès, devant l'Académie, les objections qu'il avait opposées au projet du Conseil municipal, relatif à des essais d'allaitement artificiel et à l'installation d'une nourricerie dans un bâtiment annexe de l'hospice des Enfants assistés. Il a vivement critiqué quelques parties de ce projet, auquel nous croyons qu'on peut surtout reprocher d'installer une espèce de ferme d'élevage en plein Paris et dans un hôpital d'enfants. Ces conditions, nous l'avons déjà dit, nous paraissent mauvaises et peu propres à accréditer un mode d'allaitement qui n'est pas précisément en faveur. Relativement à l'espèce des animaux qui doivent fournir le lait, M. Delpech a montré que la vache et la chèvre pouvaient seules être employées. Encore faut-il faire des réserves pour la chèvre, qui ne peut fournir une quantité notable de lait que pendant six mois environ. Quant à l'ânesse, elle perd rapidement son lait quand on la sépare de son petit, et la quantité de liquide est relativement fort minime. Ce serait une dépense considérable. On ne peut préjuger de quelle utilité serait le lait de jument ou le lait de chienne. En somme, quoique reconnaissant les avantages qu'on peut retirer de l'allaitement artificiel dans des conditions données, M. Delpech ne croit pas que le projet patronné par le Conseil municipal mérite les encouragements de l'Académie.

M. J. Guérin, tout en mettant au premier rang l'allaitement maternel, se montre chaud partisan de l'allaitement artificiel. Il croit qu'il y aurait grand intérêt à le soumettre à une étude scientifique, et à se rendre compte de la valeur des différents modes d'alimentation qu'on pourrait, en cas de nécessité, substituer à l'allaitement maternel. M. J. Guérin se déclare l'ennemi de l'allaitement par les nourrices. Pour lui, un des principaux mérites de l'allaitement artificiel serait de restreindre notablement un commerce qu'il considère comme peu moral, et de rendre à leurs enfants, à leurs devoirs, des femmes que l'appât d'un salaire élevé sépare de leurs familles.

Quand on résume les arguments présentés par les adversaires ou les partisans de l'allaitement artificiel, on voit facilement que les dissentiments sont plus apparents que réels. Tout d'abord, et des deux côtés, on ne considère ce mode d'alimentation que comme une ressource, dans les cas, malheureusement fréquents, où l'allaitement maternel fait défaut. En pareille circonstance on a le choix entre l'allaitement par la nourrice ou par le lait des animaux. Si on n'envisage que l'intérêt de l'enfant, l'allaitement par la nourrice est évidemment préférable, mais à la condition que la nourrice se substitue à la mère; condition tout à fait exceptionnelle, si la nourrice ne vit pas dans la famille du nourrisson. Quand il s'agit d'envoyer l'enfant chez une nourrice éloignée, les avis se partagent, et beaucoup de médecins soutiennent que l'allaitement artificiel bien conduit donnera alors de meilleurs résultats que l'envoi en nourrice avec toutes ses chances inévitables. Ce qu'il faut bien établir, ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est qu'il est impossible de juger la valeur de l'allaitement artificiel par les résultats qu'il donne chez les enfants élevés par des nourrices sèches en dehors des familles. En pareil cas l'expérience est faite; les statistiques sont lugubres. Mais il s'agit précisément de transformer ces méthodes barbares. Il n'est pas de médecin qui, en consultant ses souvenirs, n'y trouve des exemples de succès obtenus par

FEUILLETON

Notice sur Jean Le Bon, médecin du cardinal de Guise, par A. BENOIT, conseiller à la Cour de Paris. — Paris, Martin, successeur d'Aubry, 1879, in-8 de 71 pages.

L'auteur a fait suivre sa notice de la prosopopée *le Rhin au Roy*, 1568, et classe J. Le Bon parmi les moralistes du seizième siècle. Dans cette étude très intéressante à plus d'un point de vue, j'apprécierai surtout la partie médicale, où je vais moissonner à pleines mains pour les lecteurs de la *Gazette*.

I

Jean Le Bon, qui, selon l'expression de La Croix du Maine, « a fait parler de lui, en son temps, pour beaucoup d'occasions dignes de remarque », est né au commencement du seizième siècle, à Autreville, près de Chaumont-en-Bassigny (Haute-Marne).

De là son surnom de l'*Hétropolitain*, que beaucoup n'ont pu s'empêcher d'écrire naturellement *Hétéropolitain*. Ami des Muses, il se donne parfois le prénom d'*Apollinaire*. Il a pris aussi le pseudonyme de NOBEL, l'anagramme de LEBON. Mais je ne crois pas que la *Philippique de* JEAN MACER *contre les poëtastres et rimailleurs françois de nostre temps*, Paris, 1557, doive lui être attribuée. Le style de ce pamphlet n'est point de Le Bon (lisez p. XXVI et suivantes de la notice). De plus, il ferait double emploi avec *Oraison ou invective contre les poètes confrères de Cupidon et rithmailleurs de nostre temps*, par JEAN NOBEL. Rouen, 1554.

Le Bon se fixa d'abord comme médecin à Chaumont, où il mourut en 1583, d'après les recherches attentives de mon ancien collègue et ami, le docteur E. Bougard (*Bibliotheca Borvoniensis*, 1866, gros in-8). Il a demeuré aussi à Langres où, disait-il en 1576, il avait laissé ses Mémoires à cause de l'invasion des Rheistres. Mais en 1574, il y avait déjà plus de vingt ans qu'il allait pendant la saison des bains à Bourbonne

un allaitement artificiel conduit avec intelligence. Nous connaissons pour notre part des familles où les enfants ont tous été élevés de cette façon et avec pleine réussite. Plusieurs de nos confrères consultés à ce sujet nous ont fait part de cas analogues. Beaucoup de ceux qui rejettent comme meurtrier l'allaitement artificiel, n'ont peut-être pas été à même de voir ce que peut en obtenir une mère intelligente et dévouée, surveillant elle-même la préparation des aliments donnés à l'enfant et associés au lait, qui doit dans les premiers mois constituer le fond du régime. L'appareil digestif de l'enfant est sous ce rapport d'une délicatesse toute particulière. Tel enfant de quatre à cinq mois qui supportera parfaitement une panade bien cuite ou quelques demi-tasses de farine lactée convenablement préparée, prendra la diarrhée avec les mêmes aliments, pour peu que leur préparation ait été modifiée. Un de nos confrères nous faisait part, à cet égard, d'observations prises sur ses propres enfants, et qui démontrent l'influence capitale d'une direction intelligente et attentive. Nous ne parlons en ce moment que des faits observés à Paris autour de nous. En province, à la campagne surtout, quand le lait maternel manque, on s'adresse sans hésitation à l'allaitement artificiel; ce n'est que par exception qu'on cherche une nourrice; la plupart des médecins y autorisent pleinement cette pratique et s'étonnent des réprobations qu'elle soulève chez la plupart des médecins des grandes villes. Que l'Académie provoque à ce sujet une enquête, qu'elle fasse appel aux renseignements que peuvent lui fournir rapidement les médecins de province, non pas sur l'allaitement artificiel pratiqué par des mains mercenaires, mais bien sur celui qu'ils observent dans les familles, conduit par les mères ou les parents, et on verra si les statistiques ne changent pas.

Il est bien certain qu'on n'arrivera jamais à prouver que l'allaitement artificiel vaut l'allaitement par la mère ou par une véritable nourrice; mais comme il est malheureusement reconnu que ces deux modes d'allaitement font bien souvent défaut, que le second surtout soulève une foule d'objections et rencontre mille difficultés, on sera peut-être amené à examiner de plus près les perfectionnements qu'on peut apporter à l'allaitement artificiel, dont les insuccès tiennent souvent à l'inexpérience, au mauvais vouloir, ou simplement à l'indifférence de ceux qui l'emploient.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Un cas de syphilis conjonctivale, par le docteur Sichel fils.

Les affections syphilitiques, bornées à la conjonctive, sont fort rares. A grand'peine ai-je pu en recueillir quatorze cas environ, décrits et bien précis. La majorité de ceux-ci sont des cas de tumeurs gommeuses, et, par conséquent, d'accidents secondaires tardifs et qui, du reste, comme presque tous les accidents oculaires de la syphilis, constituent, en quelque sorte, des accidents de transition entre la seconde et la troisième période de la maladie.

Souvent, lorsque l'on a constaté sur la conjonctive la présence des lésions dont nous parlons, elles coïncidaient avec des accidents de même nature sur les paupières ou les autres téguments. Plus rarement on les a vues se montrer en même temps qu'une éruption à la face. Le plus souvent, même, elles coexistaient avec des syphilides papulo-crustacées, des gommes ulcérées ou des syphilides ulcéreuses tardives.

Mais, si ces altérations spécifiques sont déjà rares, moins fréquentes encore sont les lésions primitives ou celles qui coïncident avec les premiers phénomènes secondaires. C'est ainsi que je ne connais de publiés, jusqu'à présent, que deux cas de chancre induré (Desmarres père) et un de chancre mou (Després), survenus d'emblée sur la conjonctive. Quant aux syphilides hâtives, je n'ai pu en relever que deux cas parfaitement francs et précis (Desmarres père, de Wecker).

La rareté d'un semblable fait serait donc une raison déjà suffisante pour justifier la publication d'une observation de ce genre, si les singulières méprises dont ces faits peuvent être l'occasion ne leur donnaient un intérêt de plus.

Pour preuve de cette assertion, je ne veux relever que ce qui eut lieu pour le cas rapporté par de Wecker, et où il s'agissait d'une tumeur lobulée, bosselée, d'une couleur gris rougeâtre, très vascularisée, siégeant au bord de la cornée et dont l'analogie avec un épithélioma de la conjonctive était telle, que nous la prîmes tout d'abord tous pour une tumeur de cette nature. La coïncidence d'une *corona veneris*, seule, fit soupçonner par de Wecker, dont l'opinion fut aussitôt partagée par mon père, qu'il s'agissait là d'une lésion syphilitique, autrement dit d'un véritable condylome de la conjonctive.

A ce double point de vue, le fait suivant, que j'ai eu l'occasion d'observer à la fin de 1878, offrira, j'espère, quelque intérêt.

Obs. — Le nommé Alfred G..., âgé de vingt-huit ans, se présente à ma clinique le 1er octobre 1878, où il est inscrit sous le

---

et à Plombières, « les ayant practiquez par l'espace de vingt ans entiers et plus; ensemble ceux de Plommières » (dédicace de l'*Abrégé des bains de Borbonne*, datée de Lyon, 4 novembre 1574). C'est de Remiremont, 15 juin 1576, qu'est datée celle de la deuxième partie des *Adages* « à M. Ronsard Vandômois..... ». « A tant verras, Ronsard, que le médecin estant en Vosges sur les montagnes, arborisant plantes rares et incognues, a trouvé la source de notre rythme, où tu es le prince entre les Gaulois. » La troisième partie des *Adages* « à M. de Baïf » est de Poictiers, le 1er octobre 1577. L'*Abbrégé de la propriété des bains de Plommières*, dédié « à la Royne » est de Paris 1576, etc. Le Bon a donc souvent changé de résidence. Du reste, il eut à suivre, dans ses nombreux voyages, son illustre client le cardinal de Guise (1). A la fin de 1574, il était à Avignon. C'est là qu'il écrit l'épître dédicatoire « à Ronsard premier rhymeur des François » le 18 novembre, et l'avis *ad lectorem* le 26 du même mois, placés en tête de son opuscule : l'*Origine et Invention de la rhyme* (1). On lit à la fin : *Die natalis Domini, Aveniopoli, in aulæ Divi Henrici, regis Galliarum et Poloniæ*. Avignon fêtait alors le passage de Henri III, qui « revenait, sans trop de hâte, prendre possession du trône de » France, vacant depuis le 30 mai par le décès prématuré de » son frère Charles IX... *Estaient millions de Pharos, sur* » *le palais, tours et tourillons de là à l'entour*, et à cette » occasion Le Bon composa ce distique :

» Omnia flamma petit, cœlos et sidera vincit;
» Avenio Henricum pro patre læta capit. »

Le Bon a voyagé aussi hors de France. Il a visité sûrement

(1) Louis Ier de Lorraine (1527-1578), archevêque de Sens; fils de Claude de Lorraine, duc de Guise, et d'Antoinette de Bourbon; frère de Charles, cardinal de Lorraine et archevêque de Reims (1524-1574); et de François, duc de Guise, tué à Orléans par Poltrot de Méré (1519-1563), etc.

(1) La seule édition qui reste est de Lyon, 1582.

n° 12361. Il se plaint de démangeaisons assez vives vers le grand angle de l'œil droit, ainsi que d'une sensation analogue à celle que produirait un corps étranger. Ni photophobie, ni douleurs périorbitaires. Cependant, l'œil est à demi fermé. En écartant les paupières droites, on constate une légère injection conjonctivale assez bien limitée à la région du grand angle. La rougeur occasionnée par cette injection est, en somme, de moyenne intensité. La teinte du reste de la conjonctive diffère peu de celle de l'œil gauche.

Au centre de la partie hyperhémiée, on remarque une petite tumeur de forme ovalaire, de la grosseur d'un grain de blé, de couleur rose jaunâtre, ressemblant quelque peu, soit à une grosse phlyctène en voie de développement, soit à la transformation fibreuse localisée et circonscrite de la conjonctive, connue sous le nom de *pinguecula*. La consistance de la petite tumeur est, du reste, assez ferme, mais son élévation au-dessus des parties voisines peu accusée. Pas de sécrétion conjonctivale. On prescrit quelques insufflations de calomel en poudre.

Le malade se représente le 4 octobre. Les symptômes se sont peu modifiés. Les caractères objectifs, seuls, se sont quelque peu accentués, par suite d'un léger accroissement de la petite tumeur. Soupçonnant une brûlure, on questionne le malade, qui répond négativement et affirme n'avoir été victime d'aucun traumatisme.

Appelé en province depuis le 30 septembre au soir, et absent de Paris lors des deux premières visites du malade à ma clinique, je ne vois celui-ci que lorsqu'il se présente pour la troisième fois, le 10 octobre.

La tumeur a, paraît-il, doublé de volume; elle est maintenant nettement aplatie et ovalaire. Son grand diamètre, dirigé transversalement, mesure 13 millimètres; son petit diamètre vertical, 6mm,5. Elle siège exactement dans le quart interne et inférieur de l'hémisphère antérieur du globe, entre les insertions des muscles droit interne et droit inférieur. Elle est contiguë à la cornée, au limbe de laquelle elle s'arrête, sans empiéter en quoi que ce soit sur celui-ci.

La tumeur présente maintenant la forme d'un fer à cheval à concavité tournée vers la cornée. Bien qu'aplatie, elle fait un léger relief au-dessus des parties voisines de la conjonctive. Sa surface est excoriée, quelque peu creusée d'une légère dépression, renfermant un peu de muco-pus grisâtre, pultacé. La tumeur, légèrement rénitente, élastique, s'efface en partie sous la pression du doigt.

Un examen plus minutieux, pratiqué, d'une part, à l'éclairage oblique, et, d'autre part, à la loupe, montre la surface de la tumeur inégale. Son aspect est bosselé; elle semble composée de la juxtaposition d'une série de petites élévations disposées par amas, formant des sortes de petits lobules. Toute la tumeur et son voisinage immédiat sont pourvus d'un réseau vasculaire abondant. Il n'y a toujours pas trace de sécrétion conjonctivale. Du reste, douleur nulle; simple sensation incommode, analogue à celle produite par un corps étranger roulant entre les paupières.

Quelle est donc la nature de cette tumeur?

La première idée qui se présente est celle d'une *pustule conjonctivale monstre;* mais la forme en fer à cheval et l'aspect lobulé de la tumeur font vite écarter cette idée.

Ne s'agirait-il pas plutôt d'une *hypertrophie simple* de la conjonctive, due à l'épaississement de la couche épithéliale ou au développement anormal du corps papillaire, ainsi que cela s'observe parfois sur les jeunes gens et, surtout, sur les enfants lymphatiques et débilités, sur l'anneau conjonctival périkératique, où cette hypertrophie constitue une variété particulière de la conjonctivite pustuleuse chronique, dont elle n'est, du reste, qu'une conséquence?

A cette hypothèse on doit également répondre par la négative : car l'hypertrophie conjonctivale ne survient *qu'à la longue*, après de nombreuses rechutes de conjonctivite phlycténulaire, rechutes se succédant rapidement, pour finir par ne plus disparaître et amener le développement exagéré des différentes couches de la muqueuse. Pour qu'il nous fût permis de poser ici ce diagnostic, il faudrait donc, vu l'âge du sujet, qu'il y eût eu de nombreuses poussées antérieures de conjonctivite pustuleuse chez notre malade, et celui-ci affirme qu'avant le 24 septembre, date du début de l'altération, il n'a jamais eu aucune affection oculaire. Mais, ne serait-il pas permis dès lors, toujours à cause de l'aspect bosselé, lobulé de la tumeur, de conclure à la présence d'un *épithélioma* de la conjonctive? Les différents caractères de la tumeur, son aspect, sa forme, son siège, sa coloration, la vascularisation du voisinage, l'absence de sécrétion, l'indolence, sont tous symptômes appartenant à l'épithélioma. Oui, certes; mais, l'âge du sujet et, surtout, la rapidité de l'évolution de la tumeur, qui, en moins de quinze jours, en est arrivée d'une simple petite portion hyperhémiée de la conjonctive, à une véritable tumeur offrant les caractères ci-dessus décrits, font vite abandonner cette dernière hypothèse.

Cependant, tout en constatant cette analogie d'aspect avec l'épithélioma de la conjonctive, je me rappelai le cas analogue, que j'avais observé en 1866, cas publié depuis lors (de Wecker), et dans lequel, comme je le rappelais plus haut, une semblable tumeur avait été également prise pour un épithélioma. Mais, dans ce cas, la présence d'une *corona veneris* avait rapidement levé les doutes, et on avait conclu à une syphilide conjonctivale.

Je portai donc ici également le diagnostic de : *Syphilide papulo-ulcéreuse de la conjonctive bulbaire de l'œil droit.*

On procéda immédiatement à l'examen complet du malade, et voici ce qui fut constaté :

Sur les bras, le tronc, les épaules et le cou du malade, on remarque une éruption assez confluente et bien caractérisée de syphilides papuleuses et papulo-squammeuses. Au menton se voient aussi quelques papules peu apparentes. Toutes ces papules n'ont jamais été accompagnées de démangeaisons. L'arrière-gorge, la bouche et la langue sont vierges de tout accident; mais les organes génitaux laissent voir des stigmates évidents de syphilose.

On constate à la base du gland, en arrière de la couronne, l'existence d'une cicatrice s'élevant quelque peu au-dessus du niveau de la muqueuse et présentant l'induration cartilagineuse, ligneuse même, si caractéristique. La pléiade ganglionnaire est nettement sentie dans l'aine droite. L'interrogation du malade fournit, en outre, des preuves non moins certaines d'une infection récente. L'ulcère, dont les traces sont encore si manifestes, n'a que peu inquiété le malade, à cause de son peu de suppuration et de profondeur. Le malade s'est traité lui-même, avec un peu de poudre de calomel, dont il saupoudrait le chancre, qui, du reste, s'est cicatrisé au bout de quatorze jours. C'est quinze à vingt jours environ après les derniers rapports sexuels qu'il a été aperçu.

---

les bords du Rhin, la Suisse, l'Italie. On voit dans l'*Etymologicon* qu'il a été en Angleterre et en Espagne. « Non plus » qu'à Londres, pour avec les gens doctes m'en estre là fort » enquesté, l'an 1568, » *feuillet* 21.— « En Espagne, tirant du » pais d'Aragon au roiaume de Valence, je m'arrêtai à cuillir » une verge et rose de Rhododandrum, » *feuillet 44, verso*.— « La pérégrination, dit-il dans l'*Origine et Invention de la* » *rhyme*, rend les hommes plus sçavans et plus expers à des» cription des choses. Je n'entends pas des illettrez ou idiots... »

II

Bien avant les deux traités sur les bains de Bourbonne (1574) et de Plombières (1576), où Le Bon a les titres de « médecin du roy et de Mgr le cardinal de Guise », M. A. Benoît place *Therapia puerperarum per Johannem Le Bon Hetropolitanum, medicum*. Parisiis, Jacobus Du Puys, 1554, in-16. Or, ce célèbre opuscule, qui est demeuré longtemps classique, a été imprimé pour la première fois en 1577, avec le *Thesaurus sanitatis paratu facilis* de Jean Liebault. Parisiis, apud J. Du Puys. Il a une pagination particulière (1) et un titre à part : *Therapia puerperarum per Joannem Le Bon Heteropolitanum, regis et reverendissimi Cardinalis Guisiani medicum. Parisiis, apud J. Du Puys*, 1577. On lit d'ailleurs dans la dédicace de Le Bon : « Ornatissimo viro Joan. Liebaultio, Parisiensi medico », datée de Chaumont-en-Bassigny, calendes de mars 1577 : *Mitto ad te opusculum... quod ego aliquantulum subductus a fumis aulicis superiori hyeme domi sum meditatus :... si quid ergo in his nostris feriis dignum existimes, quod luce oculisque hominum fruatur, typographo excudendum dabis; sin minus laceris papyris trades, aut tineis excudendum relinques...* On retrouve *Therapia puerperarum* à la page 387 du deuxième tome (Bâle, 1586), que Gaspard Bauhin a ajouté

(1) Le petit traité de Le Bon est accompagné de la *Thérapeutique des enfants nouveau-nés* d'Eucharicus Rhodion, en tout 32 feuillets avec le titre (4 feuilles, A, B, C, D).

Enfin, le malade porte, en outre, de volumineux ganglions sous-occipitaux indolents.

Nous sommes donc bien en présence d'un cas de syphilis secondaire, et le diagnostic de l'affection oculaire se trouve dès lors justifié.

Sans aucun doute, si l'éruption eût été plus manifeste au visage, nous n'eussions pas eu à faire un diagnostic différentiel si soigneux. La présence d'accidents secondaires à la face facilite, en effet, singulièrement le diagnostic, comme dans le cas de de Wecker, par exemple.

La nature de l'affection étant une fois établie, on conseille aussitôt au malade un traitement hydrargyrique par les onctions avec l'onguent napolitain, 2 grammes matin et soir, simultanément avec l'administration à l'intérieur du chlorate de potasse.

Le malade se représente le 18 octobre. Les symptômes locaux et généraux se sont peu modifiés, l'éruption au visage seule s'est quelque peu accentuée. Vu l'intérêt qui se rattache à un semblable cas, je demande au malade de se présenter à M. le professeur Fournier. Notre éminent confrère, après un examen attentif, nous déclare que ce n'est que le second cas de ce genre qu'il ait eu l'occasion d'observer dans sa longue et importante pratique. Il ajoute qu'il en a un autre moulé dans son musée de l'hôpital Saint-Louis.

Le 22 octobre, bien que l'affection oculaire soit en voie d'effacement, l'éruption au visage a, au contraire, sensiblement augmenté. Aussi le malade, qui par sa position sociale est en contact journalier avec le public, me demande à consulter M. Ricord, dans l'espoir que celui-ci, vu sa grande expérience, lui conseillera quelque moyen propre à faire effacer rapidement l'éruption du visage.

Le soir même, nous nous présentons à notre savant et aimé maître, et celui-ci constate, sur la conjonctive, la présence d'une syphilide papulo-ulcéreuse en voie d'effacement. Sur le visage et le tronc existe une véritable roséole papuleuse. Comme le malade se plaint de l'ennui et du dégoût que lui occasionnent les onctions d'onguent napolitain, notre maître prescrit les pilules de proto-iodure de mercure de sa formule et, contre l'éruption cutanée, sur la demande spéciale du malade, les fumigations de cinabre.

Je revois le malade le 26 octobre. Bien qu'il n'ait pris encore que trois fumigations de cinabre, les taches cuivrées, lenticulaires du visage, surtout celles si confluentes du menton, ont déjà énormément pâli; elles sont en voie d'effacement. La tumeur conjonctivale est très affaissée. A peine fait-elle maintenant un très léger relief. Elle a également perdu beaucoup de ses dimensions. Le diamètre transverse ne mesure plus que 7 millimètres; le diamètre vertical, 2mm,5. Tandis qu'au moment où je vis le malade pour la première fois, la tumeur confinait au limbe cornéen, il existe maintenant entre celui-ci et le bord externe de la cornée un espace libre mesurant 1mm,5 environ. La teinte s'est aussi sensiblement modifiée. De rougeâtre qu'elle était au début, elle est maintenant jaunâtre. Il y a donc, en somme, une notable amélioration.

Le malade revient consulter le 6 novembre. La roséole papuleuse est complètement effacée au visage. La conjonctive présente ses caractères normaux, sauf dans un point très circonscrit situé dans le quart inférieur et interne de l'hémisphère antérieur du globe. Dans cette région, à 4 millimètres de la cornée, se voit encore une petite plaque d'un rose jaunâtre, faisant à peine relief au-dessus des parties voisines, peu vascularisées. On ne constate aucun autre symptôme oculaire. Le malade, qui depuis le début est soumis au traitement hydrargyrique, se plaignant de troubles de la digestion et un léger liséré existant aux gencives, on conseille de suspendre les pilules et on prescrit l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Le 14 novembre, il ne reste plus comme vestiges de la lésion conjonctivale qu'une teinte jaune roussâtre de la conjonctive bulbaire, dans le point où existait la papule ulcérée. La roséole a quelque peu reparu au visage, notamment à la houppe du menton, où on aperçoit trois ou quatre petites papules, très pâles cependant. A la commissure gauche des lèvres, on constate une légère érosion, qui n'a cependant pas l'apparence d'une papule muqueuse.

Le 22 novembre, toute trace d'affection conjonctivale a complètement disparu. La muqueuse oculaire présente maintenant partout ses caractères normaux; mais, en revanche, l'érosion de la commissure des lèvres s'est accentuée et présente, maintenant, les caractères précis d'une syphilide papulo-érosive. En outre, on en constate d'agglomérées sur l'amygdale droite et une isolée sur la luette. En présence de cette recrudescence des accidents généraux, je conseille de nouveau les pilules de proto-iodure de mercure.

Le malade se présente une dernière fois le 11 décembre. La conjonctive offre, maintenant, un aspect absolument normal, et il serait aujourd'hui impossible à l'œil le plus exercé de soupçonner qu'il a existé là une lésion aussi intense de la muqueuse. Cependant, les accidents secondaires généraux continuent à évoluer régulièrement. Depuis trois ou quatre jours des plaques muqueuses très douloureuses sont survenues à l'anus. Mais, pour ces accidents, le malade suivra dorénavant les conseils d'un spécialiste plus autorisé.

Pour clore cette note, il serait peut-être utile de remarquer que les accidents secondaires qui, vers le 6 novembre, semblaient en voie d'effacement, ont montré une recrudescence manifeste à partir du 14. On se souviendra, du reste, qu'à partir du 6 on avait conseillé au malade de suspendre le traitement mercuriel et d'employer l'iodure de potassium. Ne serait-ce pas à cette modification dans le traitement qu'on serait en droit d'attribuer la recrudescence des accidents généraux? Tout le monde sait, en effet, que le médicament unique contre les accidents secondaires est le mercure, tandis que l'iode ne se montre efficace que contre les accidents de la troisième période. Et ceci est si vrai que, par une administration hâtive, c'est-à-dire dès l'apparition de l'accident primitif, des préparations mercurielles, on s'expose à supprimer complètement l'évolution des accidents secondaires, de sorte qu'il arrive quelquefois qu'on se trouve en présence d'accidents tertiaires chez des malades qui affirment n'avoir pas été atteints de syphilis, parce que, bien qu'ayant eu une lésion primitive, celle-ci n'a pas été suivie de phénomènes secondaires, et n'a, par conséquent, pas dû, suivant eux, déterminer une infection. Tout récemment encore j'ai été témoin

---

à une nouvelle édition du *Gynæciorum sive de Mulierum affectibus*, etc., de Gaspard Wolph, publié en 1566, à Bâle, in-4.—Le recueil de Bauhin, en quatre tomes in-4, a été reproduit exactement par Israël Spach en un seul volume in-folio. Strasbourg, 1597. Le petit traité de Le Bon est à la page 394. — Une édition des œuvres de Jacques Houllier, commentées par Louis Duret et Antoine Valet, publiée à Francfort (*Francofurdi*), 1603, chez Nicolas Hoffmann, in-16, contient encore l'opuscule de J. Le Bon. L'exemplaire de la bibliothèque de l'École de médecine (n° 33 330, D.) est incomplet; il s'arrête à la page 864; mais le titre porte : *His recens accessit Therapia puerperarum*, etc. *Recens* répond ici, probablement, à la date 1597, celle de la seule publication connue du typographe N. Hoffmann, à moins qu'il y ait eu une autre édition à Francfort, 1589, comme l'indiquent quelques auteurs.

René Chartier l'a aussi jugé digne de figurer dans son édition des *Omnia opera practica* de J. Houllier, avec les mêmes commentaires de Louis Duret et d'Antoine Valet : (s. l.) excudebat J. Stoer, 1623, in-4. — Genève, P. Chouet, 1635, in-4 (même impression). *Therapeia puerperarum* est à la page 298. — Paris, 1664, in-fol., de J. Dallin, qui a encore ajouté aux œuvres de J. Houllier des notes de J. Hautin. — Paris, J. d'Houry, 1674. Même in-fol. (le titre seul a été imprimé de nouveau). Le petit traité de J. Le Bon est à la page 685. Dans toutes ces éditions, depuis R. Chartier, on a écrit *Therapeia* au lieu de *Therapia*. M. A. Benoît les acomprises toutes dans cette trop simple indication : « La *praxis medica* de Jacques Hollier (*sic*), Francfort. »

Parmi les autres ouvrages médicaux, M. A. Benoît cite, d'après La Croix du Maine : deux traités de Galien « interprétés en françois par Jean Le Bon ». Paris, 1556 : 1° *D'alaigrir le corps*; 2° *Que les mœurs de l'âme suivent la complexion du corps*. — *La physionomie d'Adamant, sophiste*, avec le livre des *Nèves* ou verrues naturelles. Paris, 1556. « Camerarius, dit M. Benoît, a publié à Bâle, en 1544, une version » latine du texte grec d'Adamant, et c'est cette version que

d'un fait semblable, et, chose plus curieuse, sur un membre du corps médical, qui m'a soutenu longuement la théorie ci-dessus (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Hernie étranglée. — M. *E. Bourguet* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un ouvrage intitulé : *De l'immobilisation de l'anse intestinale dans quelques opérations graves de hernie étranglée.* Cet ouvrage est accompagné d'une analyse manuscrite. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Sur les alcaloïdes naturels et mydriatiques de la Belladone, du Datura, de la Jusquiame et de la Duboisia. Note de M. *A. Ladenburg.* — On peut extraire de la Belladone au moins deux alcaloïdes; l'un est celui connu sous le nom d'*atropine*, qui a été obtenu pour la première fois à l'état de pureté par Meyn, et pour lequel Liebig a établi la formule exacte $C^{17}H^{23}AzO^3$. Il forme de beaux prismes, fondant de 113°,5 à 114 degrés, et est caractérisé surtout par un sel d'or fondant de 135 à 137 degrés, qui ne possède aucun éclat, et que M. de Planta a eu entre les mains à l'état de pureté. M. Kraut et M. Lossen ont trouvé, presque simultanément, que l'atropine peut être dédoublée en *tropine* $C^8H^{15}AzO$ et *acide tropique* $C^9H^{10}O^3$, et j'ai réussi l'année dernière à reconstituer la base au moyen de ces deux constituants. Outre l'atropine, la Belladone renferme aussi de l'*hyoscyamine*, dont les propriétés seront indiquées plus bas. Mais ce deuxième alcaloïde n'y est contenu qu'en petite quantité, de telle sorte qu'il est difficile de l'isoler. Il est connu dans le commerce sous le nom d'*atropine légère*, à cause de son faible poids spécifique.

Le *Datura stramonium* renferme principalement ce dernier alcaloïde, l'hyoscyamine. Une comparaison attentive, dont je ne puis donner ici le détail, et que j'ai faite en collaboration avec l'un de mes élèves, M. G. Meyer, a démontré l'identité de la *daturine* avec l'*hyoscyamine*. Outre l'hyoscyamine, le *Datura* paraît renfermer aussi de l'atropine, quoique l'auteur ne soit pas encore parvenu à en extraire cet alcaloïde dans un état complet de pureté. On peut, du reste, trouver dans le commerce de l'atropine impure provenant du *Datura*, sous le nom de *daturine lourde*. Celle-ci fond vers 113 degrés et fournit un sel d'or fondant de 135 à 148 degrés, qui est à la vérité encore brillant, et dont l'auteur a pu extraire le sel d'or de l'hyoscyamine.

La *Jusquiame* renferme aussi deux alcaloïdes, qui tous deux étaient à peu près inconnus, au point de vue chimique, jusque dans ces derniers temps : l'un est l'*hyoscyamine;* l'autre est décidément différent de l'atropine, et se caractérise surtout à l'aide du sel d'or, qui se dépose en cristaux brillants fondant à 200 degrés.

L'auteur n'a pu extraire jusqu'ici de la *Duboisia myoporoides* qu'un seul alcaloïde, dont il a réussi à démontrer l'identité avec l'hyoscyamine. Il est donc probable que l'hyoscyamine ou daturine légère du commerce pourra rendre les mêmes services que la duboisine dans le traitement des maladies des yeux.

(1) Je ne crois pas sans utilité de réunir ici les indications bibliographiques se rapportant aux divers cas analogues à celui ci-dessus décrit, que j'ai pu trouver consignés dans la littérature médicale. En les comparant entre eux et avec le présent cas, on pourra se faire une idée précise des diverses lésions que la syphilis est susceptible de déterminer sur la conjonctive.

Consultez : Alf. Smee, *Case of copper coloured syphilitic eruption affecting the conjonctiva*, London med. Gaz., new series, vol. 1 (vol. XXXV de la Collection de la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris), for 1844-45. — A. Desmarres père, *Affections syphilitiques de la conjonctive*, Traité des mal. des yeux, t. II, 2e éd., p. 213-217. Paris, 1855. — John F. France, *On syphilitic blotch of the conjunctiva*, Guy's hosp. Rep., third series, vol. VII, p. 109-112. London, 1861. — Magni, *Cherato-congiuntivite gommosa*, Giornale d'oftalm. ital., vol. VI, p. 134-144. Torino, 1863. — A. Després, *Chancre mou de la conjonctive sur une malade atteinte de plaques muqueuses multiples*, Gaz. des hôp., n° 11, 27 janvier 1866. — L. de Wecker, *Lésions syphilitiques de la conjonctive*, Traité des maladies des yeux, 2e éd., t. I, p. 174-177. Paris, 1867-68. — Estlander, *Gummöse Geschwulst unter der conjonctiva bulbi*, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. VIII, p. 259-263, 1870. — J. Hirschberg, prof. A. von Græfe's, *Klinische Vorlræge über Augenheilkunde*, p. 160. Berlin, 1871. — Brière, *Tumeur gommeuse de la conjonctive bulbaire*, Ann. d'ocul., t. LXXII, p. 105-106, 1874. — L. Mauthner, *Die syphilitischen Erkrankungen des Auges*, in Zeissl's, *Lehrbuch der Syphilis*, p. 289. Stuttgart, 1875. — A. Sichel fils, *Lésions syphilitiques de la conjonctive*, Traité élémentaire d'ophthalm., vol. I, p. 153. Paris, 1879.

Académie de médecine.

Séance du 20 avril 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Edouard Hœckel, récemment nommé membre correspondant à Marseille. 2° Des lettres de candidature de MM. Desnos et Vidal, pour la section de thérapeutique; — Daremberg et Marty, pour le titre de membre correspondant. 3° Une lettre de M. le docteur Lalon (de Reims), accompagnant l'envoi de deux brochures à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. 4° Une lettre de M. Lailler, relative à la substitution de la margarine au beurre.

M. *Delpech* offre en hommage une brochure intitulée : *Rapport à M. le préfet de police sur les dépôts de ruches d'abeilles existant sur différents points de la ville de Paris.*

M. *Personne* présente, de la part de M. le docteur Quesneville, la biographie de M. J.-B.-A. Dumas.

M. *Panas* présente : 1° au nom de M. le docteur Lannelongue, un mémoire intitulé : *De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance;* 2° au nom de MM. Lannelongue et Comby, un mémoire intitulé : *De l'ostéomyélite chronique ou prolongée.*

M. *Alfred Fournier* présente, au nom de M. le docteur Corlieu, sous-biblio-

» Le Bon a mise en français. » — Puis en dehors de la médecine, quelques livres réputés tout aussi introuvables : *Lucien : de la Beauté*. Paris, 1557. — *Dialogue du Coural.* — *Dialogue de l'Antre de Mercure*, avec une épître de Le Bon à ses amis touchant la liberté parisienne. Paris, P. Gaultier, 1557, in-16. — C'est aussi à Paris, la même année, chez le même libraire, qu'auraient paru, dans le même format in-16, en 58 feuillets, *les Adages françois* (1re partie) *recueillis par J. Le Bon, Hétropolitain*, avec une dédicace « à ma Damoyselle de Saint-Remy ».

Le Rhin au Roy, par le médecin de Mgr le cardinal de Guise. Paris, Denis Du Pré, 1568. — *Advertissement du médecin de Mgr le cardinal de Guise à P. Ronsard touchant la Franciade*. Lyon et Paris, 1568, in-8. — *Etymologicon françois de l'Hétropolitain*, dédié à monseigneur l'illustrissime et révérendissime cardinal de Guise. Paris, D. Du Pré, 1571, in-8 de 52 feuillets. — *Le tumulte de Bassigny*, etc. Lyon et Paris, 1573, in-8 de 16 feuillets non numérotés, réimprimé dans les *Archives curieuses de l'histoire de France* (t. VIII, série I) et dans le *Trésor des pièces rares et curieuses de la Champagne et de la Brie*, publiées par Carnandet (1863, livraison 1re). — L'*Origine et invention de la Rhyme*, par J. Le Bon, médecin du roy (1576), dont on a seulement l'édition de 1582. — *Les Adages ou Proverbes de Solon de Voge par l'Hétropolitain*. Paris, N. Bonfons (sans date), in-16, qui ne sont pas perdus, forment avec les *Abbrégés de la propriété des bains de Borbonne et de Plommières* une série d'ouvrages fort intéressants à lire et à étudier (1). Mais je dois me borner aux livres de médecine.

Pour le traité des bains de Bourbonne, l'édition originale de 1574 n'existe plus. Il en est fait mention dans l'abrégé de la propriété des bains de Plombières, paru en 1576 « à Bor- » bonne-les-Bains : encore plus amplement l'ay démontré en » un livre imprimé de la faculté et vertu d'iceux (p. 56) ».

(1) « Il suffit de s'entretenir un moment avec lui dans un de ses livres pour comprendre ce qu'étaient l'homme et le savant. » (*L. Jouve.*)

thécaire à la Faculté de médecine de Paris, une brochure intitulée : *Le roi François Ier est-il mort de la syphilis?*

M. *Jules Guérin* présente, au nom de M. Louis Figuier, le XXIIIe volume de l'*Année scientifique* (1879).

ALLAITEMENT ARTIFICIEL.— M. *Delpech* demande la parole pour exposer devant l'Académie les raisons sur lesquelles il s'est appuyé pour combattre au Conseil municipal le rapport relatif à un projet d'établissement pour l'allaitement maternel. Il ne reproduira les arguments qui ont été si souvent reproduits devant l'Académie sur les inconvénients de l'allaitement artificiel et qui out engagé cette compagnie à condamner ce mode d'allaitement, mais il s'attachera surtout à relever les erreurs contenues dans le rapport municipal ainsi que les attaques peu justifiées dirigées à cette occasion contre l'Académie.

Dans l'établissement projeté par le Conseil municipal il est question non seulement de pratiquer l'allaitement artificiel par le lait de vaches, mais encore d'employer le lait des chèvres, des ânesses, des juments et même des chiennes. On a même été jusqu'à proposer l'allaitement direct de l'enfant au pis de la jument.

Sans s'arrêter à cette dernière excentricité M. Delpech pense qu'on ne peut, en dehors du lait de vache, employer d'autre lait que celui de la chèvre et de l'ânesse. Or il est facile de comprendre toutes les difficultés qu'on éprouverait dans la pratique pour fournir en quantité suffisante le lait de ces deux derniers animaux à l'établissement projeté.

En ce qui concerne les chèvres, M. Delpech remarque que le rut survenant toujours à la même époque chez ces animaux, on serait nécessairement privé de lait pendant une partie de l'année. Pour les ânesses les difficultés ne sont pas moindres, non seulement le prix de ces animaux est relativement élevé, mais encore l'ânesse ne peut fournir du lait que lorsqu'on lui conserve son ânon. Il en résulte une cherté excessive dans le prix du lait de cet animal. Quant au lait de chienne et de jument on ne saurait sérieusement en discuter la valeur pour l'allaitement des nouveau-nés.

L'Académie n'a certainement pas voulu dire, comme on l'a prétendu, que l'allaitement artificiel tue tous les enfants qui y sont soumis; il est bien évident que certains enfants ne peuvent être élevés autrement, tels sont, par exemple, ceux qui sont atteints de syphilis ou de bec de lièvre. Mais elle s'oppose énergiquement a sa généralisation. Cet allaitement doit être réservé pour les cas exceptionnels où l'on ne peut donner à l'enfant ni le sein de sa mère, ni celui d'une nourrice mercenaire. L'orateur termine en disant qu'il y a peut-être derrière tout cela des entreprises industrielles que l'Académie ne peut encourager.

M. *J. Guérin* répond à M. Delpech. Il dit qu'il n'est pas le défenseur du Conseil municipal et qu'il soutient simplement son opinion personnelle, qu'il a si souvent exposée depuis trente ans.

L'orateur dit qu'il existe divers modes d'allaitement artificiel : par les nourrices mercenaires, par le pis des animaux, par les farines lactées, etc. Or M. Guérin prétend démontrer que l'allaitement par les nourrices est immoral; on ne devrait pas permettre à une femme de vendre son lait au détriment de son propre enfant.

Les différentes préparations lactées qui circulent dans le commerce sont également nuisibles et doivent être proscrites. Le seul allaitement artificiel possible doit être fait avec du lait de vache; c'est là le point fondamental de la doctrine de M. Guérin.

M. *Depaul* constate que M. Guérin a dit que l'allaitement maternel doit être préféré à l'allaitement artificiel, celui-ci ne devant être appliqué que lorsqu'on se trouvait dans l'impossibilité de faire autrement. Or c'est là une vérité banale admise par tout le monde depuis des années et qui ne trouvera aucune contradiction devant l'Académie.

M. *Colin* ayant demandé la parole sur cette question, M. le *Président* annonce que la discussion sera reprise dans une prochaine séance à l'occasion d'un rapport de prix qui doit être présenté par M. Devilliers.

RAPPORT SUR LA PESTE. — M. *Jules Rochard* donne lecture de la deuxième partie de son rapport sur la récente épidémie de peste qui a sévi en Orient. La lecture de ce remarquable travail sera continuée et probablement terminée dans la prochaine séance.

EAUX MINÉRALES. — M. *Lefort* donne lecture d'un rapport sur les eaux minérales dont les conclusions sont mises aux voix et adoptées. A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Panas sur le *prix de l'Académie*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX

Correspondance. — Anesthésie par le bromure d'éthyle. — Traitement des fractures du coude. — Luxation congénitale de la rotule. — Amputation partielle de la main. — Présentation d'un instrument.

M. *Chevallereau*, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société de chirurgie deux exemplaires de sa thèse pour le concours du prix Duval : *Recherches sur les paralysies oculaires consécutives aux traumatismes cérébraux*.

Fort heureusement, il avait été reproduit dans le *Bastiment, érection et fondation des villes et citez assises ès trois Gaules, avec le catalogue d'icelles, plus un traicté de la propriété des bains, fleuves et fontaines admirables, le tout reveu et augmenté par J. Le Bon, médecin du roy*. Lyon, 1590 (p. 176-199), ouvrage publié par Claude Champier en 1531, et, après de très nombreuses éditions, revu et augmenté par J. Le Bon, en 1575. C'est là que le docteur E. Bougard l'a découvert, et, par ses soins, il a été réimprimé dans le *Trésor des pièces rares et curieuses de la Champagne et de la Brie*, 1863 (t. I, p. 227); puis dans *Bibliotheca Borvoniensis* (p. 180-193). Je relève ce passage de la dédicace à Geoffroy de Saint-Belin, abbé de la Creste (près Chaumont) : « Ayant ce peu de loysir à Lyon en ce mois de novembre » (1574), hors néantmoins de ma bibliothèque, où sont mes » mémoires de cecy et de plusieurs autres choses, je vous ai » traicté cest abbrégé pour vous testifier de combien je vous » prise et honore. »

Le traité original des bains de Plombières existe avec ce titre : *Abbrégé de la propriété des bains de Plommières, extrait des trois livres latins de J. Le Bon, Hétropolitain, médecin du Roy et de M. le cardinal de Guise*. Paris, Ch. Macé, 1576, in-16 (une deuxième édition promise par Le Bon n'a pas paru). Ce petit livre a été réimprimé à Remiremont en 1869, avec le *fac-simile* du titre primitif, une charmante préface de Louis Jouve, qui a ajouté à cette nouvelle édition, revue et corrigée avec grand soin, un glossaire-index et la traduction des passages latins. Elle est donc de tous points préférable à la première, et c'est elle qu'il faut lire.

« Joinct aussi, dit Le Bon dans sa dédicace à la Royne, » que je suis le premier qui a commencé à practiquer les dictes » eaux et à les mettre en lumière. »

Je prends encore dans mes notes les citations suivantes : P. 42 : « Comme est le plomb d'où elle prend sa dénomi- » nation pour être le principal fossile et minière de cent ou

— M. *Berger*. M. Gosselin a expérimenté l'anesthésie avec le bromure d'éthyle. Après quelques secondes d'inhalation, on observa un commencement de cyanose; le pouls devint lent et mou; le sang qui sortait de l'incision était noir. L'opération dura quelques minutes, le sommeil n'étant pas complet. Le retour à la sensibilité fut rapide.

— M. *Desprès* prend la parole à l'occasion du malade présenté dans la dernière séance. Cet homme avait fait une chute sur le coude, sans se rendre bien compte de la position du bras. Bientôt il survint du gonflement au coude; il y avait une fracture révélée par la crépitation; M. Desprès pensa qu'il existait trois fragments et que la fracture était intercondylienne; la mobilité était en effet très grande. En pareil cas, le chirurgien de Cochin recommande de ne pas mettre d'appareil afin d'éviter la raideur articulaire. Le bras fut mis dans une écharpe, et le blessé put se promener; à partir du vingtième jour, la crépitation a disparu, ainsi que la douleur. Au trentième jour, la consolidation existait sans raideur articulaire.

M. *Marc Sée* a vu à Sainte-Eugénie un enfant qui avait été traité d'après les préceptes de M. Desprès; il restait une ankylose avec déformation du coude. En pareil cas, un appareil destiné à rapprocher les fragments et à maintenir le radius et le cubitus en place, ne serait pas inutile.

M. *Desprès* a trouvé, dans le livre de Malgaigne, l'observation d'un enfant qui guérit au moyen de cataplasmes d'une pseudo-ankylose consécutive à une fracture du coude. La flexion à angle droit remet les fragments en place, et l'écharpe suffit pour maintenir la coaptation.

M. *Verneuil*. De temps en temps une infime minorité de chirurgiens recommandent le traitement des fractures sans appareil: heureusement cela ne dure pas. D'abord, l'immobilisation des fragments fait disparaître la douleur. Pour les fractures du coude, M. Marjolin a déjà protesté contre le traitement sans appareil. Giraldès ne mettait pas d'appareil; mais il ne passait pas pour un chirurgien éminent, et en suivant ses conseils on produira des arthrites et des tumeurs blanches.

M. Verneuil a vu dernièrement un malade avec une fracture du coude datant d'un mois, et traitée par l'écharpe; il n'y avait pas de mouvements, et les douleurs n'avaient point cessé. La fracture paraissait consolidée. Le bras fut immobilisé pendant un mois; au bout de ce temps, quelques mouvements reparurent. Après un autre mois d'immobilisation, le membre retrouva tous ses mouvements.

Une femme avait une fracture de l'avant-bras avec luxation du coude qui était très contusionné; on donne du chloroforme, et la luxation est réduite; application d'un appareil ouaté, le membre étant dans l'extension; au bout de 15 jours, la douleur avait disparu; l'appareil est enlevé. La malade exécute quelques mouvements. Plus tard, la femme se servit très bien de son bras.

Un enfant tombe, et se fait une fracture très grave du coude: un médecin conseille des cataplasmes; comme le petit malade souffrait, on consulte M. Verneuil qui reconnaît une fracture articulaire. Le bras est fléchi à angle droit et immobilisé; quand on retire l'appareil, les mouvements sont entièrement conservés, au point que les parents affirmèrent que leur enfant n'avait point eu de fracture.

Comme toutes les opinions existent dans la science, il faut choisir de préférence celles qui sont adoptées par le plus grand nombre; jusqu'à nouvel ordre on traitera les fractures du coude par les appareils et l'immobilisation.

M. *Lannelongue*. Les fractures du coude sont très fréquentes chez les enfants; quand on se borne au traitement de Giraldès et de M. Desprès, on obtient des résultats déplorables. Il faut en effet réduire, et la réduction est parfois difficile, et la contention ne peut être efficace avec une écharpe. Voilà ce que l'on observe dans les fractures transversales, et si les deux condyles sont séparés, ce sera encore plus grave.

Si l'on n'a pas mis d'appareil, ce fragment devient le siège d'un cal énorme, parce que le cartilage interépiphysaire s'enflamme outre mesure et que l'ossification est trop active; la diminution des mouvements est due moins à l'arthrite qu'à cette ossification. Et il ne faut pas faire de mouvements trop tôt. Par conséquent, d'abord réduire, et ensuite faire la contention. M. Lannelongue immobilise au moyen d'une gouttière plâtrée ouverte en avant afin d'appliquer des attelles ou un coussin pour maintenir la réduction. Quand on enlève l'appareil, l'enfant fait des mouvements peu à peu; s'il y a atrophie musculaire, on la combat avec l'électricité. Parfois, malgré tous les soins, on n'a pas encore un bon résultat, et on observe des déformations.

— M. *Lannelongue* présente le moule d'une luxation congénitale de la rotule. Malgaigne mettait en doute l'existence de cette luxation. Michaëlis en a publié deux observations.

Un enfant de six ans fut amené à la consultation de Sainte-Eugénie pour une déformation du genou; il s'agissait d'une luxation de la rotule qui était placée au côté externe du genou. Le tendon du triceps était dévié; on réduisait facilement la rotule, mais la luxation se reproduisait bientôt, parce que la gouttière intercondylienne existait à peine.

L'enfant est né avec cette déformation qui a été remarquée dès le lendemain de la naissance. Le genou paraissait plus plat, parce que le tendon rotulien se dirigeait en dehors, quoiqu'il n'y eût pas de rotule. La jambe était atrophiée. L'enfant éprouva une certaine difficulté quand il commença

---

» peut-être de mil autres. — P. 46 : L'*hydrotherapia*. — » P. 48 : Attendu qu'ils ont autres effets que la pharmacie et » boutiques d'apoticaires. Et aydant Dieu, remettray la hydro- » thérapeutique médecine en son estre et vigueur. — P. 55 : » Se baigner *à l'adamiste*. Les gens de faict et d'honneur ne » tombent pas en ceste irrévérence. — P. 62 : Les douleurs » et goutes incurables et spasmes de ceux qui fondent les » lettres montrent la vénénosité des métaux. — P. 64 : Le » bon Théophraste parle des bains naturels comme un vray » idiot, non plus comme un médecin », etc.

III

Je dois cependant m'arrêter encore un peu au recueil des *Adages*, sur lesquels a plus particulièrement insisté M. Benoît. L'exemplaire de la Bibliothèque nationale (Z. 1780, réserve) est bien celui qui est décrit dans la notice. Même titre, 20 feuilles de A à V, constituant 160 feuillets non chiffrés, etc. Mais pourquoi, puisqu'elle est sans date, faire de cette édition la « deuxième et dernière », et la placer en 1577? Elle répond tout aussi bien à l'année 1616, comme on l'a dit, qu'à une autre date.

Après le feuillet du titre : *Adages et Proverbes de Solon de Voge, par l'Hétropolitain*. Premier livre, deux, trois et quatrième. Reveue par l'autheur. A Paris, etc., se trouve l'ancienne préface, qui a 7 feuillets ou 14 pages. « Amy lecteur... (sans date). Au 9e feuillet, *Adages français recueillis par Jean Le Bon, Hétropolitain*. Cette première partie (35 feuillets), qui n'a pas conservé la dédicace : « A ma Damoyselle de Saint-Remy », est rangée comme les autres par lettres alphabétiques. En était-il de même dans la première édition? Ce n'est pas probable; on lit, en effet, dans la préface, *in fine : Je ne les tay mis par ordre; car, pour la première impression, tu te dois contenter; mais, à la seconde, si je ne te rends des Achillades* (à remplacer par *Chiliades*, série de 1000) *autant complettes que celles d'Erasme, je veux que tu dies mal de moy*. Parmi les treize dictons ajou-

à marcher. La rotule est plus petite que de l'autre côté. Y a-t-il eu un état paralytique dans le sein de la mère?

M. *Guéniot* possède deux observations de luxation congénitale du genou. Au moment de la naissance, il y avait flexion complète de la jambe sur la cuisse dans le sens de l'extension. Les deux jambes étaient ligaturées par le cordon; ces faits sont sans gravité et la réduction se fait spontanément.

— M. *Marc Sée* présente un homme qui a subi une amputation partielle de la main à la suite d'une blessure produite par un engrenage. Le pouce et les deux derniers doigts sont conservés. L'opéré se sert très bien de sa main.

— M. *Terrillon* présente un hystéro-curvimètre, instrument destiné à mesurer les dimensions et la direction de la cavité utérine.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

Formation de la rétine chez les pigeons : M. Pouchet. — Action laxative et purgative de l'eau de Chatel-Guyon : M. Bourit : — Des taches bleues coïncidant avec la présence des pediculi pubis : M. Duguet. — Sur la localisation fonctionnelle encéphalique : M. Laborde. — Détermination des températures locales par le thermomètre à mercure : M. d'Arsonval. — Sur le pied plat : M. Onimus.

M. *G. Pouchet*. En examinant des rétines de pigeon, on trouve que la couche des noyaux internes est formée de deux sortes de noyaux : les uns ovoïdes à la partie interne, et les autres plus petits à la partie externe; mais ces deux sortes de noyaux sont très nettement séparées l'une de l'autre et ne sont point mélangées comme dans la couche externe.

— M. *Bourit* lit un travail sur le résultat des expériences qu'il a faites dans le laboratoire de M. Laborde, sur l'action laxative et purgative de l'eau de Châtel-Guyon, action qui est due surtout au chlorure de magnésium contenu dans cette eau.

— M. *Duguet* fait part à la Société du résultat des recherches qu'il a faites au sujet des taches bleues que les auteurs croyaient être l'apanage de la fièvre typhoïde, de la fièvre synoque, des états bilieux, etc.

En 1878, dans les *Annales de dermatologie*, M. Moursaud, dans un mémoire, a démontré que ces taches se rencontraient dans un grand nombre de maladies très variées, mais qu'elles coïncidaient toujours avec la présence de *pediculi pubis*, et il concluait que toutes les fois qu'il y a des taches bleues, il existe sur le sujet de ces parasites; mais il ne dit pas que tous les individus atteints de *pediculi pubis* soient porteurs de taches bleues. Ces taches siègent en général sur les flancs, sur une ligne allant de l'aine à l'aisselle. M. Duguet a aussi constaté que les taches bleues coïncidaient toujours avec la présence de *pediculi pubis*, et elles sont dues selon lui à une sorte de venin que l'animal fait pénétrer dans le derme.

« J'ai pris, dit M. Duguet, vingt-cinq de ces parasites que j'ai pilés, et en y ajoutant un peu d'eau j'ai obtenu une pâte dont j'introduisis une petite quantité sous la peau au moyen d'une lancette, et 24 heures après il y avait autant de taches que de piqûres. Ces taches ont duré de huit à dix jours.

M. *Pouchet*. Il serait curieux de voir si en prenant seulement la tête des animaux pour faire la pâte, on obtiendrait le même résultat. Quant à la coloration de la tache, elle doit s'expliquer ou par extravasation sanguine, ou par stase du sang dans les veinules de la peau.

M. *Duguet*. S'il y avait stase sanguine, il y aurait tuméfaction de la tache qui est au contraire déprimée. Je n'ai jamais observé la persistance des taches sur le cadavre. Quant à la relation entre les *pediculi pubis* et les taches bleues, elle n'a pour moi encore aucune exception depuis que je les observe.

M. *Megnin*. En Allemagne on a fait les mêmes expériences que M. Duguet avec le sarcopte de la gale, et l'on a obtenu des vésicules et des sillons semblables à ceux de la gale.

— M. *Laborde* présente la thèse de M. Lemoine sur les *Localisations fonctionnelles encéphaliques*. M. Lemoine a déterminé des foyers d'hémorrhagies très circonscrits chez les chiens, et il a eu des résultats très nets. La couche optique contient les éléments des opérations fonctionnelles de la motricité. Dans une autre expérience, M. Lemoine a démontré qu'il existe dans l'encéphale un point dont la lésion donne lieu à la déviation conjuguée des yeux du côté de la lésion. Ce point est à l'endroit précis où les fibres de la troisième paire viennent s'associer aux fibres de la sixième paire.

L'auteur a aussi attaqué la question des centres psychomoteurs, et il est arrivé à ce résultat que l'excitabilité de l'écorce elle-même n'existe pas, mais qu'elle se produit à travers cette écorce sur les conducteurs (fibres blanches), qui sont au-dessous.

—M. *d'Arsonval*. Recherchant à quel degré d'exactitude on pouvait arriver pour déterminer les températures locales avec les thermomètres à mercure, j'ai trouvé qu'on ne pouvait pas atteindre une précision supérieure à un demi-degré. La seule méthode qui puisse donner des résultats exacts est la méthode thermo-électrique, et j'emploie pour cela un galvanomètre modifié, et dont la principale modification est la présence, à la partie inférieure de l'axe, d'une aiguille d'alu-

---

tés à la fin de cette première partie, celui-ci : *Mil cinq cens septante et six, le Champenois à fin fut mis*, prouve un remaniement.

La deuxième partie des *Adages ou Proverbes de Solon de Voge par l'Hétropolitain* (33 feuillets, toujours ordre alphabétique) est précédée de la dédicace « à monsieur Ronsard Vandômois, salut », datée de Remiremont, 15 juin 1576. Ce qui me porte à croire qu'elle a paru une première fois à part, comme la troisième. Le Bon les aurait réunies ensuite avec le 4e livre et les questions énigmatiques dans l'édition que je continue à décrire.

La troisième partie (54 feuillets) : « A Marc-Antoine de Baïf (1), poète latin et français et secrétaire du Roy », a aussi sa dédicace : « A monsieur de Baïf, » datée de Poictiers, le 1er octobre 1577, et signée : « ton amy Apollinaire Le Bon. » Il fait remarquer cette fois que parmi ces proverbes qu'il recueille « pour se jouer, maints sont agrestes et rustiques ».

Les *Adages de Solon de Vosge, livre quatrième*, n'ont pas de dédicace. Ils sont précédés de cette phrase : *Sales appellantur omnis vitæ lepos et summa hilaritas, laborumque requies*. Dans les 17 feuillets qui le composent, il y a un supplément de proverbes pour les lettres C. I. L. Q.

Le livre se termine par 10 feuillets de *Questions énigmatiques, récréatives et propres pour deviner et y passer le temps*, qui sont pêle-mêle, c'est-à-dire sans ordre alphabétique.

M. Benoît n'a-t-il pas donné trop d'importance à cette récréation, fort relevée, sans doute, de Jean Le Bon? Ce dernier a dit en riant :

Le foliage entier du Vosgien Solon
Durera plus que tel qui se croit un Platon.

C'était un badinage qui l'enchantait : *le Vosge rit mieux que tout Rome*.

(1) M. A. Benoît fait observer que c'est *Jean*-Antoine.

minium plongeant dans un petit godet rempli de pétrole. Ce liquide est le seul qui ait donné des résultats satisfaisants.

— M. *Onimus*. Le pied plat n'est en général douloureux que lorsqu'il y a un peu d'affaissement de la voûte plantaire consécutif à la faiblesse du long péronier latéral et des muscles de la jambe et du mollet. Chez certains individus qui ont le pied plat, il y a quelquefois une subluxation du gros orteil qui donne au pied l'apparence d'un pied creux. Chez eux la marche est très pénible, parce que dans le second temps de la marche le poids du corps, au lieu de porter sur l'extrémité du gros orteil, porte sur sa partie luxée.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

De l'action physiologique des médicaments sur la sécrétion biliaire : M. Noel Gueneau de Mussy.

M. *Noel Gueneau de Mussy* donne lecture d'une longue analyse d'un travail du docteur Rutherford, professeur à l'Université d'Édimbourg. Ce travail a pour but de déterminer l'action physiologique des médicaments sur la sécrétion biliaire. Aussi M. le docteur Rutherford a-t-il voulu expérimenter à nouveau toutes les substances qui passent pour avoir la propriété d'activer la sécrétion biliaire et qui portent le nom de *cholagogues*. A elle seule l'observation clinique est impuissante pour résoudre ce problème; elle n'eût jamais pu faire soupçonner, par exemple, que l'huile de ricin et le sulfate de magnésie, qui stimulent l'action des glandes intestinales, diminuent la sécrétion hépatique, et que les benzoates et les salicylates, qui n'amènent pas d'effet purgatif, augmentent très notablement l'activité sécrétoire du foie. Il est donc nécessaire, pour arriver à une certaine précision dans les conclusions, de faire marcher parallèlement l'observation clinique avec des expériences physiologiques sur les animaux, car on n'est pas rigoureusement en droit de conclure des animaux à l'homme, ni même de l'homme sain à l'homme malade.

Après avoir établi que la quantité moyenne du produit de la sécrétion hépatique en dehors de toute action médicamenteuse, et comparée au poids de l'animal, paraît être de 15 à 35 centimètres cubes par kilogramme et par heure, M. Rutherford passe en revue les diverses substances qui ont la réputation d'agir sur cette sécrétion. Parmi ces dernières, le podophyllin est le médicament qui agit le plus énergiquement sur la sécrétion biliaire; en même temps que le fluide augmente de quantité, il conserve ses propriétés et sa composition chimique habituelle ; il exerce une action irritante sur l'intestin, mais une fois la purgation provoquée, la sécrétion hépatique diminue et peut descendre au-dessous de la normale. Ainsi donc : 1° la propriété irritante du podophyllin en pourra contre-indiquer l'usage dans le cas où il existe déjà une irritation de l'intestin; 2° si on vise à l'action cholagogue, on devra le prescrire à des doses modérées. Après le podophyllin, l'aloès, administré à doses élevées (environ 4 grammes), est une des substances qui ont donné le plus fort coefficient de l'action cholagogue dans les expériences du docteur Rutherford. La proportion d'eau est augmentée dans la bile. Le salicylate de soude vient à peu près sur la même ligne, mais son action, très énergique sur le foie, est faible sur les intestins.

Quant au sublimé, qui passe pour exercer sur le foie une action directe et énergique, son coefficient ne s'est élevé que de 0,22 à 0,85 ; il a été moindre dans d'autres cas, surtout dans ceux où le sel hydrargyrique provoquait un effet purgatif. Injecté sous la peau, on pourrait peut-être déterminer une action plus énergique sur le foie, mais par les voies digestives l'action est beaucoup plus faible. Quant au calomel, sa réputation d'agent cholagogue est, selon M. Rutherford, complètement usurpée. Il est, chez le chien, sans action sur la sécrétion biliaire, qui diminue même notablement quand le calomel provoque une purgation abondante, ce qui arrive lorsqu'on le donne à des doses massives. Il n'agit pas davantage sur le foie quand on administre le calomel mêlé à de la bile, dans laquelle il est légèrement soluble.

Nous ne pouvons donner qu'une idée incomplète de ce long et intéressant travail, sur lequel la Société reviendra dans une prochaine séance en discutant certains points abordés par le docteur Rutherford.

REVUE DES JOURNAUX

Remarques sur la pleurésie aiguë, et en particulier sur son traitement par les ponctions, par M. Arnould.

Ce mémoire présente un grand intérêt au moment où le vent souffle aux discussions sur la pleurésie, sur la fréquence de laquelle M. Ernest Besnier appelait tout récemment encore l'attention.

L'auteur s'applique à démontrer que, depuis quelques années, on a une tendance beaucoup trop grande à ponctionner tous les épanchements, et il rapporte à l'extension de la méthode aspiratrice la multiplication, plus grande qu'autrefois, des cas de pleurésie purulente.

Il repousse formellement comme inacceptable le précepte émis sous forme d'aphorisme, et sans autre explication, de la

Que conclure, en effet, d'un livre de proverbes? En tout, ne dit-il pas le pour et le contre? L'Hétropolitain ou le Solon des Vosges n'en a pas moins été, en même temps qu'un médecin instruit, un philosophe spiritualiste, chrétien et catholique, exempt de croyances superstitieuses, « modéré envers les novateurs en religion ». Plus que M. Benoît, qui ne craint pas d'écrire, dans son horreur des révolutions politiques et sociales : « La prétendue réforme religieuse au seizième siècle » et la commune de Paris en 1871 sont mère et fille » (ch. 13). Dans le chapitre suivant, Le Bon, « sujet loyal, respecte le » Roi et son autorité souveraine, » tout en étant « bon patriote » et un fervent apôtre de la liberté et de l'égalité ». De sorte que M. Benoît, imitant la diversité des adages et proverbes de son auteur, finit par le présenter « comme le précurseur » le plus net des sages réformateurs de la société française » en 1789 » (p. LVIII de la notice).

Le Bon certes était doué d'une incroyable activité d'esprit(1); non seulement il a publié un grand nombre de livres dont quelques-uns sont aujourd'hui inconnus, mais il en a promis plusieurs autres qui n'ont pas vu le jour. M. A. Benoît en donne la liste dans sa notice. Outre les trois poèmes latins inédits, comme la *Franconymia*, qu'il avait cependant « relimée *præter poetarum odium et invidiam* », il avait fait paraître un traité *de Sclopetis* ou chirurgie des coups de guerre, dont il a promis une deuxième édition ; un autre traité sur la peste (Bains de Plombières, p. 68 et 65). Et dans l'épître à Baïf il dit : « Je vous communiquerai ce que j'ai fait » *de vetere Gallorum religione*, et mon poème latin où j'ai » allaubigné ce que jamais j'ai amassé de fleurs. » A la fin du tumulte de Bassigny, on lit encore : *Cætera in Le Bon Hetropolitani belli sacri Historia.* Ce travailleur infatigable avait évidemment nombre de matériaux en réserve; ce qui lui per-

(1) Il paraît s'être mêlé, par la plume du moins, à tous les événements de son temps : lettres, politique, médecine et chirurgie, étymologie, grammaire; son esprit embrasse tout (préface de M. L. Jouve).

ponction dans tous les cas d'épanchement abondant, et cherche à démontrer que, au moins chez des hommes jeunes et bien constitués, comme les soldats, les épanchements, même abondants, mais sans complications, sont le plus souvent bénins.

Il trouve, avec Peter, que les jeunes générations s'occupent trop de l'épanchement et pas assez de la plèvre malade, et voudrait que le traitement médical par les saignées locales, les cataplasmes et les purgatifs prît une plus grande importance.

« Tous ces moyens, d'ailleurs, ont l'inappréciable avantage » de prendre du temps, d'occuper le malade et le médecin » et de retarder le moment où celui-ci songera à cette né- » faste ponction; les trois quarts du temps, quand il croira » que le moment est venu, il s'apercevra qu'elle n'est plus » nécessaire, ni même utile. » Quant au vésicatoire, si souvent et, disons-le, si banalement employé dans le traitement de la pleurésie, voici comment le juge M. Arnould : « ... Nuisible au début, impuissant dans la période d'état, car il ne peut rien dans l'organisation des fausses membranes résorbantes, il est inutile dans la phase de régression, à moins que le médecin ne désire se donner du prestige auprès de son malade. » (*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires,* t. XXXVI, 1er fasc., 1880, p. 1.)

De l'élongation des troncs nerveux dans le tabes dorsalis, par C. Langenbuch.

Nous rapportons sans commentaires cette singulière communication :

Un commerçant de quarante ans, présentant depuis quelques mois des symptômes d'ataxie locomotrice, entre à l'hôpital le 11 août 1879.

A son entrée, incoordination complète des mouvements et douleurs fulgurantes dans les quatre membres. Le symptôme de Romberg existe, ainsi que les altérations caractéristiques de la sensibilité, surtout dans les extrémités inférieures. Le malade perd sa pantoufle en marchant sans s'en apercevoir, et ne sent pas le sol. Quelques douleurs en ceinture. Exagération des réflexes.

Les douleurs tourmentaient le malade au point que Langenbuch pensa à pratiquer l'élongation du nerf le plus atteint, le sciatique gauche. Avec l'assentiment du patient, l'opération fut pratiquée le 13 septembre. Anesthésie, mise à nu du nerf un peu tuméfié et rougeâtre, élongation violente, suture, pansement antiseptique. Dès que le malade eut repris connaissance, il constata aussitôt la disparition des douleurs dans toutes les portions innervées par le nerf. Il existait un peu de paralysie, qui disparut en quelques jours sans que les douleurs eussent reparu. Encouragé par ce résultat, l'auteur fit la même opération le 25 décembre, et en une seule séance, sur les deux nerfs cruraux et le sciatique droit. *Toutes les douleurs des extrémités inférieures disparurent.* Lorsque le malade, au bout de quelques jours, essaya de marcher, il prétendit « sentir de nouveau ce qu'il avait sous les pieds ». Au bout de très peu de temps on put constater le fait inattendu que les symptômes d'incoordination avaient de même entièrement disparu. Le malade quitta l'hôpital et rentra au bout d'un certain temps dans un autre ; il se plaignait des extrémités supérieures : les membres inférieurs étaient libres des lésions de la coordination ou de la sensibilité. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 48.)

Un cas d'iléus traité par le vif-argent, par E. Rintelem.

Occlusion intestinale établie progressivement chez une femme de quarante-cinq ans. Symptômes non douteux : vomissements fréquents, fécaloïdes; hoquet; pouls abdominal; douleurs intenses, exacerbantes; mouvements péristaltiques énergiques, visibles à travers la paroi abdominale, surtout autour de l'ombilic. Les symptômes duraient depuis trois jours lorsque l'auteur fut amené à administrer le mercure, suivant un procédé bien oublié de nos jours. Il fallait avant tout préciser le diagnostic. L'auteur élimine successivement : l'étranglement herniaire, la compression de l'intestin par des tumeurs ou par l'utérus, l'invagination, le pincement dans les brides péritonéales (provenant d'une péritonite antérieure), l'obturation par un corps étranger, la stegnose consécutive à une ulcération intestinale, l'étranglement par des fentes du mésentère ou par la fente de Winslow (qu'on nous pardonne cette longue énumération : elle jette un jour intéressant sur la manière dont on pratique en Allemagne le diagnostic différentiel). Les seules hypothèses admissibles sont : une obstruction stercorale ou une torsion de l'intestin autour de son axe (iléus).

Tous les moyens employés ayant été trouvés inutiles, l'auteur pensa à ouvrir l'abdomen et rechercher directement le nœud intestinal; mais il recula devant les mauvaises conditions hygiéniques, la faiblesse extrême de la malade et son refus de se laisser opérer. A tout hasard, et après avoir pris l'avis de plusieurs confrères, il fit avaler, à une heure d'intervalle, trois doses de 100 grammes de mercure purifié, le 20 février à trois heures du soir : le premier effet fut la cessation immédiate des vomissements. L'état de la malade n'est pas sensiblement changé; cependant « la péristaltique devient de plus en plus orageuse ».

Le jour suivant, à six heures du matin, une selle liquide contenant deux petites masses dures. Dans la journée neuf autres

---

met d'écrire (1576), dans la dédicace du *Traité des bains de Plombières :* « Que s'il plaît à la Majesté royale m'employer » ou à l'histoire ou à mon estat, je ferai peut-être beaucoup » de choses qu'autres ne feront. » On peut, du reste, appliquer aux ouvrages qui restent de l'Hétropolitain l'un des adages de son recueil : *Le bon livre vieillissant rejeunit et florist.*

Enfin il faut louer Jean Le Bon d'avoir essayé de s'écarter de la routine galénique. Il salue (p. 73 du *Traité des bains de Plombières*) l'aurore d'une *eschole gallicane* en médecine parfaite (par pays ou régions). Il aime Ambroise Paré (1510-1590), s'emporte contre Paracelse, qu'il appelle *Parastultus*, et déteste Jacques Grévin, médecin, poète et calviniste. Mais, disent encore les adages :

Les inimitiés de lettres ne sont gladiatoires.

E. Turner.

Nécrologie. — On connaît déjà, sans doute, la mort si regrettable de M. Michel Moring, directeur de l'Assistance publique, mort subitement, frappé d'une attaque d'apoplexie. M. Michel Moring, qui avait déjà dirigé l'Assistance publique en 1870-71, avait succédé à M. de Nervaux en 1878; il était âgé de cinquante-six ans.

Ses obsèques ont eu lieu dimanche, à onze heures trois quarts, à l'église Saint-Merry; l'inhumation a été faite au cimetière Montparnasse.

— Le docteur Delavallade, ancien chirurgien militaire de la grande-armée, *l'un des derniers* survivants de la campagne de Russie, vient de mourir, âgé de quatre-vingt-six ans, à Aubusson (Creuse).

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Charles-Paul Bernard, médecin des hôpitaux de Paris (maison de retraite des Ménages), médecin de la préfecture, décédé le mercredi 14 avril, à l'âge de cinquante-huit ans, en son domicile, à la maison de retraite des Ménages, rue du Vivier, 13, à Issy.

selles. L'état est très amélioré, le pouls relevé, le météorisme moindre.

Les 22 et 23 février, encore quelques selles. Jusqu'alors l'examen le plus minutieux n'y avait pas fait reconnaître la présence du mercure. Ce n'est que le 24 février, c'est-à-dire soixante-douze heures après l'ingestion du médicament, que l'on découvre au milieu des masses fécales des globules mercuriels brillants ou noircis.

Le 27 février seulement apparut la masse importante du métal, 168 grammes dans une seule selle; le 2 mars, 40 grammes dans une seule selle; le 3 mars, 57 grammes dans une autre.

Quelques jours après la malade était entièrement guérie, et le mercure n'avait donné lieu à aucun phénomène de mercurialisme.

On comprend l'embarras de l'auteur pour expliquer le succès de sa thérapeutique. Et de fait, comment peut-on comprendre que le mercure, après avoir forcé le passage par son poids, n'ait apparu en masse dans les selles que sept jours après? (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 44.)

La vaccination intra-utérine, par M. le docteur A. E. Burckhard.

En vaccinant ou revaccinant une femme au cours de sa grossesse, l'enfant nouveau-né sera-t-il réfractaire à la vaccine? On est conduit à poser la question, quand on voit une femme atteinte de variole mettre au monde un enfant qui présente les traces d'une éruption varioleuse. Certaines expériences faites sur les animaux semblaient favorables à cette opinion.

Sept cents brebis furent inoculées avec du pus de vache de variole ovine pendant les dernières semaines de la gestation; leurs petits furent inoculés, de quatre à six semaines après leur naissance avec de la lymphe de sheep-pox; l'inoculation échoua chez tous, tandis qu'elle réussit pleinement sur trente-six agneaux dont les mères n'avaient pas été inoculées (Rickett, Roloff). D'après Bollinger (de Munich), Underhill avait déjà trouvé rebelle à la vaccination un enfant de quatre mois, dont la mère avait été vaccinée au huitième mois de sa grossesse. Le docteur Burckhard a repris ses expériences à Bâle, en 1877 et 1878, dans le service d'accouchements de Bischoff. Il revaccina 28 femmes enceintes; il ne put expérimenter que sur 8 enfants de ces femmes. Il arriva aux résultats suivants :

1° Les enfants de quatre femmes qui avaient été revaccinées avec plein succès à la fin de leur grossesse, furent réfractaires à la vaccine au moment de la naissance; chez l'un d'eux, cette immunité persistait encore au bout de six mois.

2° De deux femmes qui avaient été revaccinées avec un succès incertain, l'un des enfants fut réfractaire au vaccin; chez l'autre, la vaccination réussit.

3° Deux autres femmes avaient été revaccinées sans succès; l'un des enfants se montra réfractaire au vaccin, l'autre non.

Le docteur Burckhard revaccina quelques mères en injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané du vaccin étendu d'une goutte d'eau; il n'y eut à la suite ni réaction locale, ni troubles généraux : chez deux enfants de ces mères, la vaccination resta stérile. Le docteur Burckhard se garde de tirer de ces faits une conclusion prématurée; il continue ses expériences. (*Revue d'hygiène*, 15 janvier 1880.)

De l'emploi du sulfate d'atropine contre l'ophthalmie diphthéritique, par le docteur Tweedy.

L'auteur a eu à traiter un enfant de quatre mois de cette maladie, qui est assez rare si l'on a soin de la distinguer de la conjonctivite purulente et de la conjonctivite membraneuse. Chez son malade, M. Tweedy avait reconnu l'existence de signes pathognomoniques, c'est-à-dire que les fausses membranes non seulement était adhérentes, mais semblaient faire corps avec la muqueuse, de telle sorte qu'on ne parvenait pas, même à l'aide d'une pince, à les détacher.

L'auteur ordonna de tenir à demeure sur les yeux un linge mouillé d'une solution de 15 centigrammes de quinine par 30 grammes d'eau, et d'en injecter, toutes les deux heures, entre les paupières. Après quarante-huit heures de ce traitement, exécuté avec assiduité, le progrès très intense de la phlegmasie était enrayé, et au bout d'une semaine, on pouvait regarder la guérison comme complète. (*The Lancet*, 24 janvier 1880, et *Lyon médical*, 15 février 1880.)

De la lipémie et des embolies graisseuses dans la dyspnée mortelle et le coma chez les diabétiques, par MM. les docteurs Sanders et Hamilton.

Les auteurs rapportent deux cas de diabète sucré terminés par le coma et la mort, dans lesquels le sang à l'état frais avait une odeur de vinaigre, puis peu à peu éthérée (rappelant l'odeur de l'acétone, odeur que l'air expiré avait présentée deux fois pendant la vie), et se sépara en une couche inférieure rouge et une supérieure laiteuse composée de gouttelettes graisseuses. Des gouttelettes graisseuses semblables occupaient en grand nombre les branches et capillaires de l'artère pulmonaire, ainsi que les *vasa recta* des reins; il y en avait peu, au contraire, dans les glomérules rénaux, de même que dans les divisions de l'artère hépatique. Dans le cerveau, rien à noter. Les auteurs ont déjà observé un fait semblable sur une fillette de dix ans.

Dans ces cas, MM. Sanders et Hamilton ayant trouvé peu d'acétone, et d'autre part, l'adjonction directe de l'acétone au sang ne lui communiquant pas les caractères constatés ici, ils en concluent, contrairement à l'opinion de Forster, que la dyspnée et le coma sont dus à des embolies pulmonaires graisseuses et à un empoisonnement asphyxique lent par l'acide carbonique. (*Edinburgh medical Journal*, juillet 1879.)

Du quebracho et de son influence favorable sur différentes formes de dyspnée, par M. le docteur Peuzoldt.

D'après les médecins de l'Amérique du Sud, l'écorce de cette apocynée (*Aspidosperma quebracho*) a une action antifébrile se rapprochant de celle du quinquina. L'auteur l'a étudiée au point de vue de la toxicologie expérimentale et de la clinique. Chez les grenouilles, paralysie motrice complète d'origine centrale, paralysie respiratoire, ralentissement considérable du cœur par excitation du vague; l'excitabilité réflexe persiste plus longtemps que l'action volontaire. Chez les lapins, mêmes symptômes, dyspnée plus marquée; après la paralysie, convulsions terminales. Chez les chiens, la dyspnée se caractérise par la fréquence de la respiration, sialorrhée. L'action déprimante sur la température n'a pas été démontrée expérimentalement. Dans un cas d'abcès avec fièvre persistante, le quebracho abaissa après une heure et demie la température de 1°,3; cet abaissement persista plusieurs heures. Le quebracho paraît à peine retarder la putréfaction; ce n'est pas certainement un antiputride vrai.

L'expérimentation clinique a paru favorable au quebracho dans la dyspnée seulement, quelle qu'en soit la cause (emphysème, bronchite, phthisie, processus de pneumonie chronique avec accès d'asthme périodique, pleurésie, etc.). L'auteur explique cette action eupnéique par une artérialisation plus complète du sang. Une solution de quebracho étant mélangée à du sang agité au contact de l'air, ce sang s'oxygène plus complètement. L'aspidospermine de Baeyer a la

même action que l'écorce elle-même. L'auteur donne des doses de 3 à 8 grammes de la préparation suivante: 10 grammes d'écorce pulvérisée sont digérés plusieurs jours dans 100 grammes d'alcool; filtrer, évaporer le filtrat, redissoudre dans l'eau, évaporer encore jusqu'à formation d'un résidu sec finalement dissous dans 20 parties d'eau. (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1879, n° 19, et *Lyon médical.*)

Du benzoate de soude comme antipyrétique et antiseptique, par M. le docteur Klebs.

Graham Brown avait prétendu qu'à un animal saturé de benzoate de soude on ne pouvait pas inoculer la diphthérie. Le benzoate de soude peut être pris à la dose de 10 à 20 grammes par jour sans inconvénients; il diminue la fièvre moins rapidement que la quinine et le sulfate de soude, mais son effet est plus durable. Le docteur Klebs l'a employé avec succès contre la diphthérie, ainsi que Letzerich et Hoffmann: 5 grammes par jour à un enfant de trois ans, 10 chez une femme de vingt-cinq ans; Hoffmann et Klebs ont eu de bons résultats dans l'érysipèle; Senator, dans le rhumatisme articulaire aigu, alors que l'acide salicylique avait échoué. Insuccès dans le rhumatisme chronique, succès dans l'albuminurie aiguë et chronique, dans la fièvre puerpérale (Petersen). (*Medical Times and Gazette*, mai 1879.)

Action des injections sous-cutanées d'eau sur l'organisme animal, par M. F. A. Falck.

50 centimètres cubes d'eau ou d'une solution à 1 pour 100 de cyano-ferrure de potassium injectés sous la peau d'un lapin de 1^{kil},500, sont résorbés en douze à dix-huit heures; ils produisent quelquefois un abcès; l'action locale est plus marquée avec une dose double, mais pas de symptômes généraux, qui ne surviennent qu'avec des doses de 200 à 500 centimètres cubes, la mort ne se faisant pas au delà de la quarantième heure; dyspnée, cœur ralenti, adynamie générale, chute de la température, convulsions. Urine toujours sanguinolente et albumineuse. Ce sont les mêmes phénomènes que ceux qui surviennent chez les animaux vernissés. Comparée à la résorption par l'estomac, celle de l'eau injectée dans le tissu sous-cutané se fait moins rapidement. Fait peu favorable aux injections sous-cutanées, de liquides nutritifs par exemple. (*Pflüger's arch.*, t. XIX.)

Traitement de la diphthérie par l'acide carbolique et l'iodoforme, par M. Garnet.

M. Garnet emploie ces deux remèdes en applications locales. Il étend d'abord avec un pinceau une solution caustique d'acide carbolique dans de la glycérine (en parties égales) sur les points de la muqueuse malade ou recouverts de fausses membranes. Celles-ci, douze heures environ après l'application de l'acide, se laissent facilement enlever par une légère friction. L'iodoforme en poudre très fine est alors projeté dans la gorge avec un tube de verre sur les parties enflammées ou ulcérées. On recommande au malade d'éviter tous les mouvements (toux, déglutition, etc.) qui pourraient enlever le dépôt d'iodoforme. On recommence ce traitement deux ou trois fois par vingt-quatre heures et pendant plusieurs jours. Purgation au calomel au début; quinine et fer pendant le déclin de la maladie. (*Americ. Journ. med. sc. and Pract.*, II, 1879, p. 205.)

De l'action comparée de la duboisine et de l'atropine, par le docteur Sydney Ringer.

D'après l'auteur, la duboisine produit les mêmes symptômes que l'atropine, mais elle est beaucoup plus puissante. Une dose de 0^{milligr},55 de sulfate de duboisine prise par la bouche détermine au bout d'une demi-heure les symptômes suivants, qui atteignent toute leur intensité en deux heures et persistent sept ou huit; ce sont: d'abord, sécheresse de la bouche; puis dilatation des pupilles, assoupissement léger, grande faiblesse et vertige; le malade peut à peine marcher et manger; des plaques d'érythème avec gonflement local de la peau apparaissent à la face; pouls lent et plein. La même dose de sulfate d'atropine produit seulement une légère sécheresse de la bouche. Il en est de même d'une dose d'atropine de 1 milligramme prise en deux fois et à deux heures d'intervalle; tandis que la même quantité de sulfate de duboisine détermine de plus de l'assoupissement, du délire, des secousses dans les membres, élévation du nombre des pulsations et des respirations. Tweedy a montré que, inversement, chez les grenouilles l'atropine causait une paralysie du système nerveux moteur du cœur et de la respiration plus intense que celle de la duboisine. (*Practitioner*, octobre 1879, et *Lyon médical.*)

Recherches sur les cellules nerveuses des ganglions cérébro-spinaux, spécialement sur les prolongements de ces cellules, par le docteur Gustave Retzius.

Après avoir donné le résultat des recherches exécutées jusqu'ici sur les prolongements des cellules nerveuses des ganglions spinaux, comme aussi sur les opinions et les points de vue différents formulés à l'égard de ces prolongements, l'auteur décrit quelques recherches nouvelles faites par lui sur les tubes nerveux des cellules en question chez la grenouille, le coq, le rat, le lapin, le chat, le chien et l'homme. Il trouva dans les ganglions spinaux de tous ces animaux des divisions assez nombreuses des tubes nerveux à myéline; toujours les cellules nerveuses ne montraient qu'un seul prolongement, devenant un tube nerveux myélin: l'auteur a réussi, dans plusieurs cas, à suivre ce tube jusqu'à une division exactement de la même espèce que les autres divisions des tubes nerveux, et cela chez des représentants des différentes classes d'animaux, ainsi que chez l'homme. Il a examiné plusieurs des ganglions des nerfs cérébraux; mais il ne publie maintenant que ses recherbhes sur les ganglions de Gasseri et sur les ganglions jugulaires vagues, dans lesquels on trouve exactement les mêmes rapports que dans les ganglions spinaux. (*Nordiskt med. Ark.*, Band IV, n° 28, 1871.)

BIBLIOGRAPHIE

Essai de mécanique chimique, fondée sur la thermochimie, par M. Berthelot, membre de l'Institut. 2 vol. grand in-8. — Paris, 1879. Dunod.

Le sujet traité dans le remarquable ouvrage que nous annonçons sort un peu trop du cadre de ce journal pour que nous puissions entreprendre de l'analyser en détail; mais, d'un autre côté, les questions qu'il soulève sont de celles dont aucun médecin digne de son temps ne peut se désintéresser, et parce que rien ne doit lui être étranger de ce qui concerne les lois générales de la nature, et surtout parce que ces lois ont déjà et auront, en plus grand nombre et avec plus de précision, des applications évidentes à la physiologie et à la pathologie. En conséquence, nous croyons devoir résumer

en peu de mots ces principes de mécanique chimique, dont la démonstration expérimentale ne tend à rien de moins qu'à fonder, comme l'auteur le dit résolument, « une science nouvelle ».

La conception de la matière a présenté, à travers les siècles, des phases assez distinctes. Les corps sont d'abord formés d'un petit nombre d'*éléments* diversement associés, éléments absolument simples et irréductibles suivant les uns, divisibles suivant les autres; puis on les fait naître d'une multitude infinie de particules, douées de propriétés électives et se groupant ou se séparant, dans l'univers, suivant les analogies ou les diversités de leur nature. Beaucoup plus tard, quand on étudie les combinaisons des corps avec quelque esprit scientifique, on note leurs *antipathies* et leurs *sympathies* réciproques, et, chose de haute importance, on s'aperçoit que ces combinaisons n'ont pas lieu, pour ainsi dire, arbitrairement en toutes proportions. Un pas de plus, et l'on arrive, avec Dalton et ses successeurs, à la théorie des proportions définies. Aujourd'hui, et nous empruntons ces traits à l'auteur lui-même, on se représente la matière de la manière suivante. Sous le rapport physique, assemblage de particules plus ou moins rapprochées ou séparées les unes des autres par des actions attractives ou répulsives, les premières actions étant moindres dans l'état liquide que dans l'état solide, et insensibles dans l'état gazeux. Sous le rapport chimique, assemblage de particules indécomposables, indivisibles par les procédés de la chimie, appelées *atomes* ou *éléments*, sans qu'on puisse en inférer logiquement leur indivisibilité absolue. L'affinité, cette *sympathie* d'autrefois, est « la résultante des actions qui tiennent unis les éléments des corps composés » (p. XXIV), c'est-à-dire qu'elle se réduit à une notion purement mécanique. Ces éléments se combinent suivant des rapports de poids invariables pour chaque composé défini, ces poids étant multiples les uns des autres, et tels que les rapports suivant lesquels deux éléments se combinent avec un troisième sont les mêmes que les rapports suivant lesquels ils se combinent entre eux.

La chaleur tend à accroître les actions répulsives. Lorsque deux corps se combinent, il y a dégagement de calorique. De là, en chimie, une étude nouvelle, celle de la thermochimie, introduite par Laplace et Lavoisier; c'est-à-dire la recherche expérimentale des quantités de chaleur développées dans les réactions chimiques, et des lois suivant lesquelles l'échauffement effectue la décomposition des combinaisons.

C'est dans cet état que M. Berthelot prend la thermochimie, pour lui demander la mesure du *travail moléculaire* accompli dans la réaction, faisant ainsi entrer, pour ainsi dire à pleines voiles, dans la science chimique le principe de la transformation des forces par voie d'équivalence.

Expliquer cela brièvement, c'est, nous le répétons, tout le but de cet article.

La chaleur n'est pas une substance, un fluide qu'on puisse appeler du nom de calorique ou de phlogistique; c'est simplement un mode de mouvement. Dans le fonctionnement d'une machine à vapeur, toute la chaleur disparue est représentée par la somme du travail produit. Plus généralement, quand une force mécanique capable de soulever 425 kilogrammes à 1 mètre de hauteur (*kilogrammètre*) est consommée sans que le travail mécanique ait été réellement accompli, il se dégage une quantité de chaleur suffisante pour élever de 1 degré centigrade la température de 1 kilogramme d'eau (*calorie*). Réciproquement, quand une calorie est consommée sans que la température se soit réellement élevée, il se produit 425 kilogrammètres de travail. Autre exemple, emprunté à la physiologie. Un individu fléchit l'avant-bras; la température des muscles contractés s'élève, comme on peut le constater au moyen d'aiguilles enfoncées dans les muscles et communiquant avec un galvanomètre. Mais le bras se fléchit de nouveau pour soulever un poids; l'élévation de la température est moindre; le travail accompli pour soulever le poids a consommé une partie de la chaleur développée. Il y a donc eu, dans tous ces cas, transmutation de forces; mais la somme de toutes les forces n'a pas varié. Les forces *vives*, les *énergies* qui produisent le mouvement ne sont que le mode actif de forces qui jusque-là n'étaient que *tensives* ou *mortes*, c'est-à-dire *capables* seulement de produire le mouvement. Le total des forces reste le même. C'est ce qu'on appelle le principe de la conservation des forces. Tel est l'ordre de faits, déjà si difficile à démontrer dans les choses visibles ou mesurables, qu'il s'agissait de mettre en évidence jusque dans le domaine impénétrable du *travail moléculaire* qui constitue les phénomènes chimiques.

L'auteur établit d'abord que les phénomènes thermochimiques doivent être rapportés, pour une certaine part, à des énergies *physiques* (par exemple, dans la liquéfaction des gaz, la solidification des liquides, les changements de forme cristalline dans les solides, etc.), et, pour une part infiniment plus grande, à des énergies *chimiques*, c'est-à-dire au fait même de la combinaison, dans laquelle les divers mouvements de translation, de rotation, de vibration dont les molécules étaient agitées auparavant, sont tout à coup arrêtés et remplacés par la précipitation brusque et le choc des molécules les unes sur les autres. C'est de ce *travail accompli* que résulte un dégagement de chaleur; de ce travail, et non d'autres causes quelquefois alléguées (notamment l'inégalité des chaleurs spécifiques), sur lesquelles l'auteur entre dans des considérations trop techniques pour trouver place ici.

Ce n'est là encore que le côté spéculatif de la question; mais voici venir la démonstration expérimentale.

L'expérimentation a mis en évidence les trois principes suivants :

1° *Principe des travaux moléculaires.* — La quantité de chaleur dégagée dans une réaction quelconque mesure la somme des travaux chimiques et physiques accomplis dans cette réaction; c'est la mesure des affinités chimiques.

2° *Principe de l'équivalence calorifique des transformations chimiques*, ou *principe de l'état initial et de l'état final.* — Si un système de corps simples ou composés, pris dans des conditions déterminées, éprouve des changements physiques et chimiques capables de l'amener à un nouvel état, sans donner lieu à aucun effet mécanique extérieur au système, la quantité de chaleur dégagée ou absorbée par l'effet de ces changements dépend uniquement de l'état initial et de l'état final du système; elle est la même, quelles que soient la nature et la suite des états intermédiaires. De sorte que la chaleur dégagée dans une transformation chimique demeure constante, aussi bien que la somme du poids des éléments.

3° *Principe du travail maximum.* — Tout changement chimique accompli sans l'intervention d'une énergie étrangère tend vers la production du corps ou du système de corps qui dégage le plus de chaleur. Ce principe d'une importance supérieure, découvert par M. Berthelot, ramène la prévision des phénomènes chimiques à la nature purement physique et mécanique du travail maximum accompli par les actions moléculaires.

Voilà, sous une forme bien étroite, la substance du livre. Ajoutons seulement à l'adresse particulière des médecins, qu'un chapitre entier est consacré à l'application de ces principes à l'étude de la chaleur produite par les êtres vivants. On devine aisément de quel immense labeur ont dû sortir les formules si simples et si courtes que nous rappelions à l'instant. On est pris de vertige quand on jette les yeux sur cet immense amas d'expériences accumulées « pendant seize ans »; sur cet océan de théorèmes, de tableaux, de formules répandus dans ces deux gros volumes. Et néanmoins telle est la savante ordonnance de l'œuvre, tel est l'art avec lequel le récit des expériences, l'exposé de leur but, de leur signification, de leur dispositif même, sont mêlés aux aridités de l'algèbre et à la monotonie des chiffres alignés, que de moins incompétents que nous iront certainement jus-

qu'au bout de ces 1300 pages, non seulement sans fatigue, mais avec un intérêt croissant. Pour nous, c'est tout au plus s'il nous est permis de dire combien nous avons été frappé de la concordance des résultats obtenus avec les principes à établir; mais ce que nous ne tairons pas, c'est notre admiration pour la grandeur même de l'entreprise scientifique. Ramener vers l'unité les forces en apparence si diverses de la nature a été une des tâches constantes de M. Berthelot, et l'*Essai de mécanique chimique* continue supérieurement la série des ouvrages sur la *synthèse chimique*, et assure plus sûrement encore à l'auteur un nom éclatant dans l'histoire de la science contemporaine.

A. Dechambre.

Index bibliographique.

L'urine normale et pathologique. — Les calculs urinaires, par le docteur C. Mehu. — Paris, 1880. Asselin.

Manuel clinique de l'analyse des urines, par M. P. Yvon. Paris, 1880. O. Doin.

Il n'est plus permis aujourd'hui d'ignorer les procédés d'analyse qualitative ou même quantitative des urines. Chaque jour le médecin praticien se voit dans la nécessité de les mettre en usage, et trop souvent encore il se trouve arrêté par des difficultés que ne résolvent pas avec assez de précision les ouvrages réputés classiques. Aussi est-ce toujours avec intérêt qu'il faut accueillir les livres destinés à préciser ou à vulgariser les notions d'urologie, lorsque ces livres sont sérieusement faits. M. le docteur C. Mehu a longtemps étudié les questions qui font l'objet de son nouvel ouvrage. Celui-ci n'est même qu'un chapitre détaché de son *Traité de chimie médicale appliquée aux études cliniques*. Ce chapitre, considérablement augmenté, forme aujourd'hui un livre de 400 pages mis au courant des progrès de la science moderne, et l'on voit en le parcourant qu'il est écrit par un homme savant et expérimenté. Il est surtout destiné et sera surtout utile aux chimistes et aux pharmaciens. Tous les procédés d'analyse et de dosage sont, en effet, minutieusement et scientifiquement décrits, et lorsqu'on n'est pas très au courant de ces recherches, on hésite un peu, malgré la clarté et la précision de l'exposé fait par l'auteur, à le suivre dans tous ses détails. Nous signalerons cependant ce qui a trait aux analyses que les médecins ont surtout occasion de faire. M. Mehu résume ainsi la marche à suivre pour l'examen d'une urine : 1° constater ses qualités physiques (consistance, odeur, transparence, densité, coloration, réaction); 2° déterminer le poids des éléments fixes à la température de 100 degrés centigrades et celui des sels minéraux anhydres; 3° rechercher, dans une partie de l'urine filtrée, l'albumine, la glycose, l'inosite; doser ces principes; 4° rechercher les pigments biliaires; 5° s'il y a lieu, rechercher les produits éliminés par les urines (l'auteur cite les acides phénique, salicylique, hippurique, l'iode, le fer, le mercure, la quinine); 6° laisser en repos une partie du liquide pour avoir une suffisante quantité de sédiment et y rechercher l'acide urique et les urates, les hématies, les leucocytes, les épithéliums, les sels cristallisés, etc., etc. On voit que le programme est complet. L'étude des calculs urinaires termine le volume, qu'ornent d'assez nombreuses planches intercalées dans le texte. La recherche de l'albumine et celle de la glycose sont indiquées avec beaucoup de soin et de détails. Nous n'avons pas cependant, dans ce chapitre si bien fait, trouvé l'indication d'une cause d'erreur assez fréquente et qui embarrasse parfois les médecins. Lorsque, dans une urine très chargée d'albumine et de sels, on vient à acidifier le liquide à l'aide de quelques gouttes d'acide acétique ou d'acide azotique, et que l'on chauffe ensuite jusqu'à ébullition, on peut ne pas obtenir de précipité. L'addition d'une quantité un peu plus considérable d'acide azotique précipite l'albumine; il en est de même de l'ébullition du liquide avant l'addition d'un acide. M. Mehu nous dit bien que l'acide acétique, très concentré et employé en proportion suffisante, peut empêcher la coagulation de l'albumine à la température de l'ébullition, mais il ne nous explique pas — ou du moins nous n'avons pas trouvé cette explication dans son livre — pourquoi l'albumine peut ne plus se coaguler après acidification légère du liquide. Est-ce par suite de la décomposition des sels et de la mise en liberté d'un acide qui s'opposerait à la coagulation de l'albumine? Est-ce pour une autre raison? Nous ne trouvons point non plus cette explication dans le livre de M. Yvon. Le chapitre consacré à la recherche et au dosage de la glycose est non moins complet que celui qui traite de la recherche de l'albumine. Dans les pages qu'il consacre à cette importante question, M. Mehu indique encore bien des causes d'erreur, surtout quand il est question de dosages, et montre combien il est facile de se tromper dans les cas, par exemple, où l'on a affaire à une urine tout à la fois albumineuse et sucrée. Cet ouvrage est donc un livre de recherches scientifiques utile aux étudiants aussi bien qu'aux chimistes, et dans lequel les médecins trouveront eux-mêmes des renseignements précieux.

Le format et le titre du *Manuel clinique* de M. Yvon indiquent qu'il s'adresse plutôt aux étudiants ou aux médecins praticiens. On y rencontre dès les premières pages, l'indication du matériel nécessaire pour l'analyse des urines. On trouve à la fin de l'ouvrage un plan très détaillé et très pratique de la manière d'opérer pour examiner une urine pathologique. On serait très heureux de pouvoir obtenir toujours un procès-verbal d'analyse aussi complet pour s'éclairer sur la nature d'une maladie donnant naissance à des urines anormales. M. Yvon indique : 1° les caractères généraux de l'urine (volume, couleur, aspect, dépôt, consistance, odeur, réaction, densité) et la détermination des substances dissoutes (matières fixes, résidu minéral, parties ou éléments organiques); 2° l'examen microscopique; 3° le dosage des éléments normaux azotés (urée, acide urique) ou minéraux (acide sulfurique, chlore, acide phosphorique, chaux et magnésie); 4° le dosage des éléments anormaux (mucine, albumine, sucre, pigments biliaires, matières grasses, acide oxalique). Un tableau comparatif indique les différences qui existent entre l'urine normale et l'urine pathologique analysée. Même procédé pour l'analyse des calculs. Le livre tout entier n'est, en quelque sorte, que le développement rationnel de ce plan d'analyse. L'auteur étudie d'abord l'urine normale et ses éléments normaux, puis il passe en revue les éléments anormaux de nature organique, de nature minérale, ou enfin les sédiments que peut renfermer l'urine. Comme dans le livre de M. Mehu, les études microscopiques des sédiments urinaires sont exposées avec beaucoup de soin et rendues plus faciles à comprendre grâce à de nombreuses figures intercalées dans le texte. Ce petit manuel, très clair et très précis, rendra les plus grands services. Il obtiendra surtout près des étudiants et des médecins praticiens un légitime succès.

Le cerveau, sa topographie anatomique, par M. le docteur Ch. Morel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Paris, 1880. Berger-Levrault et Cie.

Ce bel atlas comprend 27 planches dessinées avec le plus grand soin, et reproduisant avec la plus scrupuleuse exactitude la photographie d'un hémisphère cérébral traité par l'acide nitrique et desséché. Tous les médecins habitués aux études de topographie et d'anatomie pathologique du cerveau connaissent ce procédé de conservation et de dessiccation. En indiquant, sur un cerveau ainsi durci, les principales circonvolutions et les régions du cerveau qui sont le plus souvent citées dans les travaux afférents aux localisations cérébrales; en reproduisant dans une série de planches très bien gravées l'image de ces circonvolutions ou des coupes pratiquées dans les hémisphères, M. Morel a certainement rendu un grand service à tous ceux qui voudront se tenir au courant des nouvelles recherches relatives à l'étude des localisations cérébrales. Après avoir étudié les descriptions concises, mais très complètes, de l'auteur, ils sauront mieux se servir, pour leurs autopsies, des planches dessinées d'après les leçons de M. Charcot, et sur lesquelles il est si utile de figurer immédiatement les lésions que l'on peut observer.

Des paralysies corticales du membre supérieur (monoplégies brachiales), par M. le docteur Gaston Decaisne. In-8 de 75 pages. — Paris, 1879. J. B. Baillière et fils.

L'étude des localisations cérébrales est à la mode, mais loin d'avoir dit son dernier mot: aussi devons-nous applaudir quiconque cherche à soulever un coin du voile encore si épais. Naguère nous nous entretenions à ce sujet avec les lecteurs de la *Gazette* (juillet 1879). Aujourd'hui nous résumerons l'intéressant mémoire de M. Gaston Decaisne. L'idée de ce travail lui a été suggérée par plusieurs cas qu'il a été à même d'observer à la

Charité et dont l'un a fait la base d'une très importante communication de M. Bourdon à l'Académie de médecine (*Gazette hebdom*, 1877). Voici les résultats obtenus par M. Decaisne : « Il existe, dit-il, sur chaque hémisphère cérébral un centre qui préside à la motilité du membre supérieur du côté opposé. » Ce centre comprend d'après lui, outre la frontale et la pariétale ascendante, encore les circonvolutions pariétale et frontale voisines. Il n'est pas limité d'une manière précise. La suractivité des cellules voisines peut suppléer aux cellules détruites. Quand il y a ischémie, la motilité se rétablit encore plus vite grâce aux anastomoses vasculaires : « Les caractères principaux des paralysies corticales du membre supérieur sont les suivants : Elles n'occupent pas en général la totalité du membre, mais se portent de préférence sur un ou plusieurs groupes de muscles. Elles sont le plus souvent incomplètes, ce sont des parésies plutôt que des paralysies vraies. Elles ne s'accompagnent pas de perte de la sensibilité. Les modifications de la température et les troubles trophiques sont rares. »

VARIÉTÉS

L'OVARIOTOMIE EN FRANCE. — M. BOINET.

Au sujet de notre dernier article sur l'ovariotomie en France, M. le docteur Boinet nous adresse une lettre destinée à relever quelques lacunes et à établir une erreur de fait à son préjudice. Sur le premier point, notre honoré confrère s'est un peu mépris sur le but de notre travail. Nous n'avons nullement entrepris un historique de l'ovariotomie dans les divers pays de l'Europe, mais seulement essayé de montrer que, *en France*, en 1856, cette opération était condamnée par la presque totalité des chirurgiens et accoucheurs. Nous avons eu même le soin d'ajouter que « *plusieurs auteurs* avaient déjà fait connaître en France les résultats obtenus par les médecins étrangers », et nous citions comme exemple M. *Chereau*. A la place de celui-ci, M. Boinet cite M. *Chéron ;* mais nous craignons fort une confusion de nom.

Tout l'historique que notre confrère veut bien nous adresser ne remplit donc, dans notre article, que des lacunes volontaires, et par ce motif nous prenons la liberté de ne pas l'insérer. Mais là où la rectification à nous adressée nous semble parfaitement légitime, c'est quand elle conteste que l'opération d'ovariotomie pratiquée par MM. A. Richard et J. Worms doive être considérée, ainsi que nous l'avions dit, « comme la première opération faite en France ». Nous reconnaissons volontiers que les opérations de Rigaud en 1844, de Vaullegeard en 1848 (et non 1847, comme l'écrit M. Boinet), et plus tard d'Hergott et Michel, et d'autres encore, sont de véritables ablations de kystes ovariques. Parmi elles se distingue celle qu'a faite M. Boinet lui-même en 1859, un an environ avant l'opération de MM. Richard et J. Worms. Seulement, nous le répétons, l'intervention de Nélaton, provoquée par M. Worms, et le mémoire de ce dernier, contribuèrent beaucoup à modifier la disposition des esprits à l'égard de l'ovariotomie.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le Conseil d'administration a voté, dans sa dernière réunion, les subventions suivantes : M. l'abbé Rougerie, pour lui permettre de continuer ses recherches sur les courants atmosphériques, 300 francs. — M. Rivière, pour aider à la publication de ses recherches sur la paléontologie humaine et aux nouvelles fouilles qu'il compte entreprendre, 500 francs. — M. Jobert, pour l'achat d'un moteur électrique, d'un appareil à respiration artificielle et d'un saccharimètre Laurent, qui lui permettront de continuer ses recherches personnelles sur les plantes médicinales qu'il a rapportées du Mexique, 1000 francs. — M. Gros, pour aider à la suite de ses études sur la télégraphie hydrostatique, 200 francs. — M. Sabatier, pour l'achat d'une drague et les dépenses qu'entraînera l'exploration zoologique de l'étang de Thau, 1000 francs. — M. Moniez, pour contribuer à l'achat et à l'entretien des animaux nécessaires pour la continuation de ses recherches, 200 francs. — M. Delort, pour contribuer aux dépenses occasionnées par ses fouilles dans les grottes-abris, les dolmens, etc., etc., de l'Auvergne, 300 francs. — M. Salmon, pour contribuer aux dépenses occasionnées par la publication d'une carte d'archéologie celtique du département de l'Aube, 500 francs. — M. Fière, pour contribuer aux dépenses occasionnées par des fouilles dans les grottes préhistoriques du Dauphiné (grotte d'Aizy), 300 francs. — M. Maury, pour contribuer aux recherches relatives à la multiplication des vignes américaines, 300 francs. — M. Giard, pour achat d'appareils de pêche spécialement disposés pour les recherches d'animaux marins, 500 francs. — M. Cartailhac, pour contribuer à l'installation d'un laboratoire d'anthropologie, 500 francs. — M. Lescarbaut, pour l'aider à contribuer à ses importantes recherches astronomiques, 500 francs. — M. de Lacaze-Duthiers, une somme de 3000 francs, dont on porte sur l'exercice actuel, pour l'achat d'un scaphandre complet, 2000 francs. — M. Leveau, pour second versement d'une subvention de 1000 francs votée pour lui faciliter l'exécution de calculs se rapportant à la théorie de la planète Vesta, 400 francs. — Observatoire du mont Ventoux (deuxième versement sur la subvention de 2000 francs) : installation scientifique et achat d'appareils d'observations, 1000 francs. — Total, 9500 francs.

Mon cher collègue et ami,

J'ai appris par deux de nos collègues de l'Académie, MM. Germain Sée et Maurice Raynaud, qu'un individu, se disant rédacteur d'un journal nommé « *High Life* », se livre à un genre d'escroquerie qu'il est bon de signaler à nos confrères. Il se présente chez les médecins ou chirurgiens, leur montre une de mes cartes de visite ou une autre carte de visite, ainsi qu'une liste de médecins insérée dans le *High Life* et destinée, suivant lui, à faire connaître aux personnes du grand monde, et surtout aux étrangers, les praticiens les plus notables de Paris. Si le médecin sollicité se laisse séduire et donne l'autorisation d'inscrire son nom sur cette liste, l'individu dont il s'agit lui soutire un abonnement de 25 francs et le tour est joué.

Si vous pouviez insérer ces quelques lignes dans votre journal, je vous en serais reconnaissant.

Votre tout dévoué,

A. Vulpian.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Les élections à la *Faculté des sciences*, dans les *Facultés de médecine*, l'*Ecole de pharmacie* et les *Facultés mixtes* ont donné les résultats suivants :

Faculté des sciences. — Inscrits, 139 ; votants, 134 ; majorité absolue, 67. Lespiault (Bordeaux), 77 ; P. Bert, 73 ; Briot, 40 ; Grandeau, 29 ; Violette, 19. MM. Lespiault et P. Bert sont élus.

Facultés de médecine. — Inscrits, 216 ; votants, 176 ; majorité absolue, 89. Vulpian, 170 voix ; Moitessier (Montpellier), 154. MM. Vulpian et Moitessier sont élus.

Ecole de pharmacie et Facultés mixtes. — Inscrits, 35 ; votants, 35. M. Chatin, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris, 20 voix, élu.

En donnant cette nouvelle, nous sommes heureux de faire remarquer que le savant doyen de notre Faculté a été élu à la presque unanimité des voix de ses confrères, et que M. Moitessier a obtenu également un nombre considérable de suffrages. Pareil résultat n'a été obtenu que dans un nombre très restreint d'élections.

Protection des enfants du premier âge. — Le Comité supérieur de la protection des enfants du premier âge, dont la composition a été modifiée par un décret du 31 janvier dernier, est actuellement constitué ainsi qu'il suit :

MM. Constans, député, président ; Schœlcher, sénateur, vice-président ; le docteur Th. Roussel, sénateur, membre de l'Académie de médecine, vice-président ; le docteur Broca, sénateur ; le docteur Liouville, député ; Camescasse, conseiller d'Etat ; Bucquet, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur ; le docteur Béclard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; le docteur Marjolin, président de la Société protectrice de l'enfance ; N..., délégué de la Société de charité maternelle ; Marbeau, président de la Société des crèches ; Payelle, chef du troisième bureau de la division départementale, secrétaire ; Rouit, secrétaire-adjoint.

Missions scientifiques. — M. François-Franck, préparateur au Collège de France, notre collaborateur, vient de remplir une mission scientifique, à l'effet d'étudier l'organisation des laboratoires de Belgique et de Hollande.

Société française de tempérance. — La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 18 avril, sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Bouillaud, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, ceux de MM. Motet et Decaisne sur le concours de 1880, et le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné : à MM. Roussel Saint-Georges et Charles Mueser, des médailles d'argent et des récompenses de 250 francs; à M. le docteur Nicolle, un encouragement de 100 francs. La Société a décerné en outre : une médaille de vermeil, 82 diplômes d'honneur, 17 médailles d'argent, 306 médailles de bronze, 1 livret de caisse d'épargne de 50 francs et 38 de 25 francs.

Société médico-psychologique.— *Séance solennelle* du 26 avril, à quatre heures. — *Ordre du jour :* Rapport de la commission du prix Esquirol. — Eloge de Trélat : M. Motet. — Banquet à sept heures, 1, rue Le Peletier.

Hospices civils de Marseille. — La commission administrative des hôpitaux de Marseille porte à la connaissance des intéressés ce qui suit :

Les conditions d'admissibilité aux places de médecins et chirurgiens-adjoints des hôpitaux sont et demeurent ainsi modifiées : Art. 1er. Nul ne pourra concourir s'il n'est âgé de vingt-huit ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de sa naturalisation, et s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine délivré par l'une des Facultés de médecine de France. — Art. 2. Les candidats doivent avoir deux années de pratique. — Art. 3. En ce qui concerne cette dernière condition, une exception est faite en faveur des élèves internes des hôpitaux dans les villes où siègent des Facultés de médecine, y compris toutefois les internes des hôpitaux de Marseille, qui pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur en médecine. — Art. 4. Les candidats devront, en se faisant inscrire au bureau du secrétariat, déposer : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur; 3° s'ils ne demeurent pas à Marseille, un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de leur résidence. Les internes où siègent les Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par le directeur des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne. — Art. 5. Les candidats devront prendre connaissance, avant de concourir, des règlements des hôpitaux et hospices. Ils devront prendre l'engagement écrit d'observer, après leur nomination, les règlements en vigueur, et tous autres que l'Administration croirait devoir adopter pour le bien du service. — Art. 6. Les candidats pourront déposer au bureau de la commission leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés; ces documents seront soumis au jury.— Art. 7. Sont maintenues les autres dispositions du règlement du service de santé qui ne sont pas contraires à la présente délibération

---

Hôpital du Midi. — *Leçons cliniques de syphiligraphie.* — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons le samedi 1er mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Chaque leçon sera précédée de la revue des malades du service, et suivie d'instructions pratiques sur le traitement des *maladies vénériennes.*

Hôpital Saint-Louis. — *Conférences de clinique dermatologique.* — M. le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera la série d'été de ses conférences cliniques le mercredi 28 avril, à huit heures, salles Saint-Thomas, Saint-Léon, et laboratoire de la salle Saint-Léon, et continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Ordre des travaux du service : Lundi, *Consultation externe.*— Mardi, *Premier examen des nouveaux.* — Mercredi, *Clinique.* — Jeudi, *Tricophyties.* —Vendredi, *Pelades.* — Samedi, *Lupus*, etc.

Mortalité a Paris (15e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 avril 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1264, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 45. Variole, 49. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphthérie et croup, 34. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Affections puerpérales, 13. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 84. — Autres affections générales, 144. — Bronchite aiguë, 60. — Pneumonie, 102.— Diarrhée infantile et athrepsie, 93. — Autres maladies locales : aiguës, 79; chroniques, 211; douteuses, 81. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 30. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 15e *semaine.* — Encore cette semaine une légère aggravation de la mortalité générale, car, au lieu des 1198 décès de la 13e semaine, des 1239 de la 14e, nous en avons 1264 pour la 15e; c'est 200 décès en excédant du bilan moyen de la même semaine dans les trois années précédentes. J'attirerai surtout l'attention des accoucheurs sur une grave cause de mort qui semble en voie de progression; c'est la fièvre puerpérale qui a compté 13 décès, dont 6 dans les hôpitaux.

La variole, malgré ses atténuations faibles mais continues, a encore fourni 49 décès. Je ferai remarquer à ce sujet que cette épidémie s'est surtout amoindrie dans plusieurs quartiers qu'elle avait plus particulièrement frappés, comme la Sorbonne, les Quinze-Vingts...

La fièvre typhoïde, aussi faiblement décroissante, a encore causé 45 décès. Ce sont toujours les quartiers du Gros-Caillou et de Saint-Louis qui, à cause de leurs hôpitaux militaires, ont fourni le plus de décès typhiques.

La rougeole, signalée dans quelques villes, à Berlin, mais surtout à Marseille, où elle sévit gravement, est chez nous faiblement active jusqu'à présent et stationnaire. Elle est notablement au-dessous de sa moyenne saisonnière, se mesurant par 23 décès pour la même semaine des années précédentes, tandis que nous n'en avons compté que 14. La natalité, plus intense dans les premiers mois de l'année, a pour effet presque nécessaire d'augmenter le nombre de nos décès enfantins, par athrepsie, etc.

Dr Bertillon.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant,*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la dilatation du cœur droit d'origine gastrique, par le docteur Henry Desluraux. In-8 de 89 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Etude de physiologie et de thérapeutique sur les sels de pelletiérine, par le docteur Fernand de Rochemure. In-8 de 140 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le docteur Cadet de Gassicourt. Tome Ier, *Affections du poumon et de la plèvre.* 1 vol. grand in-8 de 500 pages, avec 76 figures de tracés de température. Paris, O. Doin. 11 fr.

Manuel clinique de l'analyse des urines, par P. Yvon. 1 vol. in-18 cartonné, de 300 pages, avec 40 gravures dans le texte. Paris. O. Doin. 5 fr.

Essai sur l'hygiène intérieure des appartements, par le docteur A. Bourgeois. Ouvrage couronné (médaille d'or, 1878) par la Société de médecine d'Amiens. 1 vol. in-8 de 66 pages, avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 29 avril 1880.

Académie de médecine : LA PESTE. LE CHOLÉRA DES POULES. EXTIRPATION DU CORPS THYROÏDE. — *Société de thérapeutique :* DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ERGOTINE.

M. le docteur Rochard a terminé mardi, à l'Académie de médecine, la lecture de son remarquable rapport sur la peste. Un simple résumé de cette étude si consciencieuse, si complète, et, à cause de cela, si longue, ne pourrait être utile qu'à la condition de développements pour lesquels la place nous manquerait. Nous préférons en détacher les vues principales dans une appréciation clinique que nous publierons prochainement; on devra lire ce rapport *in extenso* dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

L'Académie a entendu ensuite une communication extrêmement importante de M. Pasteur sur le choléra des poules, complétant les expériences et les déductions scientifiques qu'il avait déjà fait connaître et que nos lecteurs n'ont pas oubliées. Nous reviendrons également sur ce travail.

Enfin M. Tillaux a fourni quelques détails relatifs à la malade sur laquelle il a pratiqué l'extirpation du corps thyroïde et qu'il avait présentée dans une des dernières séances.

Des injections sous-cutanées d'ergotine.

La Société de thérapeutique, à plusieurs reprises, a soulevé d'intéressantes discussions sur les injections sous-cutanées d'ergotine, non seulement dans les cas de métrorrhagie, mais encore dans le traitement des hémorrhoïdes, discutant sur le mode de traitement ainsi que sur la solution à employer. MM. Moutard-Martin, Féréol, Dujardin-Beaumetz, C. Paul et Vidal ont produit des faits assez précis pour qu'il soit possible aujourd'hui de juger en connaissance de cause du résultat qu'on est en droit d'attendre, surtout en les rapprochant de ceux, plus nombreux, que nous trouvons rapportés dans les journaux allemands. Si le procédé n'est pas nouveau, puisqu'il remonte à une douzaine d'années déjà, alors qu'Eulenburg l'essayait avec succès dans un cas de toux convulsive, on peut dire cependant que cette médication n'était pas encore entrée dans la pratique ordinaire : il était nécessaire de se rendre compte de la solution à employer, du mode de préparation de l'ergotine, de la dose à injecter, et enfin il était utile de savoir si l'usage réitéré de l'ergotine sur le même malade ne pouvait à un moment donné occasionner des accidents plus ou moins sérieux, soit sur le point même où l'injection est faite, soit sur l'économie générale.

Les injections d'ergotine ont été employées dans un grand nombre de maladies : dans les métrorrhagies, les varices, les hémoptysies, les incontinences d'urine, les hémorrhoïdes, etc.; toutes les fois, en un mot, qu'on voulait obtenir des contractions des fibres musculaires lisses. Le premier mémoire important que nous trouvions sur cette question est celui de Langenbeck (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1869, n° 12, et *Gazette hebdomadaire*, p. 461, année 1869). Dans ce mémoire, lu à l'Académie de médecine de Berlin, Langenbeck donne l'observation de deux malades atteints d'anévrysmes; sur le premier de ces malades atteint d'un anévrysme volumineux de l'artère sous-clavière, on fit tous les trois jours, pendant trois semaines environ, une injection de 3 à 18 centigrammes d'ergotine, quantité équivalente à 2 grammes d'ergotine pendant la durée du traitement : peu à peu la tumeur s'affaissa, les douleurs disparurent et le malade put se servir de sa main. La seconde observation est plus probante. Sous l'influence d'une seule injection, faite sous la peau au niveau d'un anévrysme siégeant sur l'artère radiale, la tumeur sanguine, qui était du volume d'une aveline, disparut dès le lendemain matin. Vingt-neuf jours après, un examen attentif démontrait que l'artère radiale était dans les conditions normales à l'endroit même où existait auparavant la tumeur. Presque à la même époque Drosche et von Graefe obtenaient à l'aide de ces mêmes injections les résultats les plus favorables dans des cas d'hémorrhagie et d'hémoptysie. A partir de ce moment ce traitement entra dans la pratique courante en Allemagne. Ruben et Zente (*Gaz. hebd.*, 1869, p. 829; et 1870, p. 13) le préconisèrent dans la ménorrhagie en général et principalement dans les métrorrhagies consécutives à l'accouchement, et Hildebrandt (*Berliner klinische Wochenschrift*, 17 juin 1873) l'indiqua comme traitement des corps fibreux de l'utérus. « Dans un cas, une tumeur qui dépasse l'ombilic disparaît; dans un second, une tumeur qui atteint les fausses côtes droites descend au-dessous de l'ombilic; et dans quatre autre cas, où le traitement fut d'ailleurs moins complet, il y a eu amélioration de l'état général et de l'état local. Il est remarquable que les injections d'ergotine, non seulement régularisent la menstruation et diminuent la perte sanguine, mais encore la rendent moins douloureuse. Quant à préciser le mode d'action de l'ergotine, il est permis de croire que, par suite des contractions produites dans les vaisseaux nutritifs de la tumeur et aussi par suite de la compression exercée en tous sens par les parois utérines contractées, il se produit une gêne dans la nutrition de la tumeur et à la longue la dégénérescence graisseuse et la résorption. Il est probable que les tumeurs intra-utérines sont plus facilement modifiées que les tumeurs sous-péritonéales, et les myomes plus facilement que les fibromes. » (*Gaz. hebd.*, 5 juillet 1872, p. 444.)

Il est difficile d'énumérer tous les cas heureux dus aux in-

jections sous-cutanées d'ergotine dans les cas les plus divers, alors qu'il était nécessaire d'obtenir la contraction des fibres musculaires des vaisseaux : dans des cas de varices (P. Vogt, *Berliner klin. Wochensch.*, n° 10, 1872), dans l'éclampsie puerpérale (Dr Stainthorpe, *British med. Association*, 2 août 1876), dans l'atonie de la vessie (Langenbeck, *Gaz. hebd.*, p. 529, 1877), dans les hémorrhagies consécutives à l'accouchement (Hergott, de Nancy, *Société de chirurgie*, 18 juin 1879), dans des cas d'hémoptysies graves (Dr Currie Ritchie); ces faits sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les analyser. Cependant cette méthode si pratiquée en Allemagne était peu usitée en France ; aussi la discussion soulevée à la Société de thérapeutique a-t-elle eu une importance réelle, en permettant de vulgariser un traitement facile à employer, n'entraînant à sa suite aucun accident, et fournissant des résultats favorables dans un grand nombre de cas où il est nécessaire d'arrêter promptement, immédiatement pour ainsi dire, des hémorrhagies qui d'un moment à l'autre peuvent devenir mortelles.

Dans la séance du 11 juillet 1877, à propos d'une communication de M. Yvon sur une nouvelle préparation d'ergotine destinée aux injections sous-cutanées, M. Moutard-Martin et M. Bucquoy donnaient la formule des injections sous-cutanées dont ils se servaient avec succès ; et, répondant à une question de M. le professeur Gubler qui s'étonnait de voir des doses infimes d'ergotine injectée sous la peau, produire des effets aussi rapides et aussi complets, M. Moutard-Martin faisait remarquer que, sur une trentaine de cas où il l'avait employée, il n'avait pas eu d'insuccès, et que, de plus, les injections n'avaient été suivies d'aucun accident. Chez deux malades atteintes de métrorrhagie foudroyante symptomatique de corps fibreux, chez une autre atteinte de métrorrhagie post-puerpérale, l'effet avait été immédiat. Il était donc difficile d'hésiter dans le mode d'administration de l'ergotine. Introduite par le tube digestif à la dose de 4 grammes, l'ergotine n'agit que lentement, plusieurs jours sont nécessaires pour que son action se fasse nettement sentir; par les injections sous-cutanées, au contraire, la cessation, ou tout au moins la diminution de l'hémorrhagie est presque immédiate, et cependant ce ne sont plus des doses massives qu'on emploie, mais simplement des doses variant entre 10 à 15 centigrammes. Est-ce, comme le suppose M. Constantin Paul, parce que cette substance, qu'on suppose colloïde, est altérée par les sucs digestifs ? il est difficile de le dire avec certitude, mais il y a tout lieu d'admettre cette hypothèse. Comparant les effets de la poudre d'ergot préconisée par Trousseau avec ceux de l'ergotine employée en injection, M. Constantin Paul, à propos de 13 observations de malades sur lesquels il avait injecté 66 milligrammes d'ergotine, et obtenu l'arrêt d'hémorrhagies consécutives soit à des cancroïdes soit à des métrorrhagies suites d'avortements, et cela dans un espace de temps variant entre cinq à dix minutes, insistait sur la rapidité de l'action des injections comparativement à la lenteur de celle de la poudre d'ergot, dont les effets ne se font sentir que quelques heures après son administration. Les résultats signalés par MM. Moutard-Martin, Bucquoy et Constantin Paul venaient donc confirmer ceux de M. Hildebrandt.

Dans la séance du 12 décembre 1879 (*Gazette hebd.*, n° 1, 1880), la discussion sur les injections d'ergotine fut reprise par MM. Ferrand et Vidal, à propos non plus des métrorrhagies, mais des hémorrhoïdes. Une malade de M. Ferrand, atteinte depuis plus de trois ans d'un prolapsus hémorrhoïdal et rectal tel que la tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, se reproduisait à chaque défécation, avait été traitée sans aucun succès par tous les moyens thérapeutiques indiqués pour le traitement des hémorrhoïdes. M. Ferrand eut l'idée de faire des injections d'ergotine dans le paquet hémorrhoïdal lui-même. Au moment où le traitement fut commencé, la tumeur se composait d'hémorrhoïdes gonflées en un bourrelet saillant et à divers états de congestion et d'évolution, depuis la simple marisque jusqu'à la tumeur violette, turgescente et fluctuante; au milieu de ce bourrelet, la muqueuse rectale, rouge et foncée, pendait de 1 centimètre environ, la douleur était telle que tout mouvement et tout contact déterminaient les douleurs les plus cuisantes; quatre injections suffirent pour amener la guérison sans avoir déterminé aucun accident inflammatoire, ni aucune douleur ; six mois après, la malade examinée de nouveau présentait encore des hémorrhoïdes, mais le prolapsus avait disparu. Quant aux hémorrhoïdes, non seulement elles n'étaient plus douloureuses, mais elles se réduisaient d'elles-mêmes après chaque défécation ; la malade marchait, montait les escaliers sans en être aucunement incommodée. A l'appui de cette communication, M. Vidal citait trois cas semblables, le premier remontant à l'année 1876 ; les résultats étaient identiques avec ceux que venait de signaler M le docteur Ferrand. (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 7, p. 101, 1880.)

On est donc à peu près d'accord aujourd'hui sur l'utilité des injections sous-cutanées d'ergotine et sur la préférence qu'on doit leur attribuer sur l'ergot de seigle, non seulement dans le cas d'hémorrhagie, où une action prompte et énergique est nécessaire, mais aussi toutes les fois qu'on veut déterminer une action locale en provoquant une contraction des fibres musculaires lisses, comme dans les cas de varices, d'anévrysmes, d'hémorrhoïdes, par exemple. Mais indépendamment du mode et de la rapidité d'action, il est un point au moins aussi important et sur lequel on n'a pas assez insisté. Les effets de l'ergot de seigle sont éminemment variables ; tantôt à des doses peu élevées on détermine des phénomènes dépassant le but qu'on se propose ; tantôt au contraire des doses élevées n'entraînent que des effets tout à fait insuffisants. Le seigle ergoté, en effet, contient une quantité variable d'ergotine, c'est-à-dire de principe actif — nous ne parlons pas de l'ergotine trouvée par Tanret (*Académie des sciences*, 5 novembre 1875) ; cet alcaloïde solide et fixe, éminemment altérable à l'air, possède des propriétés si variables, qu'il est difficile de compter avec sécurité sur son action thérapeutique — tandis que parfois on ne peut extraire de l'ergot que 4 ou 5 pour 100 d'alcaloïde ; d'autres fois au contraire on en retire 8 et 10 pour 100 ; il y a donc là un écart considérable tenant non pas seulement au mode d'extraction, puisque dans ses expériences M. Catillon procédait toujours de la même manière avec de l'ergot d'une même origine, mais bien à la richesse plus ou moins grande de l'ergot de seigle en ergotine. On voit par cet exemple qu'il n'y a pas lieu de s'étonner des variations des effets obtenus par la poudre d'ergot de seigle ; en employant, au contraire, l'ergotine, il est facile de s'assurer des rapports qui existent entre la dose administrée et les effets obtenus; le procédé est donc plus rigoureux : c'est là un fait dont on doit tenir compte.

Nous voyons que l'ergotine est préférable à la poudre d'ergot de seigle, parce que l'extrait qu'on obtient de l'ergot varie selon l'ergot, et cela contrairement à l'avis de certains praticiens, de M. le professeur Depaul en particulier, qui

déclarait à l'Académie de médecine (séance du 13 avril 1880) avoir abandonné l'ergotine pour n'employer que l'ergot de seigle, en reprochant à l'ergotine d'être infidèle dans son action et de présenter des inconvénients. Mais un fait important à examiner, c'est d'abord le mode opératoire, et ensuite la solution à employer.

Il est reconnu que les injections sous-cutanées sont préférables aux injections directes, alors même qu'on veut agir directement sur l'utérus. Par les injections sous-cutanées, lorsque la solution est convenablement préparée, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, l'action est aussi rapide, aussi énergique que lorsqu'on injecte la solution dans le tissu utérin lui-même, comme le conseille M. le docteur Deloré, de Lyon (*Annales de gynécologie*, février 1878). Pourquoi s'exposer, en compliquant le mode opératoire, à des accidents aussi graves que ceux qu'on voit souvent dans les inflammations de l'utérus et de ses annexes, alors que par les injections sous-cutanées il est possible d'arriver au même but?

Quant à la solution à employer, la question est plus délicate et nécessite quelques développements. Langenbeck, dans les cas d'anévrysmes que nous avons relatés plus haut, s'était servi de la solution suivante, contenant par seringue 0gr,18 d'ergotine :

Extrait aqueux Bonjean	2	parties.
Alcool rectifié	7	—
Glycérine	7	—

Mais cette solution était douloureuse et occasionnait une légère inflammation du tissu cellulaire environnant, par suite de la présence de l'alcool; Hildebrandt proposa de la remplacer par la suivante qui, moins douloureuse, ne provoque pas d'abcès comme la précédente :

Ergotine	3gr,00
Glycérine	7gr,50
Eau distillée	7gr,50

M. Moutard-Martin adopte la formule d'Hildebrandt, en modifiant cependant la quantité d'ergotine :

Eau distillée	15gr,00
Glycérine	15gr,00
Ergotine	2gr,00

M. Bucquoy supprime l'eau et fait ses injections avec la formule suivante : glycérine, 30 grammes; ergotine Bonjean, 2 grammes; mais non seulement cette solution est difficile, pour ne pas dire impossible à préparer, mais l'injection est douloureuse; aussi M. Dujardin-Beaumetz repousse-t-il la glycérine qui rend la solution plus épaisse, plus douloureuse, pour la remplacer uniquement par l'eau dans laquelle l'ergotine est soluble, et emploie-t-il d'une façon constante la solution suivante :

Ergotine	2gr,00
Eau	30gr,00

Telles sont les principales formules proposées; mais il est nécessaire d'insister sur les diverses ergotines qu'on trouve dans le commerce : elles diffèrent, en effet, profondément entre elles, selon leur mode de préparation, selon aussi leur degré de saturation, pour ainsi dire. Les trois préparations d'ergotine que nous connaissions sont celles de MM. Bonjean, Catillon et Yvon; il est utile de les comparer, pour savoir laquelle des trois peut offrir les meilleures garanties.

L'ergotine Bonjean est un extrait brun foncé, à odeur animale très prononcée, donnant une solution brune d'aspect un peu louche. Il est certain que lorsque la préparation est réussie, le produit est actif; mais, comme on l'a fait remarquer, principalement à la Société de chirurgie, il n'en est pas toujours ainsi. Certaines ergotines sont actives, d'autres le sont beaucoup moins. Il y a une différence d'action que M. Catillon explique par les irrégularités qu'entraîne le mode opératoire suivi jusqu'ici et qui, outre la fermentation putride qui est souvent la conséquence du traitement du seigle ergoté par l'eau distillée, ont le grave inconvénient de laisser dans le produit final une quantité de matière gommeuse inerte, parfois considérable, qui diminue par cela même d'autant la partie active de la solution ingerbe.

C'est pour remédier à ces irrégularités de composition, et par cela même d'action, que M. Catillon a proposé une ergotine dont l'extrait, d'une couleur rougeâtre, à odeur qu'on peut qualifier d'agréable si on la compare à celle de l'ergotine Bonjean, est entièrement soluble dans l'alcool à 70 degrés et dans l'eau, et donne une solution d'un rouge grenat, d'une limpidité absolue, se conservant telle pendant longtemps, et pouvant ainsi être injectée sous la peau sans déterminer ni douleur, ni accidents inflammatoires. MM. Constantin Paul et Siredey ont employé cet extrait en injection hypodermique à la dose moyenne de 1 centimètre cube d'une solution au 1/10e dont M. Catillon donne la formule suivante :

Ergotine préparée par l'alcool	1 gramme.
Glycérine chimiquement pure	5 grammes.
Eau distillée	4gr,50
Eau de laurier-cerise	0gr,50

Cette solution, à cause même du procédé d'extraction de l'ergotine, donne une quantité déterminée et constante de principe actif; cette formule, en effet, représente 10 centimètres cubes, de telle sorte que la seringue de Pravaz, contenant 1 centimètre cube, contient 10 centigrammes d'extrait d'ergot, c'est-à-dire le onzième en poids. Or, cette solution, d'après les observations publiées, n'a jamais occasionné d'abcès tout en produisant des effets hémostatiques prompts et durables; elle permet de plus d'injecter en une seule fois une dose plus forte d'ergotine; le rapport est plus simple entre le principe actif et le dissolvant; ajoutons enfin que 1 centimètre cube de cette solution représente assez exactement 1 gramme de seigle ergoté de bonne qualité, c'est-à-dire contenant la proportion normale d'extrait.

L'ergotine d'Yvon, à laquelle jusqu'à présent on donnait la préférence, est une solution tantôt brune, tantôt jaune, d'une préparation très compliquée, trop compliquée à coup sûr pour entrer dans la pratique des pharmacies; cette solution, amenée par évaporation au poids du seigle ergoté employé, est, par suite même de sa préparation, d'une activité variable. La richesse et l'activité des seigles ergotés, en effet, sont en rapport avec les circonstances climatériques et les conditions de la récolte; cette solution varie donc forcément selon l'ergot employé, puisque son degré de concentration est basé sur le poids des seigles et non sur le poids de l'ergotine qu'il renferme; on ne peut ainsi se faire une idée exacte de l'ergotine injectée.

A laquelle de ces solutions doit-on faire appel? Le but est sans aucun doute de combiner une solution contenant tous les principes actifs et n'occasionnant ni douleur ni inflammation, comme il en survenait à la suite des injections de Langenbeck, alors que l'alcool entrait pour une part importante dans la solution; il faut de plus que la solution soit facile à

injecter. La formule de M. Bucquoy nous paraît donc tout à fait inacceptable; l'ergoline Bonjean, unie purement et simplement à la glycérine, est non seulement d'une préparation très difficile, qu'on ne peut exiger des pharmaciens, mais elle forme une substance épaisse, d'une coloration, d'une odeur repoussantes, difficile à introduire sous la peau à cause même de son opacité. Nous pensons donc que la solution la plus facile à préparer, la plus facile à injecter, est celle dont la formule nous est donnée par Dujardin-Beaumetz et qu'on trouvera plus haut, ou celle à peu près semblable de M. Catillon, dont le mode de préparation de l'ergotine permet de connaître exactement la dose d'ergotine injectée, et par suite de proportionner la substance à injecter aux résultats à obtenir.

Il est un point sur lequel nous avons entendu émettre des doutes; les injections répétées d'ergot ne peuvent-elles occasionner des accidents analogues à ceux qu'on observe à la suite de l'usage répété des injections de morphine? Y a-t-il, en un mot, un ergotinisme, comme il y a un morphinisme? Nous avons relaté avec soin toutes les observations publiées : alors que dans nombre de cas les injections étaient d'un usage presque journalier, depuis deux, trois et six mois, dans aucun nous n'avons trouvé signalés des troubles nerveux, ni aucun phénomène toxique; nous l'avons employé nous-même pendant près de six semaines chez une malade albuminurique, chez laquelle par conséquent les reins étaient lésés, sans cependant déterminer aucun accident : jusqu'à preuve du contraire, on peut croire et dire que l'usage répété de l'ergotine en injection n'est pas une cause d'accidents nouveaux, contrairement à l'opinion du docteur Boissaire (séance du 6 avril 1880, *Académie de médecine*), qui dans une note sur l'ergotine, ses inconvénients et ses dangers, pense, à propos d'un cas de gangrène spontané du poumon, que l'ergotine même administrée à petite dose peut s'accumuler dans l'économie et manifester à une échéance plus ou moins lointaine sa funeste influence par une explosion soudaine d'accidents graves. Rien ne vient donc contre-indiquer l'emploi de ces injections sous-cutanées d'ergotine, qui, par leur innocuité même, sont appelées à rendre de grands services dans les hémorrhagies comme aussi dans les cas où, ainsi que nous l'avons montré, il est nécessaire de déterminer des contractions des fibres musculaires lisses.

Dr Joseph Michel.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Épanchement de bile dans la cavité péritonéale sans symptôme de péritonite, par M. le docteur Richard, médecin-major.

Les épanchements de bile dans la cavité péritonéale donnent lieu à une péritonite suraiguë rapidement mortelle, c'est là une notion classique qui semble devoir ne souffrir aucune exception : en effet, la bile est, comme l'urine, un liquide essentiellement irritant, et de son côté le péritoine est un des organes les moins tolérants de l'économie. On n'est pas embarrassé pour trouver dans la littérature médicale de ces exemples de péritonite par perforation de voies biliaires ayant entraîné la mort dans l'espace d'un ou deux jours : pour n'en citer qu'un cas, Trousseau rapporte, dans sa Clinique, l'histoire d'un malade qui mourut vingt-quatre heures après la perforation d'un conduit biliaire par un calcul. Ce qui est plus rare, c'est de trouver des cas où la bile a pu s'épancher dans la séreuse abdominale sans déterminer une péritonite cliniquement appréciable; à cet égard, il nous a semblé intéressant de faire connaître l'observation qui suit, dans laquelle le malade a survécu trente-six jours au moins à une fistule biliaire intrapéritonéale.

Obs. — Un Arabe de trente-cinq ans environ entre à l'hôpital militaire de Philippeville le 24 janvier 1880; il est amaigri et très faible : il rapporte que son ventre a commencé à gonfler depuis deux mois, et que, depuis cinq jours, ce gonflement a augmenté beaucoup. Il présente, en effet, un épanchement abdominal considérable, sans fièvre aucune, ni douleur; le pouls est à 70; chaque jour une selle dure et colorée; l'appétit est conservé, pas de vomissements. Pendant les deux premières semaines de séjour à l'hôpital, l'épanchement augmente rapidement, et le 7 février, l'intensité de la dyspnée commande d'urgence la paracentèse qui donne issue à 13^kil,500 d'un liquide d'un jaune intense, louche, tachant fortement le linge en jaune, d'une odeur fade peu prononcée et d'une saveur amère; sa réaction est légèrement alcaline; densité = 1,028. Par le repos il ne se développe aucun coagulum fibrineux au sein du liquide; mais celui-ci renferme une quantité d'albumine telle, qu'après l'action de la chaleur, on peut retourner le tube sans qu'il tombe une seule goutte. L'analyse chimique décèle la présence d'une forte proportion de bile, et au microscope on découvre des globules embryonnaires assez nombreux, quelques globules rouges et une quantité colossale de petits blocs d'un beau jaune d'or qui ne sont autre chose que du pigment biliaire. Cette forte proportion de bile en l'absence de tout symptôme de péritonite a lieu de nous surprendre, et si la paracentèse avait été faite à droite, nous pourrions nous demander si nous n'aurions pas ponctionné la vésicule biliaire énormément dilatée. Quoi qu'il en soit, l'épanchement se reproduit rapidement, et une deuxième ponction nécessitée le 16 février donne issue à 8^kil,500 d'un liquide analogue au précédent, sauf qu'il est un peu plus trouble. Après cette deuxième ponction comme après la première, le pouls reste plein, la température oscille autour de 37 degrés avec de très faibles écarts; il n'y a pas de vomissements, en un mot aucun indice de péritonite : un peu de diarrhée bilieuse; l'abdomen est un peu douloureux du côté droit, mais cette douleur est peu vive et la percussion l'exagère à peine. Une troisième ponction pratiquée le 22 février produit 5^kil,800 d'un liquide louche offrant la même teinte que les précédents avec une nuance rougeâtre en sus; les globules rouges y sont en majorité.

A la suite de cette ponction, les douleurs abdominales augmentent un peu, la dyspnée et la faiblesse vont en croissant, et le malade meurt le 24 février, un mois après son entrée à l'hôpital, trente-six jours après l'essor rapide pris par l'épanchement.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule cinq litres environ d'un liquide semblable à celui de la dernière ponction. Quelques adhérences faciles à rompre de l'estomac, du côlon transverse avec la paroi abdominale antérieure. Toute la cavité péritonéale est revêtue d'une mince membrane fibrineuse, translucide, élastique, colorée en jaune par de la bile, formant une couche d'un millimètre d'épaisseur et s'enlevant facilement par petits lambeaux; ce même enduit agglutine en un paquet unique les anses intestinales, qui d'ailleurs se laissent facilement isoler; les intestins présentent un épaississement dû surtout à une infiltration œdémateuse de leur tunique musculeuse. Au-devant du paquet intestinal est établie une grande masse irrégulière, bosselée : c'est l'épiploon chargé de kystes hydatiques extrêmement nombreux, dont une vingtaine au moins ont ou dépassent le volume d'un œuf de poule, et dont le plus gros a les dimensions d'une orange. Le poids de l'épiploon avec les kystes est de 1950 grammes. Cette large nappe de tumeurs hydatiques tenant les unes aux autres par la trame de l'épiploon, s'étend jusque dans l'intérieur du petit bassin, où elle se fixe solidement à la partie supérieure de la vessie et dans le cul-de-sac vésico-rectal par des adhérences qu'on ne peut détruire qu'à l'aide du scalpel : un kyste gros comme une pomme est situé dans le cul-de-sac même. Ces kystes ne sont pas simplement fixés sur l'épiploon par des fausses membranes, ils sont contenus dans son épaisseur; de même il y en a un de la grosseur d'un œuf de poule qui est contenu entre les deux feuillets du mésocôlon descendant; un autre un peu plus petit se trouve sous l'épiploon pariétal à la région hypogastrique, un autre

analogue, recouvert par une fausse membrane, est fixé à la capsule de la face externe de la rate.

Le foie est déformé, volumineux, et pèse 2950 grammes ; sa face supérieure est revêtue de la même fausse membrane fibrineuse, élastique, fortement teintée en jaune que nous avons déjà signalée plus haut. Son lobe gauche est transformé en entier en un kyste hydatique ayant le volume d'une tête fœtale à terme, fortement tendu, rénitent et proéminent surtout vers la base. Un autre kyste également tendu et ayant le volume d'une orange a pris la place de l'éminence porte antérieure; il refoule vers la droite et comprime la vésicule qui est presque vide et ne renferme qu'une très petite quantité de mucus et de bile jaunâtre. Tout à fait à l'extrémité gauche du sillon transverse se trouve une poche kystique du volume d'une pomme d'api; mais au lieu d'être pleine et rénitente comme les précédentes, elle est vide et affaissée, et elle présente à sa partie antérieure une ulcération qui admet la dernière phalange du petit doigt et qui fait communiquer la poche avec la cavité péritonéale. Après l'avoir incisée, on constate qu'elle renferme une membrane jaunâtre, molle, chiffonnée, repliée sur elle-même, semblable à celle qu'on trouve dans les kystes hydatiques en voie de régression; elle contient, en outre, d'autres vésicules hydatiques plus petites, également flétries. La face est inégale, noirâtre, incrustée de pigment biliaire, et est tapissée par des grumeaux foncés imprégnés de bile. L'épaisseur de sa paroi est en moyenne de 2 millimètres, mais elle est très inégale et en un point peu éloigné de l'ulcération elle est réduite à une mince pellicule. Cette poche est implantée par sa base sur le tissu même du foie. En disséquant avec soin les conduits biliaires du côté gauche, nous trouvons que deux gros conduits de troisième ordre, voisins l'un de l'autre et provenant d'un même tronc par dichotomie, s'ouvrent librement dans la poche. Ces conduits sont perméables, leur muqueuse est intacte et teintée normalement en jaune par de la bile. Nous ne parvenons pas à découvrir leurs bouts supérieurs, ce qui n'est pas étonnant, vu que tout le tissu auquel ils se rendaient a été atrophié par le gros kyste du lobe gauche. La bile, qui était versée dans la poche, et de là dans le péritoine, provenait donc par reflux des gros canaux biliaires; ce reflux était favorisé par ce fait que la vésicule était comprimée, aplatie, et sa capacité réduite à peu de chose.

Le parenchyme du lobe droit est normal.

La veine porte ne semble pas comprimée et sa lumière est libre.

La plupart des kystes hydatiques sont vivants, quelques-uns seulement, entre autres celui de la rate, sont en voie de régression.

Adhérences diaphragmatiques de la plèvre gauche. Le poumon de ce coté est comprimé et hyperhémié.

En résumé, la pathogénie semble avoir été la suivante : kystes hydatiques multiples dans le foie et le péritoine; compression et ulcération de deux conduits biliaires par une poche kystique de la base du foie; mort des hydatides; ulcération de la poche par la bile, fistule biliaire intrapéritonéale; péritonite latente, mort par épuisement.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est qu'elle nous montre un cas rare où la bile a pu fluer en grande quantité dans le péritoine sans déterminer les accidents formidables de la péritonite par perforation. L'ulcération de la poche a précédé de plusieurs jours, de cinq au moins, peut-être de plus longtemps, la première ponction ; or ni avant, ni après celle-ci, nous n'avons constaté un seul symptôme péritonitique bien accentué : les douleurs de ventre étaient à peu près nulles jusque vers la fin; le pouls est toujours resté plein, non accéléré (70); la face n'a jamais été grippée; ni vomissements, ni constipation. En un mot, rien dans le syndrome clinique ne pouvait faire deviner qu'il s'agissait là d'une péritonite, et il a fallu que l'autopsie nous la révélât par l'existence des fausses membranes et des adhérences. Il y a certainement là quelque chose d'insolite, surtout si l'on se rappelle le tableau dramatique auquel donnent généralement lieu les perforations analogues des voies biliaires : or notre malade a survécu trente-six jours au moins avec de la bile dans son péritoine. Pourquoi, dans ce cas, cette grande tolérance de la séreuse abdominale à l'égard de la bile? la seule explication qui nous paraisse plausible est celle-ci : la veine porte ou une de ses branches aura été comprimée par les tumeurs hydatiques, et il se sera primitivement développé dans le péritoine un épanchement ascitique, dans lequel la bile, filtrant par un orifice d'abord très petit, sera venue peu à peu se mélanger et se diluer : cela expliquerait jusqu'à un certain point qu'elle eût perdu les propriétés irritantes qu'elle exerce sur le péritoine lorsqu'elle est pure. Néanmoins, pour que cette explication pût être admise sans réserve, il faudrait prouver la préexistence de l'ascite, ce que rien ne démontre. On pourrait encore supposer que le kyste hydatique a commencé par s'ouvrir dans le péritoine, et que c'est son contenu qui a servi à diluer la bile et à lui enlever ses qualités irritantes; mais le problème ne serait que déplacé, vu que la rupture de ces kystes détermine, elle aussi, et aussi bien que la perforation des voies biliaires, une péritonite rapidement mortelle; pour s'en convaincre, on n'a qu'à se reporter au *Traité des entozoaires* de Davaine. En outre, nous objecterons qu'un examen attentif ne nous a fait trouver aucun crochet, ni dans le liquide des ponctions, ni dans celui extrait du péritoine après l'autopsie : la membrane propre du kyste était flétrie, repliée sur elle-même, mais *entière*. Nous croyons que le processus a commencé par l'ulcération des conduits biliaires, laquelle a permis à la bile de filtrer entre la membrane propre du kyste et sa coque fibreuse : la tumeur hydatique aura été tuée de ce fait, se sera flétrie, et la bile remplissant ensuite la poche fibreuse l'aura ulcérée en un point et se sera échappée dans le péritoine. D'ailleurs, nous sommes persuadé que cette régression des kystes hydatiques par l'ulcération d'un canal biliaire et le contact de la bile, est un de leurs modes de guérison des plus habituels : en effet, dans cet hôpital, nous avons assez fréquemment occasion d'observer de ces kystes ratatinés et revenus sur eux-mêmes (sur 133 autopsies que nous avons pratiquées en treize mois à l'hôpital de Philippeville, nous avons rencontré huit fois des kystes hydatiques) : or, dans certains cas, la membrane propre du kyste est restée parfaitement blanche ainsi que la substance onctueuse particulière qui l'entoure; dans d'autres cas, au contraire, une fois sur trois au moins, membrane propre et substance onctueuse sont fortement teintées en jaune par la bile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

De l'existence de l'ammoniaque dans les végétaux et la chair musculaire. Note de M. *H. Pellet*. — Dans la chair musculaire, l'auteur a trouvé pour 100 grammes de substance (bœuf) 15 centigrammes d'ammoniaque. Or le dosage de l'acide phosphorique a donné 55 centigrammes d'acide phosphorique devant correspondre à 131 milligrammes d'ammoniaque. Cette dose d'acide phosphorique est normale, puisque, en général, on a 5 de cendres pour 100 de matière sèche, 27 de matière sèche ou 1,35 de cendres à 40 pour 100 d'acide phosphorique ou 540 milligrammes d'acide phosphorique pour 100 de matière normale.

Sur une falsification du silicate de soude. Note de M. *F. Jean*. — La falsification consiste dans l'addition de 2 pour 100 de savon anhydre; comme une solution de savon à 2 pour 100 se prend en gelée consistante par le refroidissement, l'introduction d'une pareille dose de savon a eu évidemment pour but d'épaissir, de solidifier le silicate, pour lui donner l'apparence d'un produit très concentré et empêcher la prise du degré aréométrique.

Traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'emploi simultané des courants continus et des courants intermittents. Note de MM. *Moncorvo* et *da Sylva Aranjo*. —

L'un des auteurs, M. Moncorvo, a d'abord eu l'idée d'employer les courants induits, et il a obtenu une diminution très remarquable de la maladie, mais n'est pas arrivé à une guérison complète. Les deux auteurs ont eu alors l'idée, après avoir échangé leurs impressions sur l'insuffisance des traitements employés jusqu'à présent, de combiner l'emploi des courants intermittents avec celui des courants continus. En étudiant les effets obtenus, ils ont vu que les courants continus avaient pour effet de ramollir et, jusqu'à un certain point, de liquéfier les tissus indurés, et que les courants intermittents provoquaient la résorption des tissus ainsi préparés par les premiers courants. Ils disent avoir obtenu ainsi des guérisons complètes.

M. *Gosselin*, qui présente cette note à l'Académie, regrette qu'elle ne soit pas assez explicite.

Académie de médecine.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

M. *Jules Guérin* présente à l'Académie : 1° Au nom de M. Louis Figuier, le XXIII° volume de son *Année scientifique;* 2° En son nom, la première livraison de la publication générale de ses travaux. Cette livraison, qui devoit paraître le 15 du mois dernier, a été attardée par les gravures intercalées dans le texte, et les planches qui l'accompagnent : ce grand nombre de figures était indispensable à l'intelligence du sujet qu'il a traité : les *difformités congénitales* chez *les monstres, le fœtus* et *l'enfant.*

SÉANCE DU 27 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux d'Allevard et de la Motte, pour 1878 (Comm. des Eaux minérales); — 2° Un exemplaire des huit derniers volumes de la collection des comptes rendus sténographiques des congrès et conférences de l'Exposition universelle de 1878; — 3° Des lettres de candidature de MM. Féréol et Ladrey; — 4° Une note de M. le docteur Bernard (de Cannes) sur le service des vaccinations dans cette ville; — 5° Une note de M. le docteur Mignot sur l'allaitement artificiel; — 6° Un ouvrage de M. Yven pour le concours du prix Buignet; — 7° Un rapport de M. le docteur Glando sur le service de la vaccine dans le département des Alpes-Maritimes.

M. le docteur *Gueneau de Mussy* présente : 1° En son nom, le compte rendu du meeting de la *British Medical Association* en 1878; — 2° Au nom de M. Clermont, une *Note sur un nouveau mode d'administration de l'arséniate de fer.*

M. *Moutard-Martin* présente, au nom de M. le docteur René Ricoux, un ouvrage intitulé : *La démographie de l'Algérie.*

M. *Peter* présente, au nom de M. le docteur Pécholier, de Montpellier, une brochure intitulée : *Quelle est la vertu de l'opium?*

RAPPORT SUR LA PESTE. — M. le docteur *Jules Rochard* donne lecture de la troisième et dernière partie de son remarquable rapport sur la peste. Voici les conclusions du rapport, qui ont été mises aux voix et adoptées par l'Académie :

1° Recueillir des observations nombreuses, complètes, détaillées, en mettant à profit tous les moyens d'investigation dont on dispose aujourd'hui.

2° Etudier à l'aide de l'analyse chimique et du microscope les altérations particulières que la peste imprime aux liquides et aux solides de l'organisme.

3° S'enquérir des conditions dans lesquelles cette maladie se développe, des causes qui président à sa propagation, de la valeur des moyens prophylactiques qu'on peut lui opposer, pour borner ses ravages et l'empêcher de se répandre en dehors de ses foyers.

4° Rechercher si la peste ne doit pas ses caractères à un organisme microscopique spécial et, dans le cas de l'affirmative, étudier les propriétés de cet organisme en l'inoculant à des animaux, en le cultivant dans des liquides appropriés.

M. *Larrey* a reçu de M. le docteur Tholozan un manuscrit étendu dans lequel l'auteur répond en quelque sorte d'avance aux *desiderata* scientifiques signalés par M. Rochard.

CHOLÉRA DES POULES. — M. *Pasteur* donne lecture d'un mémoire dans lequel il étudie particulièrement les conditions de la non-récidive de cette maladie.

L'auteur rappelle que, dans la communication qu'il a faite à l'Académie au mois de février dernier, il a annoncé, entre autres résultats, que le choléra des poules était produit par un parasite microscopique, qu'il existait un virus atténué de cette maladie, qu'enfin une ou plusieurs inoculations de ce virus atténué peuvent préserver ces animaux des atteintes mortelles d'une inoculation ultérieure, en un mot, les *vacciner*, si l'on peut ainsi dire.

Cette expression étant admise, M. Pasteur croit pouvoir dire, sur la foi de nombreuses expériences, que les effets de la vaccination sont variables avec les poules; que certaines résistent à un virus très virulent à la suite d'une seule inoculation préventive du virus atténué; que d'autres exigent deux inoculations préventives et même trois; que, dans tous les cas, toute inoculation préventive a son action propre parce qu'elle prévient toujours, dans une certaine mesure; qu'en un mot, on peut vacciner à tous les degrés et qu'il est toujours possible de vacciner d'une façon complète, c'est-à-dire d'amener la poule à ne plus pouvoir recevoir aucune atteinte du virus le plus virulent.

M. Pasteur, dans ses expériences, prend quatre-vingts poules *neuves;* il appelle ainsi les poules qui n'ont jamais eu la maladie ni spontanée ni communiquée. A vingt d'entre elles, il inocule le virus très virulent, les vingt périssent. Des soixante qui restent, il en distrait encore vingt, et il les inocule par une seule piqûre à l'aide du virus le plus atténué qu'il ait pu obtenir: aucune ne meurt. Sont-elles vaccinées pour le virus très virulent? Oui, mais seulement un certain nombre d'entre elles. En effet, si sur ces vingt poules il pratique l'inoculation du virus le plus virulent, six ou huit, par exemple, tout en étant malades, ne mourront pas, contrairement à ce qui a eu lieu pour les vingt premières poules neuves dont vingt sur vingt ont péri. Il distrait de nouveau du lot primitif vingt poules neuves qu'il vaccine par deux piqûres appliquées successivement après un intervalle de sept à huit jours. Seront-elles vaccinées pour le virus très virulent?

Afin de le savoir, il réinocule par ce virus. Cette fois-ci, contrairement aux résultats de la deuxième expérience, ce n'est plus six ou huit poules qui ne mourront pas, mais douze ou quinze. Enfin, s'il distrait encore vingt poules du lot primitif et qu'il les vaccine successivement par le virus atténué, non pas une fois, mais trois ou quatre, la mortalité par l'inoculation du virus très virulent, la maladie même, seront nulles. Dans ce dernier cas, les animaux sont amenés aux conditions de ceux qui ne contractent jamais le choléra des poules.

Quant à la cause de la non-récidive, on ne peut se défendre de l'idée que le microbe, auteur de la maladie, trouve, dans le corps de l'animal, un milieu de culture, et que, pour satisfaire aux actes de sa vie propre, il altère ou détruit, ce qui revient au même, certaines matières, soit qu'il les élabore à son profit, soit qu'il les brûle par l'oxygène qu'il emprunte au sang.

Lorsque l'immunité complète est atteinte, on peut inoculer le microbe le plus virulent dans des muscles quelconques sans produire le moindre effet, c'est-à-dire que toute culture est devenue impossible dans ces muscles. Ils ne contiennent plus d'aliments pour le microbe.

M. Pasteur a varié ses expériences tantôt en injectant le virus mortel dans le système sanguin, tantôt en le faisant pénétrer dans les voies digestives. Les poules vierges ont succombé, tandis que les poules vaccinées ont guéri.

L'auteur termine cette intéressante communication en affirmant que c'est la vie d'un parasite à l'intérieur du corps qui détermine le choléra des poules et amène la mort.

EXTIRPATION DU CORPS THYROÏDE. — M. *Tillaux* donne quelques détails sur la malade qu'il a présentée dans une séance précédente et sur laquelle il a pratiqué l'extirpation du corps thyroïde.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-neuf ans atteinte d'une tumeur du cou qui partait du cartilage thyroïde et gagnait le sterno-mastoïdien en arrivant au bord antérieur du trapèze,

Cette tumeur avait le volume d'une tête de fœtus; elle était rénitente, lisse et unie. L'opération fut pratiquée à l'hôpital Beaujon et voici dans quelles circonstances se trouvait la malade au moment de son entrée dans cet établissement :

Elle éprouvait des symptômes de suffocation et de dyspnée, des palpitations cardiaques violentes et douloureuses, des troubles marqués de la vision; on observait une petite saillie peu appréciable des globes oculaires; il y avait de la dysphagie, des troubles de la déglutition, une aménorrhée complète et un changement considérable dans le caractère. Tels sont les principaux symptômes éprouvés par la malade et qui décidèrent le chirurgien à intervenir.

M. Tillaux se proposait de faire l'énucléation du corps thyroïde, qui, comme on le sait, est enveloppé par une capsule cellulo-fibreuse traversée par plusieurs vaisseaux importants. Après avoir pénétré doucement dans cette capsule, il se proposait d'abandonner le bistouri pour se servir de la pince et de la sonde cannelée.

Une première incision fut faite au bord antérieur du sterno-mastoïdien et le chirurgien arriva couche par couche sur le corps thyroïde. De grandes difficultés surgirent alors, à cause de l'hémorrhagie et surtout à cause de l'adhérence de la capsule avec le corps thyroïde qu'on ne pouvait entamer sans danger. M. Tillaux chercha alors une autre voie, par le côté gauche, où il n'y avait pas d'adhérences, et le corps thyroïde put être enlevé.

L'opération avait duré environ une heure. La réunion immédiate fut pratiquée sur les bords de la plaie. Tout alla bien pendant quatre jours; mais une hémorrhagie survint le cinquième jour; elle fut arrêtée par la ligature de la crico-thyroïdienne. Il n'y eut plus d'autre complication.

A partir du jour où la malade a été débarrassée de son corps thyroïde, les suffocations cessèrent complètement, ainsi que les palpitations, la dysphagie; les troubles de la vision et tous les autres symptômes disparurent.

On a contesté, chez cette malade, l'existence du goître exophthalmique; mais ce qui est certain, c'est qu'elle en présentait tous les symptômes, à part toutefois l'exophthalmie qui était très peu marquée. Mais presque tous les pathologistes sont d'avis que le goître exophtalmique peut exister sans l'exophthalmie.

Quoi qu'il en soit, M. Tillaux ne tient pas essentiellement à son diagnostic de goître exophthalmique; il tient surtout à démontrer qu'il a pu enlever le corps thyroïde chez une femme qui présentait des symptômes graves, et que l'opération a eu pour résultat de faire cesser immédiatement tous ces symptômes.

M. *Maurice Raynaud* dit qu'il pense qu'il s'agissait dans ce cas d'un goître ordinaire accompagné de suffocation et de dyspnée; il croit, du reste, que le véritable goître exophthalmique n'est pas toujours accompagné de suffocation.

Enseignement de l'anatomie. — M. le docteur *Fort* expose devant l'Académie une méthode qu'il suit depuis longtemps pour l'enseignement de l'anatomie et qui lui a donné d'excellents résultats. Elle consiste à dessiner devant l'élève chacune des couches dont se compose la région qu'on veut étudier, avec des crayons de couleurs différentes.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Rapport sur les maladies régnantes : M. E. Besnier. — Du traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de cuivre : M. Burq. — Eruptions vaccinales : M. Gérin-Roze (discussion).

M. *le Président* fait part à la Société de la mort de M. le docteur Charles Bernard, médecin de l'hospice des Ménages; et de M. Michel Moring, directeur général de l'Assistance publique.

— M. *E. Besnier* donne lecture de quelques passages de son rapport sur les maladies régnantes. La deuxième partie de l'hiver 1879-80 s'est montrée moins rude que ne le faisait craindre la fin de la période précédente. La température moyenne a été de + 4°,9; la hauteur des eaux de pluie, de 55 millimètres; ce chiffre inférieur à la moyenne ordinaire est à rapprocher de l'exacerbation typhoïde. La tension électrique a été élevée. Le vent a soufflé : Nord en janvier, Sud en février, Est en mars. La mortalité a atteint des proportions extrêmes. — Les affections respiratoires ont été très fréquentes et graves; ainsi la pneumonie a atteint en janvier le chiffre de 670, double environ de la moyenne ordinaire; et celui de 626 en février. — La diphthérie, qui avait atteint en 1877 son maximum, a continué la décroissance commencée en 1878; en effet, de 2393 en 1877, et 1995 en 1878, elle est tombée au chiffre de 1977 en 1879. Mais la mortalité ne suit pas la même marche que la morbidité : ainsi pour 1879 le croup a donné une mortalité de 77 pour 100 dans le premier trimestre, 72 pour 100 dans le second, 69 pour 100 dans le troisième et 71 pour 100 dans le quatrième; il a fourni 151 décès pour le premier trimestre de 1880. — La variole a donné une mortalité de 330 pour le quatrième trimestre de 1879, et de 798 pour le trimestre qui vient de s'écouler : c'est la mortalité atteinte en 1870. La rougeole atteint d'ordinaire son maximum de mortalité dans le deuxième trimestre. La scarlatine semble en voie de progression. — La fièvre typhoïde a présenté dans la mortalité une exagération hors de saison, qu'on doit rapprocher de l'abaissement du niveau d'eau souterrain : elle a atteint le chiffre de 744 dans le premier trimestre de 1880.

— M. *Burq* lit un mémoire intitulé : *Du traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de cuivre.* Il rappelle qu'il a déjà plaidé devant l'Académie de médecine en faveur de l'essai de l'antisepticité du cuivre dans le traitement interne de la fièvre typhoïde, s'appuyant sur l'immunité, à l'égard du choléra, des ouvriers travaillant ce métal. M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux, a traité deux malades atteints de fièvre typhoïde par le sulfate de cuivre, d'après les indications de M. Burq. Le sulfate de cuivre à la dose de 30 centigrammes au moins, en potion ou en lavement, aurait de très bons effets contre les symptômes intestinaux et supprimerait la diarrhée; il est fort bien toléré et ne produit ni vomissements ni nausées. M. Burq reconnaît que les deux observations de guérison sur lesquelles il base sa communication sont un faible argument pour juger une question de cette importance, mais c'est un premier jalon dans une voie qu'il espère devoir être suivie. Il lui semble dès maintenant acquis : que le sulfate de cuivre peut être administré sans inconvénients dans la fièvre typhoïde; que la tolérance s'établit facilement, et que tout au moins il n'entrave pas la guérison, si tant est qu'il ne puisse justifier les espérances fondées sur son action.

— M. *Gérin-Roze* rapporte un cas d'éruption vaccinale chez une petite fille de neuf mois, vaccinée sur les deux bras dix jours auparavant avec du vaccin de génisse. Le quatrième jour la rougeur, et le huitième la pustulation s'étaient montrées aux bras, mais en même temps apparaissaient trois pustules sur la vulve. Le dixième jour M. Gérin-Roze constatait sur chaque bras deux pustules légitimes, et à la vulve trois indurations rouges surmontées de pustules argentées deux fois plus larges que les pustules de vaccine. Y a-t-il eu inoculation directe à la vulve par les mains de l'enfant ou des autres personnes pendant la vaccination? Les parents déclarent le fait impossible. Ou bien la vaccine a-t-elle évolué comme une fièvre éruptive, déterminant l'apparition des pustules vulvaires?

M. *Lereboullet* a vu il y a cinq mois environ, avec M. le docteur Marotte, un enfant de cinq à six mois atteint d'eczéma des oreilles, de la face et d'impetigo du cuir chevelu, et chez lequel au cinquième jour après la vaccination est apparue une éruption confluente de vaccine sur la face.

M. *E. Besnier* lit une note sur une éruption vaccinale chez un enfant de six mois : pustules isolées et éruption confluente sur des parties de peau dépouillées d'épiderme. Le nommé Jules R., âgé de six mois, n'avait pas encore été vacciné à cause d'un eczéma de la face, du cuir chevelu et des avant-bras; cette affection s'étant améliorée par l'enveloppement avec la toile de caoutchouc, on pratiqua la vaccination le 18 février 1880 : une inoculation à chaque bras avec du vaccin de génisse. Mais l'enfant, rhabillé de suite, frotta ses bras jusqu'au retour à la maison, où l'on recouvrit d'amidon et d'ouate les piqûres vaccinales. Le 21 février (troisième jour) apparurent les pustules de vaccine et aussi trois ou quatre autres sur une plaque d'eczéma à l'avant-bras droit. Le 23 février (cinquième jour) cinq ou six pustules sur le bras gauche, sept ou huit sur le droit et quelques autres disséminées sur des parties de peau relativement saines. Une plaque eczémateuse au bras droit, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, recouverte d'une éruption confluente, amène de la tension pénible avec rougeur du bras. Le 27 février (neuvième jour) M. E. Besnier constate une éruption vaccinale en pleine évolution : elle semble ce jour-là à son apogée. Un îlot d'éruption au-dessous du pli du coude, et quatre à cinq pustules à la partie interne et postérieure du bras sont aussi notés. Deux ou trois boutons se montrent encore à l'avant-bras et au menton; ils semblent nettement ombiliqués, mais se flétrissent vite sans laisser de cicatrice. A partir du neuvième jour gros ganglion axillaire à droite, qui augmente jusqu'au douzième jour pour disparaître seulement le vingt-deuxième; fièvre, insomnie, tension douloureuse du bras qui s'accentuent pour céder tout à coup le seizième jour. L'éruption a suivi la marche ordinaire de la vaccine : dessiccation le 3 mars (seizième jour) sauf pour les pustules du bras droit, qui sous les cataplasmes appliqués ont formé des ulcérations sans tendance à la guérison; la cicatrisation en est obtenue le 18 mars après des pansements à l'iodoforme.

Cette observation contient deux faits intéressants : la certitude d'une inoculation directe, les pustules ayant évolué ensemble; et la gravité relative des accidents d'adénite et de pseudo-phlegmon du bras droit. C'est un exemple d'auto-inoculation et non d'éruption vaccinale; il doit mettre en garde lors de la vaccination d'un enfant atteint d'eczéma généralisé.

M. *Constantin Paul* a observé en 1870 des vaccines généralisées; quoique rares, elles existent. Il a essayé l'inoculation de ces éruptions généralisées; elle n'a jamais réussi. Quant à l'inoculation sur des parties dépouillées d'épiderme, elle rappelle l'éruption confluente de la variole sur des surfaces dénudées peu auparavant par des vésicatoires.

M. *Damaschino* fait observer qu'il faut distinguer la possibilité d'éruptions vaccinales généralisées et les inoculations successives. Dans ces dernières, les boutons qui ne se montrent qu'après six à huit jours ne sont pas tous de même âge. Sur une cinquantaine d'enfants vaccinés au bras, M. Damaschino a pratiqué du sixième au dix-huitième jour une nouvelle inoculation à la cuisse et a obtenu des vaccines régulières; ce fait doit rendre très réservé dans la vaccination d'enfants atteints d'eczéma ou d'impetigo. Il a vacciné à la jambe un enfant atteint d'eczéma de la face; aucun accident n'est survenu.

M. *Rendu* a vu, chez un jeune homme de dix-neuf ans, une première vaccination suivre d'abord une évolution régulière, mais vers le quatrième jour une fièvre intense se montrer et apparaître des pustules en divers points du corps.

M. *Hervieux* rappelle que Cazenave, après avoir contesté les éruptions vaccinales généralisées, les avait ensuite admises, après avoir vu, dans le service de Blache, une petite fille de six jours vaccinée le 3 juillet 1841 et qui, le 10 juillet, présenta une éruption pustuleuse sur le membre inférieur gauche, la cuisse droite et le pubis : en tout onze pustules. M. Aubry vaccina avec ces pustules une jeune fille de quinze ans et obtint une vaccine légitime. M. Bousquet obtint un résultat identique.

Sur 927 vaccinations pratiquées en 1878 dans le Xe arrondissement, on a observé 22 cas de pustules surnuméraires. Tous les enfants avaient été vaccinés par six piqûres, chez quelques-uns on constata sept ou huit boutons de vaccine; n'étaient-ce pas là des *piqûres* surnuméraires?

Dans un autre cas, on a observé, le huitième jour après la vaccination, quatre-vingt-quinze boutons, les uns papuleux, les autres pustuleux analogues à la vaccine. On n'a pas pratiqué d'inoculation; mais n'était-ce pas une éruption de variole, celle-ci régnant à cette époque, d'autant que plusieurs boutons étaient suppurés, ce qui n'a pas lieu au septième jour pour la vaccine?

Un autre cas, cité par Gillette dans les *Anomalies de la vaccine*, est celui d'un enfant de quatorze ans, qui ayant gratté ses boutons de vaccine et porté ses doigts à sa bouche présenta, le huitième jour, cinquante-trois pustules d'apparence légitime.

M. Hervieux, il y a vingt ans, ne pensait pas que le vaccin pût s'altérer sur le terrain où il était implanté; par suite, il pratiqua des vaccinations avec du vaccin recueilli à l'hospice des Enfants assistés sur des sujets de constitution chétive. Dans 5 ou 6 cas il observa, du huitième au neuvième jour, des éruptions tantôt miliaires tantôt vésiculeuses, avec mouvement fébrile. Le professeur Strohl, de Strasbourg, rapporte un cas de 23 vaccinations suivies d'accidents analogues, pratiquées avec le vaccin d'un enfant de trois mois assez débile; puis 24 enfants inoculés avec le vaccin des 23 premiers présentèrent un état maladif avec éruptions miliaires ou vésiculeuses. Ils servirent à revacciner d'autres sujets qui furent atteints d'éruptions ortiées, sans doute de nature variolique, une épidémie de variole assez grave semblant avoir pris naissance à la suite de ces éruptions. Cette terminaison n'a jamais été observée par M. Hervieux, mais il recommande de ne prendre jamais du vaccin que sur des enfants absolument sains et robustes.

—M. *Ferrand* présente une pièce anatomique d'*endocardite végétante*; la lecture de l'observation est ajournée à la prochaine séance.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement des fractures du coude. — De la ténotomie partielle des muscles de l'œil pour combattre le développement de la myopie progressive. — Présentation d'un malade : fracture du crâne avec hernie du cerveau.

M. *Després* présente un enfant de douze ans, qui, ayant fait une chute sur le coude, entra à l'hôpital des Enfants malades; M. de Saint-Germain donna le chloroforme, fit la réduction de la fracture du coude et appliqua des attelles de carton. Au bout de quinze jours, il enleva l'appareil, et constata une grande raideur de l'articulation. Il imprima des mouvements à l'avant-bras, et recommanda à l'enfant qui quittait l'hôpital, de tenter des mouvements tous les jours.

C'est alors que M. Després vit le blessé ; il s'agissait d'une

fracture de l'épitrochlée. Application de cataplasmes et bras dans une écharpe. Aujourd'hui, vingt-huitième jour de l'accident, les mouvements sont encore limités malgré les tentatives de mobilisation. Il s'agit ici d'une fracture relativement simple qui aurait été suivie d'ankylose si l'on avait continué le traitement par les appareils.

M. *Verneuil.* Les chirurgiens qui ont le sens chirurgical immobilisent les fractures par tous les moyens possibles; le choix des moyens est laissé à leur jugement. M. Verneuil conseille à ses élèves d'immobiliser même les fractures du col du fémur, que M. Després veut traiter par l'indifférence.

M. Lannelongue a parlé des causes de la limitation des mouvements dans les fractures du coude. Les cals difformes limitent les mouvements; en voici un exemple. Un enfant de douze ans se fracture le bras droit au-dessus de l'épiphyse inférieure de l'humérus. Le fragment fait issue à travers la peau. Le pouls radial était conservé; on tenta la conservation du membre qui fut placé dans une gouttière. Pansements antiseptiques. Au quarantième jour, les chirurgiens laissèrent emmener le malade en conseillant de tenter peu à peu des mouvements.

Au soixante-dixième jour on cesse définitivement l'immobilisation; il y a quelques mouvements limités et une paralysie du nerf radial. L'enfant fut amené à Paris. Le nerf radial étant paralysé, M. Verneuil conseille l'électricité; l'avant-bras allait de l'angle droit à l'extension complète. Le fragment inférieur avait presque doublé d'épaisseur et faisait en avant une saillie osseuse qui arrêtait le bec olécrânien. M. Verneuil a conseillé d'attendre que la saillie du cal diminuât. Le même malade avait vu d'autres chirurgiens qui accusèrent les premiers médecins d'avoir immobilisé le membre pendant un temps trop long. C'était une erreur. Le cal difforme seul était coupable; la preuve, c'est que les mouvements de pronation et de supination étaient complets.

Le 5 janvier 1880, M. Verneuil vit un jeune enfant qui, deux ans auparavant, avait fait une chute; fracture du coude; immobilisation à angle droit dans un appareil pendant quarante jours. Il y eut un chevauchement formidable parce que la coaptation n'avait pas été bien faite. Malgré le cal difforme et l'arthrite, les mouvements étaient revenus complètement.

M. Verneuil a montré autrefois à la Société anatomique deux pièces qui expliquaient les causes de la limitation des mouvements. Sur l'une, il y avait un épaississement du fragment inférieur et des ostéophytes qui avaient comblé la cavité olécrânienne. Une autre pièce était un exemple d'arthrite sèche avec végétations sur les apophyses coronoïde et olécrânienne. Il était impossible de fléchir ou d'étendre l'avant-bras.

Comment empêcher cela? en diminuant l'ostéite, l'inflammation, en immobilisant. Une autre cause de limitation des mouvements est celle-ci. Un jeune homme fait une chute sur le coude; on ne fit aucun traitement. L'avant-bras devint raide dans l'extension. Il y avait une fracture de la trochlée. Le cal étant formé, on ne trouvait aucun mouvement. Pansement ouaté et immobilisation pendant dix jours; au bout de ce temps, on obtient un peu de mobilité. Le malade est endormi, et la raideur cède comme par enchantement. Il s'agissait d'un spasme musculaire.

Il y a trois semaines, une jeune fille arrive de Montluçon. Étant jeune, elle avait fait une chute sur le coude et on avait immobilisé. Trois fois on imprima des mouvements à l'articulation et trois fois on dut reprendre l'immobilisation. Après la troisième tentative, l'arthrite fut tellement intense que l'ankylose devint complète. La malade présentée par M. Després est au vingt-huitième jour de son accident; l'avant-bras arrive à angle droit. Nous obtenons le même résultat au bout d'un mois d'immobilisation.

M. *Lucas-Championnière.* Si l'on pouvait traiter les fractures articulaires sans immobilisation, on aurait le moins de raideur articulaire possible. Chez les vieillards, il y a une grande tendance aux raideurs articulaires; il y a donc avantage à immobiliser le moins possible chez eux.

M. *Marc Sée* immobilise les fractures du col du fémur non seulement avec la gouttière de Bonnet, mais avec des appareils silicatés et dextrinés.

— M. *Abadie* lit un mémoire sur la ténotomie partielle des muscles de l'œil pour combattre le développement de la myopie progressive.

S'appuyant sur les travaux d'Emmert (de Zurich), il attribue le staphylome postérieur à la compression exercée par le muscle droit externe sur le nerf optique pendant les mouvements de convergence; quand les muscles droits internes sont insuffisants pour maintenir la convergence et qu'il survient les symptômes classiques de l'asthénopie musculaire, M. Abadie affaiblit les muscles droits externes en sectionnant incomplètement leur tendon.

L'opération est la même que pour le strabisme ordinaire, sauf qu'on ménage quelques fibres tendineuses médianes qui s'opposent au reculement du muscle. Celui-ci est donc affaibli sans être déplacé, ce qui est le but à atteindre.

Cette méthode de traitement a donné des résultats positifs là où l'emploi des verres prismatiques avait complètement échoué. On peut aussi l'employer dans les cas où, par suite d'une paralysie incomplète d'un des muscles de l'œil, il existe une diplopie fort gênante sans qu'il y ait un véritable strabisme.

— M. *Berger* présente un enfant guéri d'une fracture du crâne avec hernie du cerveau. Le bourgeon cérébral a pris part à la formation de la cicatrice. On a enlevé huit fragments osseux comprenant toute l'épaisseur de la paroi frontale. La cicatrice présente des pulsations manifestes; elle occupe la région frontale droite.

LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Localisations cérébrales d'après les élévations locales de la température crânienne: M. Amidon. — Nouvelle théorie du choc précordial: M. Rosolimos. — Sur le rôle du limaçon: M. Gellé. Discussion: MM. Bert, Laborde et Duval — Compression de la moelle dans un cas de mal de Pott: M. Geffrier.

M. *Amidon* (de New-York) présente les résultats de ses recherches sur les effets que les contractions musculaires volontaires exercent sur la température de différentes régions du crâne: il en déduit un grand nombre de localisations cérébrales. L'auteur s'est servi des thermomètres à cuvette plate et à tige tordue du docteur Seguin (de New-York). Dix thermomètres semblables étant appliqués en même temps sur le crâne et fixés par un système de bandes de caoutchouc, on comparait les variations de la température qui faisaient suite à des mouvements volontaires prolongés pendant quelques minutes. C'est en procédant ainsi que M. Amidon s'est cru autorisé à établir tout un système de localisations motrices qui présente, avec les localisations déduites par Ferrier d'expériences directes, un certain nombre de dissemblances. Il considère sa topographie cérébrale comme plus compréhensive que celle de Ferrier, un certain nombre de régions considérées par celui-ci comme sensorielles ou du moins sans attributs moteurs se trouvant, d'après lui, « peuplées de centres moteurs ».

M. *Bert* rappelle à propos de cette communication les recherches qu'il avait lui-même entreprises sur le même sujet. Il était arrivé à ce résultat essentiel que, sous l'influence de la parole à haute voix, la région frontale antérieure gauche

présente une notable élévation de la température; que jamais on n'observe d'élévation quand on applique les thermomètres au niveau du point du crâne correspondant à la zone dite psycho-motrice, bien qu'on exécute des mouvements volontaires. Dans ces derniers temps il a noté une augmentation de la température de la région frontale au moment du réveil.

— M. *Rosolimos* (d'Athènes) lit une note *Sur une nouvelle théorie du choc du cœur.* L'auteur croit que « le sang qui remplit les réservoirs membraneux formés par les replis valvulaires pendant la contraction cardiaque, peut imprimer au cœur un mouvement dans le sens de sa descente. Comme ce sang vient de haut en bas et d'arrière en avant, il imprime le mouvement aux ventricules dans le sens de cette direction. Ce mouvement se communique à la paroi thoracique et le choc précordial se manifeste ».

— M. *Gellé* présente à la Société les résultats de ses expériences sur la destruction du limaçon chez le cobaye. On n'observe à la suite de cette opération aucun des troubles du mouvement qui se produisent après la lésion des canaux semi-circulaires. Il en résulte que la portion cochléenne du nerf acoustique présente des fonctions tout à fait différentes de celles de la portion qui se rend aux canaux semi-circulaires; la partie cochléenne est exclusivement sensitive et en rapport avec les appareils de Corti. Cette partie transmet au cerveau les impressions auditives, mais elle n'est le point de départ d'aucun mouvement réflexe. Ce sont sans doute ces fibres cochléennes qui sont intéressées quand, une hémorrhagie cérébrale siégeant à la partie postérieure de la couronne rayonnante de Reil, on observe une surdité unilatérale du côté de l'hémiplégie sans troubles spéciaux de l'équilibration.

M. *Duval* montre les progrès accomplis au point de vue anatomique et physiologique dans l'étude du nerf auditif. Ce nerf contiendrait en réalité des fibres de deux espèces: les unes reliant le cervelet aux canaux demi-circulaires, en passant par le pédoncule cérébelleux inférieur, constituent le *nerf de l'espace;* les autres, faisant communiquer le limaçon avec le plancher du quatrième ventricule, forment le véritable nerf auditif. M. Duval croit qu'en détruisant le renflement nerveux cochléen désigné sous le nom de *ganglion spiral*, on pourrait démontrer qu'il joue le rôle de centre trophique par rapport à la portion *auditive* du nerf acoustique.

M. *Bert* s'étonne qu'un organe qui serait, comme le limaçon, essentiel à l'exercice de l'ouïe, soit aussi rudimentaire chez les oiseaux chanteurs. A la suite d'une discussion entre MM. Pouchet et Paul Bert sur la valeur des sensations auditives comparées chez l'homme et chez les animaux, M. Duval fait remarquer qu'il faut, dans les recherches sur le siège précis des appareils auditifs dans l'oreille interne, tenir compte de l'utricule et du saccule dont le limaçon n'est qu'un perfectionnement.

— M. *Geffrier* communique l'observation d'une femme morte dans le service de M. Ball, des suites d'un mal de Pott, et montre les pièces pathologiques. La malade a présenté dans les quatre derniers mois de sa vie une paraplégie due à la compression de la moelle. Dans ce cas la compression paraît s'être opérée autrement que dans les conditions ordinaires : la pièce montre bien qu'il y avait pachyméningite hypertrophique, mais la saillie du bourrelet fibreux n'eût pas suffi pour produire une compression notable de la moelle. C'est à une saillie osseuse, formée par un séquestre mobilisé, que semble due surtout la compression. Ce fragment osseux, refoulé en arrière par la matière caséeuse dont la cavité des corps vertébraux était remplie, devait comprimer la moelle dans l'état de flexion où se trouvait la colonne vertébrale. On remarque, en étendant les deux vertèbres (onzième et douzième dorsales) l'une sur l'autre, que ce fragment se déplace en avant et élargit ainsi le diamètre du canal rachidien: il semble donc qu'on aurait pu, avec des appareils prothétiques appropriés, atténuer les effets de la compression de la moelle en produisant une certaine extension de la colonne vertébrale.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la cystorrhagie résultant de la rétention d'urine, par M. J. W. S. Gouley.

L'auteur rappelle la nécessité de distinguer dans le langage les hémorrhagies d'origine vésicale et celles qui proviennent du rein, du bassinet, de l'uretère, de l'urèthre : le terme de cystorrhagie s'applique exclusivement aux hémorrhagies vésicales. En ne considérant que celles qu'on voit apparaître à la suite des rétentions d'urine et qui surviennent en l'absence de toute lésion organique ou traumatique des parois, on doit se demander par quel mécanisme elles se produisent. Civiale avait noté l'apparition du sang dans les dernières portions d'urine retirées par la sonde quand la vessie avait été très distendue et l'évacuation rapide; mais il ne donne pas d'explication sur le mode de production de l'hémorrhagie. M. Gouley remarque que généralement il n'y a pas hémorrhagie tant que la vessie reste distendue; mais qu'au moment où la distension cesse, l'écoulement du sang se produit: cette hémorrhagie est due à la rupture des capillaires de la muqueuse sous l'influence d'une modification des conditions de leur circulation. Quand la vessie est distendue, dit-il, les vaisseaux sont déployés et affaiblis; aussi quand le soutien mécanique formé par l'accumulation de l'urine est subitement enlevé, l'extrême tension des parois vésicales est remplacée par une extrême flaccidité; les capillaires sont instantanément gorgés de sang et cèdent à la pression sanguine. Les conditions sont donc les mêmes que pour les hémorrhagies qui se produisent à la suite de l'évacuation rapide du pus dans les abcès volumineux, à la suite de l'évacuation brusque du contenu d'un kyste ovarique, etc. (Dans sa thèse soutenue en 1874, M. Horace Stapfer avait émis sous forme d'hypothèse une opinion semblable, et comparé ce qui se produit dans la vessie trop rapidement évacuée à ce qu'on observe après la ponction de certains kystes du corps thyroïde.) M. Gouley fait suivre cet exposé théorique de considérations pratiques sur le diagnostic, le traitement préventif et le traitement de la cystorrhagie constituée : le point véritablement neuf de son travail est celui qui est relatif à la pathogénie. (*The Medical Record*, New-York, 21 février 1880.

Cas de paralysie bilatérale des muscles innervés par le nerf laryngé récurrent, par M. J. A. Ormerad.

Les cas de paralysie unilatérale des muscles du larynx sont assez fréquents; mais les cas de paralysie bilatérale des muscles intrinsèques du larynx ont été jusqu'ici rarement observés. Ziemssen, dans son *Encyclopédie médicale*, cite onze cas de paralysie bilatérale, dont six ont été observés par lui-même, les autres par Türk, Traube, Munk et Baumler. La cause de cette lésion était: dans quatre cas, un cancer de l'œsophage ; dans un cas, un cancer du corps thyroïde; dans cinq autres, un anévrysme dans le péricarde, peut-être la distension extrême du péricarde. Dans trois autres cas, relevés par l'auteur et appartenant l'un à Ludov. Briager, les deux autres à Karl Kittler, la paralysie, comme dans plusieurs des cas rappelés ou observés par Ziemssen, était plus ou moins incomplète. L'observation de J. A. Ormerad est intéressante en ce que la paralysie bilatérale des cordes vocales était très

complète. La cause en est restée inconnue; l'iodure de potassium, la noix vomique, l'électrisation, n'ont donné que des résultats négatifs. (*The Lancet*, 15 mars 1880.)

Ossification du corps ciliaire et de la choroïde,
par M. J. C. Lundy.

Le développement d'un véritable tissu osseux à l'intérieur de l'œil humain a été incidemment noté, et assez exceptionnellement du reste pour donner de l'intérêt à l'observation très détaillée de Lundy. Chez un malade auquel il pratiqua l'énucléation de l'œil, il trouva le corps ciliaire presque complètement ossifié; l'examen microscopique a été pratiqué par le professeur Stowell. (*The Medical Record*, New-York, 6 mars 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Il suicidio (le suicide). Étude de statistique morale comparée, par le professeur Morselli, directeur de l'asile d'aliénés de Macerata. (Ouvrage couronné par l'Institut royal de Lombardie.)

Ce livre (in-8° de 512 pages, enrichi de tableaux lithochromiques) est un véritable traité sur la matière, traité qui laisse peu à désirer au point de vue de la mise en œuvre des documents officiels. On en jugera par une courte analyse de ses principales divisions.

Dans une introduction très développée, M. Morselli passe une revue rapide des opinions, tant anciennes que modernes, sur le caractère psychologique du suicide, sur ses causes générales, sur les conditions et les difficultés d'une bonne statistique morale.

Abordant ensuite son sujet, il le divise en deux grandes parties : la première, de beaucoup la plus considérable, qu'il appelle l'*analyse*, ou l'étude des faits; la seconde, à laquelle il ne consacre que quelques pages, sous le titre, un peu pompeux peut-être, de *synthèse*.

Le premier chapitre de l'*analyse* mérite une attention particulière par un tableau comparatif très clairement établi du mouvement du suicide, depuis les époques les plus reculées, dans 21 Etats ou portions d'Etats européens. Si les documents consignés dans ce tableau pouvaient être considérés comme tous exacts, c'est-à-dire comme ayant été recueillis avec les mêmes soins, par les mêmes autorités et avec les mêmes moyens d'information (les meilleurs, bien entendu), il en résulterait cet enseignement que la loi d'accroissement du suicide, l'accroissement continu, est une loi commune à presque tous ces Etats. Il n'existe d'exception — et elle s'est produite récemment — que pour les trois pays scandinaves, la Suède, la Norvège et le Danemark. Mais c'est surtout dans ces dernières années que, très probablement comme conséquence de la crise économique qui sévit en Europe depuis 1874, le suicide a suivi une marche rapidement ascendante. L'auteur en fournit des exemples qui donnent une juste idée des souffrances que cette crise a partout infligées aux populations.

Quelques écrivains ont contesté la réalité de l'accroissement de la mort volontaire, prétendant qu'il n'était que le résultat de recherches de plus en plus exactes et d'une amélioration dans les procédés de l'enquête permanente dont il est l'objet. Cette opinion, soutenable encore il y a quelques années, ne l'est plus aujourd'hui, tous les documents officiels étant unanimes dans le sens contraire.

Que, dans des circonstances favorables, comme une paix de longue durée, un grand élan donné à la richesse publique, au travail national, le phénomène soit momentanément enrayé, cela est possible, probable même, la misère (mot essentiellement relatif) jouant, selon nous, le plus grand rôle dans le suicide. Mais ces temps d'arrêt sont rares et de courte durée; il est même des pays où ils ne se produisent pas, comme, par exemple, en France, en Prusse, en Italie, en Angleterre. Les temps d'arrêt surviennent quelquefois par ce seul fait que les nombres afférents aux années antérieures ont été exceptionnellement élevés et que le suicide a en quelque sorte, déblayé le terrain, moissonnant toutes les existences trop fortement éprouvées. C'est ainsi qu'à la suite de mortalités extraordinaires dues à des épidémies, des guerres ou des disettes, et qui ont enlevé les créatures les plus débiles, les moins résistantes, les décès diminuent dans les années suivantes, pour ne reprendre que plus tard leur mouvement normal.

Si le suicide s'accroît à peu près partout, s'accroît-il dans la même mesure que la population, ou dans une mesure soit inférieure, soit supérieure? Les recherches de l'auteur sont largement affirmatives dans ce dernier sens. Seule l'Angleterre, longtemps réputée la terre classique de la mort volontaire, semble faire exception à la règle, et posséder ici une sorte d'immunité. Peut-être qu'examinée de près, l'exception viendrait la corroborer. L'espace nous manque pour le développement de nos idées à ce sujet.

M. Morselli, après avoir, dans un second tableau, calculé pour les mêmes pays l'accroissement du suicide, en prenant pour unité (100) la période initiale, se livre à un examen détaillé des mouvements dont il a été l'objet dans chacun d'eux. A peu près partout, il constate l'identité du phénomène, c'est-à-dire la marche très rapide du fléau comparativement à la population, non seulement dans l'ensemble des pays qu'il rapproche, mais encore dans leurs provinces. Sa démonstration sur ce point est sans réplique.

Par suite de la rareté des documents officiels pour quelques Etats, notamment pour la Russie, l'Espagne et le Portugal, ces Etats échappent forcément à son analyse; mais il n'est pas douteux qu'ils obéissent à la loi commune.

M. Morselli résume ses nombreuses observations à ce sujet par un tableau synoptique qui met en relief, pour chaque pays, d'après une moyenne déduite de la période entière des constatations faites dans ce pays, d'abord le rapport du suicide à la population, puis l'accroissement moyen géométrique pour 100 des suicides et du nombre des habitants. L'étude de ce tableau fait naître, en quelque sorte involontairement, un doute assez sérieux. Le rapport du suicide à la population peut-il être exactement comparé pour tous les Etats ou portions d'Etats qu'il comprend? En d'autres termes, les suicides sont-ils recueillis partout avec une exactitude qui donne à cette comparaison une valeur véritablement scientifique? Rien n'est moins certain. Et, par exemple, peut-on dire que, dans les pays où, comme en Russie, les centres un peu importants de population sont rares, et les habitations disséminées sur de vastes espaces, les suicides arrivent aussi facilement à la connaissance de l'autorité qu'en France, en Belgique ou en Prusse, où les agents de la force publique sont rapidement avertis par la rumeur publique des moindres faits graves accomplis sur tous les points de leur circonscription? Peut-on dire que, partout, on distingue, avec la même précision, avec la même sûreté de procédés, les morts par les accidents des morts par le suicide? que, partout, l'autorité, sourde aux intérêts des familles, se refuse à accepter comme naturel un décès qui ne l'est pas? Si l'on veut apprécier le penchant d'un pays au suicide, est-il prudent, en outre, de s'en tenir aux suicides accomplis? Ne faudrait-il pas tenir compte également des simples tentatives, tentatives généralement peu connues? On voit avec quelle réserve, quelle circonspection les statisticiens doivent procéder, pour les faits de l'ordre moral, aux comparaisons internationales.

Ces grandes lignes de son sujet une fois solidement éta-

blies, l'auteur passe à l'examen des influences de toute nature qui agissent, en sens divers, sur la fréquence du suicide.

Il signale d'abord celles qu'il désigne sous le nom d'influences *cosmiques naturelles*, comprenant : le *climat*, que, pour notre part, nous ne croyons pas jouer ici un rôle de quelque importance; les *conditions telluriques*, qui nous semblent n'en jouer aucun; les *saisons* qui, au contraire, ont une part considérable dans la fréquence du suicide, son maximum correspondant généralement à celui de la température de l'année; les *phénomènes météoriques* et les *phases lunaires*, dont l'auteur constate l'innocuité; les *jours* et les *heures*, dont l'action, faute de documents suffisants, n'est pas encore complètement établie.

A la recherche des influences *cosmiques naturelles*, succède celle des influences *techniques* et *démographiques*, comprenant : la *race*, l'*origine*, la *nationalité*, qu'il est bien difficile de dégager de tous les autres éléments du problème; les *caractères anthropologiques*, qui nous paraissent rentrer dans l'étude précédente; les *mœurs* et *usages*, dont nous ne voulons pas contester la valeur dans la genèse du suicide; les *facteurs démodynamiques* (sic), ou les rapports pouvant exister entre le suicide et le mouvement annuel de la population (naissances, mariages et décès), rapports à peu près nuls.

Viennent ensuite les *influences sociales*, comme les *religions*, les *cultes*, les *croyances*, le *degré d'instruction des populations*, le *degré de leur moralité*, exprimée par le nombre des crimes et délits et celui des naissances naturelles; les *conditions générales économiques* représentées par les variations dans le prix du pain, par les crises industrielles, par la prédominance de l'industrie agricole ou manufacturière, la facilité des voies de communication (?), influences qui, sauf en ce qui concerne la dernière, nous paraissent démontrées; les *conditions générales politiques et psychologiques*, auxquelles nous ne saurions attribuer le même effet; la *densité de la population*, dont l'action n'est pas clairement jusjustifiée; la *vie urbaine* et *rurale*, influence incontestable, le suicide étant certainement plus fréquent dans les villes que dans les campagnes, où, toutefois, en l'absence d'une vérification officielle des causes des décès, il est plus difficile de le constater.

A ces quatre grandes catégories d'influences générales, l'auteur joint celles qui dérivent des *conditions biologiques et sociales de l'individu*, savoir : le *sexe*, la femme se tuant de trois à quatre fois moins que l'homme; l'*âge*, le suicide s'accroissant jusque dans l'extrême vieillesse; l'*âge combiné avec le sexe*; l'*état civil*, les mariés se tuant moins que les célibataires, mais surtout que les veufs; les *professions* et la *condition sociale*, dont l'action n'est pas suffisamment mise en lumière par les documents officiels; la *captivité*, les détenus, quoique sévèrement surveillés, se tuant plus que ceux qui jouissent de leur liberté.

Une des plus importantes monographies de ce livre est celle qui a pour objet les *motifs*, ou, selon l'expression de l'auteur, le *déterminisme* du suicide. Il met en doute avec raison l'exactitude de ces motifs, tels qu'ils sont recueillis par l'autorité, sans nier, toutefois, le degré de confiance qui leur est dû quand on les voit reparaître, et dans les mêmes proportions, pendant une longue série d'années.

Le dernier chapitre de ce grand travail est consacré aux *modes* et aux *lieux de perpétration*.

Dans la deuxième partie, ou *synthèse*, l'auteur se demande s'il existe un remède au suicide. M. Morselli nous paraît — au moins si nous l'avons bien compris — faire ici une distinction inutile. En effet, qu'importe qu'il ne croie pas à la *thérapie* du mal, s'il admet, comme il le fait, l'efficacité de sa *prophylaxie?* Le résultat est le même.

Maintenant, quel est le moyen préventif recommandé par le savant professeur? Le *raffermissement des caractères* par l'éducation, les progrès du suicide lui paraissant être dus à un affaissement de ces mêmes caractères.

Cette opinion nous paraît au moins fort discutable. En réalité, l'instinct de la conservation a une puissance telle qu'il serait bien temps de renoncer à cette vieille thèse de la *lâcheté* de celui qui se tue.

Non, nous ne croyons pas à l'affaiblissement des caractères, c'est-à-dire à une moindre aptitude à supporter énergiquement les inévitables épreuves de la vie. Nous sommes plutôt de l'opinion de M. Morselli lui-même, lorsqu'il dit que la lutte pour la vie (*the struggle for life*) est plus forte que jamais. Nous en trouverions au besoin la preuve dans l'accroissement, parallèle à celui du suicide, de l'aliénation mentale, qui procède des mêmes causes.

Certes, nous sommes trop de notre temps pour nier les immenses bienfaits des grandes réformes politiques, sociales et économiques accomplies depuis bientôt un siècle, en France d'abord, puis, et à son exemple, dans une notable partie de l'Europe. Mais ces réformes ont eu, sur le *milieu* dans lequel vivent les sociétés modernes, certaines influences délétères qu'il serait puéril de nier. C'est d'ailleurs la loi du progrès, à la fois dans l'ordre physique et moral, d'être accompagné de crises plus ou moins aiguës, qui peuvent, pendant un certain temps, en masquer l'effet.

Il est certain qu'une société qui, comme la nôtre, a rompu brusquement avec des institutions et des traditions séculaires, n'a pu le faire sans froisser profondément des intérêts nombreux et auxquels le temps avait donné cette forte consécration qui semble légitimer même d'injustes privilèges, de choquantes inégalités.

Parmi les conséquences de cette évolution, il faut citer, avec M. Morselli, le développement excessif de l'individualisme au lieu et place de l'association, dont le principe dominait autrefois. Tel devait être, en effet, le résultat du droit pour *tous* d'arriver à *tout* sans rencontrer les obstacles provenant de l'existence de classes privilégiées. En fait, il n'existe plus aujourd'hui, en France, de *classes* proprement dites, de classes s'aidant, se soutenant, arrivant seules, dans des conditions déterminées, à certaines situations. Nous n'y voyons plus que des individus sans liens entre eux, sans intérêts communs, sans aucune sympathie réciproque, obstruant tous la même voie pour arriver, beaucoup par la ruse ou par la force, au but désiré.

Bien mieux, on peut signaler dans notre organisme social des antagonismes spéciaux qui n'existaient pas autrefois, comme, par exemple, celui du travail et du capital, déjà fort ardent en ce moment, et gros de menaces pour l'avenir.

Le libre jeu donné, de nos jours, à toutes les ambitions, à toutes les convoitises, est certainement un élément de force et d'activité; mais il conduit nécessairement à des déceptions qui ne pouvaient se produire à une époque où la société était fortement hiérarchisée, comme elle l'est encore dans un pays voisin, jouissant pourtant de grandes libertés politiques, l'Angleterre.

Personne ne saurait nier la bienfaisante influence de l'instruction, et cependant, comme M. Morselli le démontre sans réplique, le suicide sévit surtout dans les pays où elle est le plus développée. Pourquoi? Parce que l'instruction, ouvrant à celui qui la reçoit de larges horizons, suscite en lui des goûts, des désirs, des passions auxquels il ne lui est pas toujours possible de donner satisfaction.

L'instruction a, en outre, le résultat de faire naître en nous une sensibilité extrême, et, par suite, une tendance à exagérer les impressions que nous recevons des épreuves de la vie. Et, par exemple, l'homme dont l'esprit a été cultivé ressentira plus vivement une offense, un affront que celui dont l'intelligence est relativement bornée.

L'instruction n'est pas d'ailleurs, toujours et quand même, un élément de succès. Citons le cas où elle est donnée dans des conditions telles que celui qui la reçoit n'a qu'un choix

très limité entre les diverses carrières dont dispose la société. Il en est ainsi notamment de l'instruction secondaire, qui ne se compose guère, en France, au moins pour le baccalauréat ès lettres, que de notions superficielles sur des matières à peu près exclusivement littéraires. De là, par conséquent, un encombrement des professions dites libérales; de là surtout une aspiration générale après les fonctions publiques, aspiration restée le plus souvent sans effet.

A. Legoyt.

Index bibliographique.

L'École de Salerne, traduction en vers français, par M. Ch. Meaux Saint-Marc, avec le texte latin, précédée d'une introduction par le docteur Ch. Daremberg, et suivie de commentaires avec figures. — Paris, 1880. J. B. Baillière.

Le public médical ne doit pas se désintéresser des études qui ont pour objet de mieux faire connaître les doctrines et les méthodes des écoles qui florissaient au moyen âge. On parle trop souvent d'ailleurs de l'école de Salerne pour qu'un livre consacré à en retracer l'histoire et à en faire connaître l'esprit général puisse passer inaperçu. Aussi lira-t-on avec un vif intérêt l'introduction écrite par le regretté Daremberg en tête de l'ouvrage qui rassemble tous les vers latins recueillis et classés par Henschel et M. de Renzi. On y verra que l'école de Salerne, modèle et mère de toutes les Universités médicales, date au moins du neuvième siècle, et que dès le commencement du onzième elle était à la tête du mouvement scientifique. En citant tous les ouvrages qui établissent l'origine, les progrès et les doctrines de l'école de Salerne, en critiquant, non sans esprit, les préceptes thérapeutiques des médecins salernitains, Ch. Daremberg a enrichi cette nouvelle édition d'une préface qui en sera le plus utile ornement. Nous pensons, en effet, que les éditeurs de l'ouvrage se sont un peu exagéré les services que pourrait rendre une traduction en vers français aussi élégante que fidèle. Nous reconnaissons tout le zèle et tout le mérite dont a fait preuve M. Ch. Meaux Saint-Marc, et toutes les difficultés qu'il a eu à vaincre pour accomplir jusqu'au bout la tâche qu'il s'est imposée. Mais n'eût-il pas été tout à la fois plus conforme à l'esprit de l'ouvrage, et par conséquent plus utile, de donner des aphorismes salernitains une traduction moins élégante et plus littérale? Les vers qui sont reproduits dans le texte sont des vers techniques écrits sans aucun souci de la prosodie ou de l'élégance. Ce sont des vers mnémoniques, destinés à mieux graver dans l'esprit les idées qu'ils prétendent exprimer. Ils pourraient être comparés aux vers que contiennent les manuels de Port-Royal, et en particulier le *Jardin des racines grecques*, aux distiques latins de Caton, aux quatrains du conseiller Mathieu et de Pibrac, et à tant d'autres ouvrages qui, depuis le moyen âge, avaient pour but spécial de faciliter par des procédés artificiels l'étude mnémonique de la grammaire (voir en particulier la Grammaire de Despautère), de la littérature ou des sciences naturelles. Traduire ce vers techniques en vers didactiques n'est-ce pas les embellir, au risque d'altérer complètement leur originalité et leur caractère? On reconnaîtra de plus qu'il était presque impossible en procédant ainsi de suivre assez exactement le texte primitif pour en donner une traduction vraiment fidèle. Nous avons quelquefois cherché, sans y réussir, à comprendre, comme M. Meaux Saint-Marc, certains passages du traité de l'école de Salerne. Nous signalerons, à ce point de vue, le chapitre de la *Pratique médicale*. La traduction ne reproduit-elle pas trop vaguement les idées exprimées dans le texte? Il n'en peut d'ailleurs être autrement, alors que l'on s'efforce de traduire en vers didactiques un livre de ce genre. Quant aux commentaires qui terminent l'ouvrage, ils sont parfois vraiment amusants. Nous n'irons pas jusqu'à admettre qu'ils constituent un *Traité d'hygiène en action;* mais leur lecture procurera aux médecins une agréable distraction. Ajoutons que ce livre est imprimé avec un art et un luxe qui font honneur au goût de M. Ch. Meaux Saint-Marc et de ses éditeurs. C'est donc à bien des points de vue un ouvrage de bibliothèque.

L. L.

VARIÉTÉS

L'ENSEIGNEMENT ACTUEL DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

M. le professeur Charcot vient d'inaugurer son cours d'anatomie pathologique à la Faculté par une allocution dont nous trouvons le texte dans le *Progrès médical* (numéro du 24 avril), et qui mérite, surtout dans les circonstances présentes, d'être signalée à l'attention de nos lecteurs. L'éminent professeur commence par exposer les motifs qui l'ont engagé à ne pas suivre, dans son enseignement, le développement régulier des programmes tracés dans les livres classiques consacrés à l'étude de l'anatomie pathologique.

J'ai cru, dit-il, me rendre plus utile et me conformer mieux à l'esprit d'un enseignement magistral donné dans notre Faculté parisienne, en m'attachant à étudier avec vous, chaque année, quelques-uns des grands épisodes de l'anatomie pathologique. Ne m'écartant jamais des sujets qui intéressent le plus le clinicien, je choisis de préférence parmi eux les questions d'un abord difficile, non encore complètement élucidées, m'efforçant de les fouiller profondément jusque dans les moindres détails, et de montrer chemin faisant les relations qui les rattachent à l'ensemble pathologique.

L'enseignement ainsi fait a pour but principal d'éveiller chez l'auditeur le sentiment de la réalité concrète, l'esprit critique, le goût de la recherche personnelle, en même temps qu'il lui rend facile de compléter, soit par la lecture des livres, soit à l'aide d'observations directes, l'instruction qu'il n'aura pu, faute de temps, recevoir tout entière de la bouche du professeur.

Est-il possible de douter que l'enseignement ainsi compris, s'il répondait à l'idéal, — hélas! toujours si peu accessible, — aurait pour effet de contribuer à élever sans cesse parmi nous le niveau scientifique des études médicales?

M. Charcot ajoute ensuite que l'enseignement de l'anatomie pathologique est rendu complet à la Faculté, non seulement par les leçons des professeurs de clinique et des professeurs de pathologie, mais encore par l'enseignement complémentaire de M. le professeur agrégé Lancereaux. Si l'on pouvait énumérer ici tous les travaux inspirés par les cours de M. Charcot, tous les services qu'il a rendus en débrouillant, comme il le dit, les questions délicates, pendantes, controversées, cette simple énumération serait le meilleur commentaire des argumeets qu'il invoque. On comprendrait aisément qu'il n'est point nécessaire, pour faire avancer la science et instruire les élèves, de consacrer douze ou quinze heures à un enseignement didactique. Les leçons de M. Charcot ont presque toutes été publiées et les ouvrages qu'elles ont fait naître constituent les monographies les plus importantes. Plus loin, le professeur démontre que l'enseignement de l'anatomie pathologique, tel qu'il le fait, est non seulement théorique, mais qu'il est devenu *pratique*, au moins depuis l'année 1868.

De cette année date, en effet, la création d'un laboratoire de recherches et l'institution d'un cours de démonstrations pratiques annexé à ce laboratoire, lequel, subventionné d'abord par la Faculté seule, l'a été ensuite par l'École des hautes études (1).

Il ne m'appartient pas de faire ressortir les services qu'a rendus, depuis douze ans, ce laboratoire de recherches. Il me suffira de rappeler qu'il en est sorti de nombreux travaux relatifs soit à l'anatomie pathologique proprement dite, soit à l'anatomie et à la physiologie pathologiques expérimentales, et qu'à ces travaux sont attachés des noms tels que ceux de M. Hayem, aujourd'hui notre collègue à la Faculté, Gombault, sous-directeur actuel du laboratoire, Joffroy, agrégé de la Faculté, et bien d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

J'ajouterai que le laboratoire est ouvert journellement à tous les élèves qui veulent s'instruire dans la pratique de l'histologie pathologique, où ils y sont exercés par le sous-directeur ou par ses aides.

(1) Subvention fournie par la Faculté, 4200 francs. Subvention fournie par le budget des hautes études, 2000 francs.

Pour ce qui est de la démonstration pratique, je ferai ressortir que, pendant toute la durée du cours, une leçon tout entière est, chaque semaine, le mercredi, employée par le professeur à faire passer sous les yeux des élèves, soit des pièces macroscopiques, soit des préparations microscopiques se rapportant à l'objet du cours théorique et qui font le sujet d'une description détaillée. On doit compter dans le matériel de démonstration un grand nombre de figures murales empruntées aux différents atlas d'anatomie pathologique, ou faites d'après nature et destinées à remplacer, dans une certaine mesure, les pièces originales qu'on n'a pas toujours sous la main. Vous voyez, messieurs, que notre cours de démonstrations est fait, autant que possible, sur le modèle de ces *leçons de choses* si fort appréciées aujourd'hui.

Je tiens à relever également que le cours pratique, comme on l'appelle, est fréquenté d'une façon assidue par un nombre fort respectable d'élèves (1); c'est que chacun sent qu'en matière d'anatomie pathologique les développements théoriques ne sauraient laisser dans l'esprit que des empreintes bien imparfaites et bien fugaces, lorsqu'elles ne sont pas soutenues par la démonstration des parties lésées. De fait, dans cette catégorie de l'anatomie pathologique, la théorie et la pratique sont liées l'une à l'autre d'une façon indissoluble, plus peut-être que partout ailleurs en pathologie.

Tout serait donc pour le mieux si nous n'avions pas à signaler dans nos horizons *quelques points noirs*. Pour soutenir un enseignement pratique de ce genre, un apport incessant de pièces anatomiques nombreuses et variées est, vous le comprenez aisément, absolument indispensable. Or, le professeur ne peut naturellement compter exclusivement sur son service d'hôpital, nécessairement insuffisant devant l'étendue du but à atteindre. Dans les conditions actuelles, il en est donc réduit à vivre surtout d'emprunts.

Jusqu'ici, je m'empresse de le proclamer, grâce surtout à la bienveillance de MM. les professeurs de clinique, grâce aussi à la libéralité des membres de la Société anatomique, les matériaux ne m'ont pas fait défaut, et je saisis avec empressement l'occasion qui se présente de remercier mes collègues de leur précieux concours. Mais, il faut bien le dire, ces matériaux d'étude ne nous sont jamais fournis, en somme, qu'à titre gracieux et non par le fait d'une organisation régulière. Or, avec le temps, les personnes doivent changer, c'est la loi fatale, ainsi que les relations de collègue à collègue, et il n'est pas difficile d'imaginer, pour l'avenir, telles circonstances par suite desquelles le professeur d'anatomie pathologique, en ce qui concerne les matériaux d'enseignement pratique, se trouverait réduit à la *portion congrue*, c'est-à-dire presque à l'impuissance. Il est évident que, de ce côté, la sécurité de son enseignement ne saurait être assurée que par une réglementation équitable qui, tout en respectant les droits sacrés de l'enseignement clinique, détournerait au profit des cours d'anatomie pathologique une partie des richesses que les laboratoires de nos hôpitaux d'instruction reçoivent à profusion, et qu'il leur est vraisemblablement impossible de toutes utiliser.

La nécessité impérieuse d'une organisation de ce genre sera rendue plus évidente encore lorsque sera mis en vigueur le décret en date du 20 juin 1878, décret par suite duquel les *travaux pratiques d'anatomie pathologique* deviendront obligatoires pour les élèves qui se prépareront à subir la deuxième partie du cinquième examen. Ces travaux s'exécuteront pendant toute la durée de l'année scolaire. On peut calculer que 500 élèves environ seront exercés chaque année, et, si l'on fixe à deux mois, ce qui est certainement le minimum du temps nécessaire, la durée du séjour de chacun d'eux dans le *laboratoire des exercices pratiques*, on voit que ce laboratoire devra être aménagé de façon à permettre à 100 élèves d'y travailler à la fois (2).

Où trouvera-t-on, quand le temps sera venu, les éléments nécessaires à la vitalité d'une pareille institution? Dans l'état actuel des choses on ne le prévoit guère. Il est donc tout à fait évident qu'en ce qui concerne la répartition des matériaux d'autopsie, entre les divers services de notre Faculté, *il y a beaucoup à faire*.

Nous avons tenu à citer textuellement ces paroles si autorisées et qui montrent si clairement ce qui est fait et ce qui pourrait, dans un avenir prochain, être réalisé à la Faculté de médecine sans modifier d'une manière notable l'organisation et le fonctionnement de ses services. M. Charcot termine sa leçon d'ouverture en montrant que, si l'anatomo-pathologiste ne doit pas ignorer l'anatomie normale, il importe non moins qu'il se tienne au courant des études cliniques et qu'il ne « déserte jamais la pratique assidue d'un service d'hôpital ». Rappelant ce qui se fait en Allemagne, il se déclare l'adversaire d'un système qui consisterait à établir une scission profonde entre l'anatomie pathologique et la clinique, et il termine sa remarquable leçon par les paroles suivantes :

Puissent ces vues être prises en considération dans la réorganisation, pendante, dit-on, de notre enseignement! Autant que personne peut-être je suis partisan des importations étrangères dans ce qu'elles ont de légitime. Je ne suis pas, tant s'en faut, l'ennemi des spécialités, et je sais par expérience jusqu'à quel point les investigations anatomo-pathologiques réclament des études spéciales. Mais je regretterais amèrement que, dans l'espèce, nos efforts dussent aboutir à une imitation servile de ce qui se fait à l'étranger. — Je fais des vœux en particulier pour que, dans notre pays, tout professeur chargé d'enseigner, *ex cathedra*, l'anatomie pathologique, soit mis à même, conformément à ce que l'on pourrait appeler la tradition française, de rester par un côté un clinicien.

Nous n'ajouterons qu'un mot à ces citations. Le savant professeur d'anatomie pathologique de notre Faculté est l'un de ceux qui, par ses travaux personnels, si estimés en France comme à l'étranger, a contribué le plus à faire apprécier et honorer la science. Son enseignement, auquel il a consacré tant de temps et de labeur, a réuni autour de sa chaire tous ceux qui s'intéressent aux études anatomo-pathologiques. Il aurait pu se contenter de dire ce qu'il a fait et de rappeler, avec une légitime fierté, les services qu'il a rendus. Il a mieux aimé déclarer qu'il restait encore *beaucoup à faire*, et indiquer sommairement par quelles méthodes on pourrait arriver un jour à réaliser les réformes qu'il considère comme nécessaires. Cette leçon d'ouverture est donc tout un programme. Puisse ce programme servir de base à la réorganisation nouvelle!

LES ÉPIDÉMIES RÉGNANTES ET LES HÔPITAUX MILITAIRES.

Depuis plusieurs semaines, le *Bulletin hebdomadaire de statistique démographique* nous montre l'influence nocive exercée sur la santé publique par l'agglomération, dans les hôpitaux militaires du Gros-Caillou et de Saint-Martin, de jeunes soldats atteints de fièvre typhoïde ou de maladies éruptives. Depuis longues années d'ailleurs tous les épidémiologistes ont reconnu que ces vastes hôpitaux devaient être considérés comme des foyers d'infection, qu'il importerait d'éteindre, ou dont on devrait, tout au moins, atténuer les effets. Or nous croyons savoir que le Conseil municipal sera prochainement saisi d'une proposition faite en vue d'éloigner des centres populeux, où ils ont été imprudemment construits, ces hôpitaux militaires. Lorsque cette proposition sera mise à l'ordre du jour, nous la discuterons avec tous les développements qu'elle comporte. Nous ne voulons pour aujourd'hui que faire ressortir l'urgence et les avantages d'une mesure qui aurait pour résultats de rendre service à l'armée aussi bien qu'à la population civile. Nous craignons, il est vrai, que les conclusions d'un article que nous lisons dans le *Progrès médical :* « Les casernes comme les hôpitaux militaires doivent disparaître du centre de Paris », ne soient exagérées, et que le projet qu'elles ont pour objet principal de défendre ne soit irréalisable. Mais l'éloignement des hôpitaux militaires, et surtout leur reconstruction sur des plans nouveaux sont des questions qui s'imposent de plus en plus à l'attention des hygiénistes.

Nous nous contenterons donc de faire remarquer que les arguments qui peuvent être invoqués pour réclamer le maintien des hôpitaux civils perdent leur valeur quand il s'agit des hospices militaires, et que la suppression de ceux-ci et l'installation d'hôpitaux multiples et renfermant un petit

(1) Soixante élèves environ.

(2) Frais d'entretien annuel : somme accordée, 12 700 francs. — Frais de première installation : somme accordée, 11 925 francs.

nombre de lits dans la zone extra-urbaine réaliseraient, à tous les points de vue, un progrès auquel devraient applaudir tous ceux qui n'ont d'autre souci que le bien-être des malades et les intérêts de la population des quartiers aujourd'hui infectés de maladies contagieuses.

LE DUC C. DE BAVIÈRE MÉDECIN.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Dans le numéro 13 de la *Gazette hebdomadaire* (25 mars 1880, page 208, 2e colonne), on lit : « Le chancelier de l'empire d'Allemagne vient d'autoriser S. A. R. le duc Charles-Théodore de Bavière à exercer la médecine en le dispensant de l'examen spécial prescrit par les règlements professionnels. »

Cette nouvelle, puisée dans les journaux allemands, doit être complétée ou plutôt rectifiée par le passage suivant de l'*Allgemeine Zeitung* (Munich, 25 mars 1880): « Le gouvernement bavarois, se fondant sur l'ordonnance du chancelier de l'empire du 9 décembre 1869, a conféré à Son Altesse Royale la qualité de médecin *praticien*, pour ses travaux scientifiques reconnus, et sur l'avis unanime de la commission médicale des examens à l'Université de Munich, après que le duc Charles-Théodore de Bavière se fut soumis à un *colloque* sur toutes les branches des sciences médicales, comme cela est prévu dans l'ordonnance précitée du chancelier de l'empire. Ce *colloque*, selon sa forme et teneur, doit être considéré comme l'équivalent des examens ordinaires pour la médecine. »

Un sentiment de haute convenance et de respect pour la science à laquelle il s'est consacré, fait désirer au duc de Bavière que ses droits au titre de médecin soient loyalement établis comme ils ont été loyalement acquis, sans faveur et en se conformant aux règlements universitaires. La parfaite estime que nous avons pour le talent et le caractère de notre noble confrère nous fait une obligation de vous demander cette rectification.

Dr Carville.

Menton, 26 avril 1880.

Conseil municipal (séance du 24 avril). — Pharmacies des bureaux de bienfaisance.

M. *Thulié* propose d'adopter une proposition de M. Aristide Rey, tendant à ce que l'on examine la possibilité de confier les pharmacies des bureaux de bienfaisance à des dames pourvues d'un diplôme de pharmacien de 2e classe, sous la réserve toutefois que, vu le manque de femmes pourvues du diplôme de pharmacien, les pharmaciens de 2e classe pourraient être chargés de ce service.

M. *Georges Martin* fait observer que cette proposition est difficilement applicable. Il préférerait une combinaison consistant à faire délivrer par les pharmaciens des villes, suivant un tarif spécial, les médicaments prescrits aux indigents. En indiquant sur l'ordonnance les pharmacies où l'indigent pourrait s'approvisionner, le médecin du bureau de bienfaisance laisserait celui-ci libre de choisir le pharmacien qui lui plairait le mieux. On réaliserait ainsi une économie notable en supprimant les appointements et l'entretien des sœurs chargées des pharmacies. Il propose donc la résolution suivante :

« Le Conseil est d'avis qu'il y a lieu de faire faire les préparations pharmaceutiques par les pharmaciens de la Ville et de supprimer les pharmacies des maisons de secours ; invite l'administration à étudier les voies et moyens. »

M. *Bourneville.* Il n'est pas prouvé que le système de M. Georges Martin soit plus économique que celui du maintien de pharmaciens, hommes ou femmes, dans les maisons de secours. Une étude est nécessaire pour qu'on soit fixé à ce sujet.

Enfin, une commission nommée par l'administration de l'Assistance publique s'occupe de réorganiser les pharmacies des maisons de secours. Attendons le résultat de cette étude.

Je dépose l'amendement suivant : je propose au Conseil de renvoyer à l'Assistance publique l'examen des propositions de M. Georges Martin et de M. A. Rey, et d'inviter ladite administration à nous présenter, à bref délai, un projet de réorganisation du service de la pharmacie dans les hôpitaux et les maisons de secours. Cet amendement est adopté.

Faculté de médecine de Paris. — *Gratuité des inscriptions.* — L'article premier du décret du 20 mars 1880, pour l'application de la loi du 18 mars sur la liberté de l'enseignement supérieur, porte : « Les droits d'inscriptions cesseront d'être perçus à la date du 1er avril prochain, dans les Facultés de l'Etat, les Ecoles de plein exercice, et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. — La validation des inscriptions prises dans les Ecoles de plein exercice et les Ecoles préparatoires ne donne lieu à la perception d'aucun droit, à quelque époque que remontent ces inscriptions et quel que soit le régime d'examen pour lequel les candidats ont opté. » En conséquence, depuis le 1er avril dernier, MM. les étudiants n'ont à acquitter que les droits de bibliothèque, et les droits perçus pour les travaux pratiques. Ces droits sont ainsi fixés : droits de bibliothèque, 10 francs par an ; droits pour travaux pratiques (décrets des 20 juin 1878 et 14 octobre 1879): élèves de première année, 60 francs par an; de deuxième année, 40 francs; de troisième année, 40 francs; de quatrième année, 20 francs. Ces droits sont acquittés de la manière suivante lors de la prise de chaque inscription: Elèves de première année : 2 fr. 50, droits de bibliothèque; 15 francs, travaux pratiques. — Elèves de deuxième année : 2 fr. 50, droits de bibliothèque; 10 francs, travaux pratiques. — Elèves de troisième année : 2 fr. 50, droits de bibliothèque; 10 francs, travaux pratiques. — Elèves de quatrième année : 2 fr. 50, droits de bibliothèque; 5 francs, travaux pratiques.

Agrégation. — Par un arrêté en date du 23 avril 1880, sont attachés aux Facultés ci-après désignées, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1880, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent : Faculté de Paris : MM. Joffroy, Landouzy, Troisier, Raymond. — Faculté de Montpellier : MM. Mossé, Moriez, Regimbeau. — Faculté de Lyon : MM. Bouveret, Vinay, Perret. — Faculté de Bordeaux : MM. Arnozan, Rondot.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris.— Concours public pour la nomination à *trois places de médecin* au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le mercredi 2 juin 1880, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.— Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 3 mai 1880, e sera clos définitivement le mardi 18 mai 1880, à trois heures.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences pendant l'année scolaire 1879-1880 : MM. Carles, chimie et pharmacie; — Figuier, physique ;— Périer, toxicologie.— M. Baudrimont, chargé des fonctions d'agrégé est nommé maître de conférences d'accouchements pendant l'année scolaire 1879-1880, en remplacement de M. Ribemont, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Magnien, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, pendant l'année scolaire 1879-1880, préparateur de zoologie et anatomie comparée, en remplacement de M. Sabatier, dont le temps d'exercice est expiré.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Heckel, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé, en outre, professeur de matière médicale, en remplacement de M. Caillol, appelé à d'autres fonctions. M. Caillol est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physique de ladite Ecole (chaire nouvelle).

École de médecine d'Arras. — M. Duhautois (Ernest-Jules), est nommé prosecteur et M. Brassart (Arthur-Désiré), est nommé préparateur de chimie. Ces deux arrêtés auront leur effet à dater du 1er décembre 1879.

École de médecine de Clermont. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 22 avril 1880, un concours s'ouvrira, le 3 novembre prochain, pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Service médical de nuit, *statistique du 1er janvier au 31 mars 1880, par le docteur Passant.* — Le nombre des visites pour les vingt arrondissements de Paris a été de 1847; soit 642 pour des hommes, 881 pour des femmes et 324 pour des enfants au-dessus de trois ans. La moyenne des visites par nuit est de 20 1/2. Sur le trimestre correspondant de l'année dernière elle n'était que de 15 2/5. Parmi les maladies qui ont nécessité les visites figurent surtout les angines et laryngites (143), les affections du cœur (142), les troubles gastro-intestinaux (116), la pleuro-pneumonie (93), les affections cérébrales (78), les convulsions y compris l'éclampsie (88). Les accouchements ou simples délivrances comptent pour 133. 62 fois le malade était mort à l'arrivée du médecin.

Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — Cette association fondée en 1868, tiendra son assemblée générale annuelle le lundi 3 mai prochain, dans la salle de la Société d'encouragement, rue de Rennes, 44, à 8 heures du soir, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut. — Ordre du jour : allocution du Président; rapport sur la situation de l'Association par M. Germond de Lavigne, secrétaire général; rapports sur les récompenses présentés par MM. A. J. Martin, Charles Tellier et Germond de Lavigne. Lecture, récit par MM. Gustave Nadaud et Coquelin cadet.

Société nationale de médecine de Marseille. — La Société donnera, dans le courant du mois de décembre de l'année 1880, un prix de 300 francs au meilleur mémoire sur une question de médecine ou de chirurgie. La Société serait désireuse de voir traiter par les candidats une question d'électricité médicale.

Les mémoires, accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, doivent être adressés avant le 30 septembre, terme de rigueur, à M. le secrétaire de la Société, rue des Beaux-Arts, 3.

Distinctions. — Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à : M. Vibert, docteur en médecine, au Puy (Haute-Savoie). — M. Ponsin, docteur en médecine, à Saint-Martin-de-Ré (Charente-Inférieure). — M. Braye, docteur en médecine, à Tarascon (Bouches-du-Rhône). — M. Alexandrowiez, docteur en médecine, à Alais (Gard). — M. Fromen, docteur en médecine, à Espalion (Aveyron). — M. Picou, docteur en médecine, à Montsalvy (Cantal). — M. Deras, officier de santé à Belfon-sur-Huisnes (Orne). — M. Lagane, docteur en médecine, à Gourdon (Lot).

Recrutement du personnel pour le traitement a domicile. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XVIe arrondissement que, le mardi 11 mai 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Eaux minérales. — M. le docteur Bottentuit nous prie de déclarer que, contrairement à ce qui avait été dit, il n'a jamais songé à renoncer à sa position de médecin consultant à Plombières.

Nécrologie. — On annonce la mort, à l'âge de soixante-quatre ans, de M. le docteur Camille de Laurès, ancien médecin-inspecteur des thermes de Néris, et l'un des médecins-inspecteurs des eaux minérales du département de la Seine

---

Mortalité a Paris (16e semaine, du vendredi 16 au jeudi 22 avril 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1238, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 50. Variole, 60. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 8. — Diphthérie et croup, 48. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Affections puerpérales, 17. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 72. — Autres affections générales, 130. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 107. — Diarrhée infantile et athrepsie, 83. — Autres maladies locales : aiguës, 98; chroniques, 190; douteuses, 49. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 3; épuisement, 1; causes non définies, 1. — Morts violentes, 41. — Causes inconnues, 6.

Bilan de la 16e semaine. — Le caractère de la 16e semaine est une aggravation légère mais générale de la plupart des maladies épidémiques : de la fièvre typhoïde (surtout dans le quartier militaire du Gros-Caillou), de la variole (surtout dans les quartiers des Quinze-Vingts et son contigu Picpus), de la rougeole (notamment dans les quartiers Bonne-Nouvelle et du Gros-Caillou), de la diphthérie (notamment dans les quartiers de la Sorbonne, des Quinze-Vingts et les deux quartiers contigus du Père-Lachaise et de Charonne). En outre, les affections puerpérales ont continué leur mouvement de progression et ont produit cette semaine 17 décès au lieu de 7, fournis par la 14e semaine, et de 13 constatés pour la 15e. Parmi ces 17 décès, il y en a 3 de malheureuses femmes non domiciliées à Paris et qui ont eu la mauvaise inspiration d'y venir faire leurs couches! Ce chiffre de 17 décès par affections puerpérales est important, car non seulement il ne porte que sur un seul sexe, mais encore sur un sexe se trouvant dans une condition toute spéciale et relativement rare. En effet, comme chaque semaine on ne compte que 1300 accouchements environ (mort-nés compris), il en résulte un danger de mort de 17/1300, soit de 0,013, ou de 1,3 sur 100 accouchements.

Malgré cette légère recrudescence des affections épidémiques ci-dessus signalées, la mortalité générale ne s'est pas accrue.

Dr Bertillon.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant,*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Œuvres du docteur Jules Guérin, officier de la Légion d'honneur, fondateur de la *Gazette médicale de Paris,* membre titulaire de l'Académie de médecine de Paris. 1re livraison : *Recherches sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant.* 1 vol. grand in-8 de 192 pages, avec 43 figures dans le texte et 1 atlas de 15 planches gravées, avec explications en regard. Paris, au bureau de la publication, 46, rue de Vaugirard.

Revues scientifiques, publiées par la *République française,* sous la direction de M. Paul Bert, 2e année, 1 vol. in-8 richement illustré. Paris, G. Masson. 6 fr.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Edouard Meyer, 2e édition entièrement revue et augmentée, avec 261 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-8 de 800 pages. Paris, G. Masson. 12 fr.

Des mouvements irrésistibles, par le docteur G. Audiffrent, brochure in-8 de 90 pages. Paris, G. Masson. 1 fr. 50

La chlorose, par le docteur Robert Moriez, thèse d'agrégation. 1 vol. in-8 avec figures et tableaux. Paris, G. Masson. 5 fr.

Phlegmatia alba dolens, par le docteur E. Troisier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, thèse d'agrégation. 1 vol. in-8 avec 2 planches. G. Masson. 5 fr.

Manuel de pathologie interne, par le docteur G. Dieulafoy. Tome Ier, 1 vol. in-18 diamant cartonné à l'anglaise. Paris, G. Masson. 6 fr.

Syphilis et mariage. Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par A. Fournier. 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 5 fr.

Traité clinique et pratique de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses des divers organes, par le professeur Lebert. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 10 fr.

De la physiologie pathologique et du traitement rationnel de la rage, suite d'études de pathogénie, par le docteur Duboué (de Pau). 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

Mémoires de chirurgie, par le docteur Nepveux. 1 fort vol. in-8 avec 2 planches. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 10 fr.

Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire, par le professeur L. Ranvier, recueillies par J. Renaut. 1 vol. in-8, avec 99 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 12 fr.
Cartonné. 13 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 5 mai 1880.

Académie des sciences : LE CHOLÉRA DES POULES ET LES MALADIES VIRULENTES : M. PASTEUR.

Les nouvelles recherches de M. Pasteur offrent, aux points de vue de la physiologie générale et de l'étiologie des maladies virulentes, un si grand intérêt que nous croyons devoir, bien qu'elles soient déjà connues de nos lecteurs, les résumer encore pour en bien apprécier la portée. Elles ont pour objet l'étude approfondie d'une maladie que l'on désigne vulgairement sous le nom de *choléra des poules.* Par ses symptômes et par les lésions qu'elle amène à sa suite, cette maladie peut être rapprochée des maladies virulentes. Or, l'examen du sang et des tissus des animaux malades a prouvé qu'elle est due à un organisme microscopique. M. Pasteur a isolé cet organisme, qui, dit-il, « fait certainement partie d'un tout autre groupe que celui des vibrions », et qui viendra peut-être se placer un jour auprès des virus aujourd'hui de nature inconnue, lorsqu'on aura réussi à cultiver ceux-ci. Ce microbe, M. Pasteur l'a cultivé; il l'a inoculé pour s'assurer qu'il était bien l'agent virulent de la maladie; puis il est parvenu à en modifier les propriétés de manière à en atténuer l'activité, à diminuer son pouvoir virulent de telle façon qu'il peut être inoculé sans déterminer la mort. Ce microbe jouit dès lors des propriétés suivantes. Identique, au point de vue morphologique, avec celui qui donne naissance au choléra des poules, il en diffère en ce qu'il ne détermine que des accidents transitoires, presque toujours guérissables. Mais, de plus, son inoculation préserve de la maladie virulente, si bien qu'une inoculation nouvelle pratiquée avec un liquide contenant les microbes les plus activement virulents reste tout à fait impuissante. Les expériences de M. Pasteur sont à ce point de vue si curieuses et si démonstratives qu'il importe de les citer textuellement :

« Je prends, dit-il, 80 poules neuves. — J'appelle de ce nom les poules qui n'ont jamais eu la maladie du *choléra des poules,* ni spontanée, ni communiquée. — A 20 d'entre elles j'inocule le virus très virulent; les 20 périssent. Des 60 qui restent, j'en distrais encore 20 et je les inocule par une seule piqûre, à l'aide du virus le plus atténué que j'aie pu obtenir. Aucune ne meurt. Sont-elles vaccinées pour le virus très virulent? Oui, mais seulement un certain nombre d'entre elles. En effet, si sur ces 20 poules je pratique l'inoculation du virus le plus virulent, 6 ou 8, par exemple, tout en étant malades, ne mourront pas, contrairement à ce qui a eu lieu pour les 20 premières poules neuves, dont 20 sur 20 ont péri. Je distrais de nouveau du lot primitif 20 poules neuves que je vaccine par deux piqûres appliquées successivement après un intervalle de sept à huit jours. Seront-elles vaccinées pour le virus très virulent? Afin de le savoir, réinoculons-les par ce virus. Cette fois-ci, contrairement aux résultats de la deuxième expérience, ce n'est plus 6 ou 8 qui ne mourront pas, mais 12 ou 15. Enfin, si je distrais encore 20 poules du lot primitif et que je les vaccine successivement par le virus atténué, non pas une fois, mais trois ou quatre, la mortalité par l'inoculation du virus très virulent, la maladie même, seront nulles. Dans ce dernier cas les animaux sont amenés aux conditions de ceux qui ne contractent jamais le choléra des poules. »

Tous les médecins comprendront immédiatement l'importance de ces résultats, et la comparaison établie entre la variole et la vaccine, d'une part, le virus qui détermine le choléra des poules et ce virus atténué, d'autre part, ressortira pour tous de ces expériences. Elles ont, à un point de vue purement pratique, une autre signification que nous croyons devoir indiquer. Chacun sait, en effet, combien il est difficile de préciser la durée de l'immunité vaccinale et sa valeur suivant le nombre des inoculations ou les conditions individuelles. Or, voici que dans une maladie évidemment et exclusivement parasitaire des faits identiques se trouvent signalés. Et de même que l'on peut voir des individus récemment, mais incomplètement, vaccinés, subir les atteintes de la variole, voici qu'il nous est prouvé que les inoculations multiples d'un virus atténué préservent du *choléra des poules,* alors qu'une seule inoculation reste inefficace. Si donc il était nécessaire d'appeler encore l'attention des cliniciens sur un fait que la pratique journalière a rendu évident, nous signalerions ces expériences de M. Pasteur pour démontrer l'utilité des vaccinations multiples faites en vue d'obtenir une immunité variolique plus complète. Il est vrai, hâtons-nous de le reconnaître, que lorsqu'il s'agit de variole et de vaccin les conditions individuelles et peut-être aussi la qualité du virus inoculé ont une importance prééminente. M. Pasteur cite, à cet égard, un fait qui lui a été communiqué par M. Brouardel et qui prouve qu'un même sujet peut être à plusieurs reprises vacciné et variolé. Mais ces faits, bien qu'ils existent, sont exceptionnels. Il importe donc de recommander à tous les praticiens de ne pas se contenter d'une vaccination incomplète et, en ce moment surtout où le vaccin est souvent si pauvre en éléments actifs, de chercher à obtenir une immunité sérieuse en revaccinant au besoin un jeune sujet sur lequel une première vaccination aurait paru insuffisante, avec la lymphe vaccinale recueillie sur la pustule unique ou l'une des pustules préalablement obtenues.

M. Pasteur, en variant ses expériences, a démontré, avec sa précision habituelle, quelques-unes des conditions qui paraissent pouvoir expliquer pourquoi certains individus

semblent réfractaires à l'inoculation vaccinale et à la contagion variolique, et pourquoi d'autres, au contraire, ne sont point à l'abri de contaminations multiples. Déjà, dans ses premières recherches ayant pour objet de recueillir et de cultiver le microbe virulent, il avait fait voir que l'eau de levûre, si favorable à la repullulation des vibrioniens et surtout de la bactéridie charbonneuse, était absolument impropre à la vie du microbe du choléra des poules, tandis que le bouillon de muscles de poules, neutralisé par la potasse et rendu stérile par une température de 113 à 115 degrés, était, au contraire, très approprié à l'ensemencement de ce microbe. N'était-il pas en droit de conclure de ces expériences que si les inoculations ne réussissent pas chez les poules vaccinées à l'aide d'un virus atténué, c'est que la culture du microbe avait, chez ces poules, modifié le milieu dans lequel peuvent évoluer les organismes microscopiques? Les animaux qui échappent à la contagion sont, dit-il, comme *vaccinés* de naissance, parce que l'évolution fœtale n'a pas introduit dans leur corps les aliments propres à la vie du microbe ou que ces matières nutritives ont disparu dans le jeune âge. L'immunité individuelle, les conditions qui rendent inapte à la contagion des maladies virulentes seraient dues, si l'on peut généraliser les observations de M. Pasteur, à un état spécial des liquides de l'organisme s'opposant à la germination des microbes virulents; et des inoculations successives de virus atténué pourraient dans bien des cas empêcher l'évolution de ces maladies. Les déductions pathologiques que l'on parviendra, sans doute, à tirer des mémorables expériences de M. Pasteur n'auront, il est vrai, une valeur pratique que le jour où sera démontrée la durée de l'immunité produite par ces inoculations de virus atténué. Dans les expériences faites sur le *choléra des poules*, cette question de durée n'intervient guère et de nouvelles observations seront nécessaires pour en établir la signification. Il importerait donc de rechercher si, par suite de la rénovation incessante des éléments cellulaires, l'aptitude à la contagion ou, pour employer les expressions de M. Pasteur, la création d'un nouveau milieu favorable à la vie des microbes virulents ne peut se faire assez rapidement, chez les animaux supérieurs, après une inoculation de virus atténué. Nous ne pouvons, non plus, passer sous silence une autre objection, qui semble devoir être adressée à ceux qui prétendraient assimiler dès aujourd'hui la maladie étudiée par M. Pasteur, avec les conséquences qu'il peut légitimement déduire de ses expériences, à la plupart des maladies virulentes qui atteignent l'homme et aux conditions dans lesquelles il deviendrait possible d'entraver leur développement. Poursuivant l'étude de son sujet, M. Pasteur démontre que, en ce qui concerne le *choléra des poules* et les conditions d'activité des liquides virulents qui le déterminent, les vaisseaux et l'appareil digestif sont des voies d'absorption très actives. Or n'est-il pas démontré que *la plupart* des virus peuvent être impunément introduits par la voie digestive sans déterminer d'accidents sérieux? N'est-il pas prouvé que ces accidents, lorsqu'ils surviennent, sont dus à l'existence préalable d'une lésion des voies digestives ayant facilité une inoculation virulente par l'intermédiaire des lymphatiques de la peau ou des muqueuses? Et ne sait-on pas, depuis les expériences de Rollet et celles de Melchior Robert, que le sang syphilitique paraît impropre à transmettre la maladie virulente et que, durant les trois premiers jours qui suivent l'excision d'un chancre induré, le sang recueilli à la surface de la plaie paraît inapte à communiquer l'infection syphilitique, alors que, dès que la suppuration s'est établie à la surface de la plaie, la matière sécrétée devient inoculable? Il y a là une différence assez notable entre le virus du *choléra des poules* et celui des maladies virulentes propres à l'espèce humaine; il importerait donc de rechercher si cette facilité de l'inoculation des agents virulents cultivés par M. Pasteur ne doit pas les différencier des virus que nous observons d'ordinaire.

Une communication de M. Depaul, faite mardi dernier à l'Académie de médecine, a rappelé l'attention sur les faits de variole congénitale et permis à MM. Blot et Devilliers de signaler des observations de variole contractée par le fœtus sans infection apparente de la mère. Ces observations sont intéressantes à un autre point de vue. Elles semblent démontrer qu'en ce qui concerne la variole, — et peut-être aussi la syphilis, — le milieu fœtal est plus aisément apte à la contamination que le milieu maternel, et que le sang placentaire peut communiquer une maladie qui ne détermine chez la mère aucune lésion apparente avant la naissance de l'enfant. Ces faits pourraient être invoqués à l'appui de la doctrine défendue par M. Pasteur. Nous n'avons pas, pour le moment du moins, à y insister.

Toutes les hypothèses que l'on pourra faire n'infirmeront d'ailleurs en rien l'importance des résultats obtenus par l'éminent académicien. Il en est d'autres qui sont provisoirement inexplicables, mais qui n'en présentent pas moins un réel intérêt. M. Pasteur a étudié l'action exercée sur l'organisme par les extraits obtenus en faisant évaporer à froid les liquides dans lesquels il avait cultivé des microbes. Or, voici ce qu'il a constaté :

« Lorsqu'on injecte sous la peau d'une poule neuve en très bonne santé l'extrait d'une culture filtrée du microbe, correspondant à un développement très abondant du parasite, la poule, après un désordre nerveux qui se dissipe en un quart d'heure et quelquefois se manifeste simplement par une respiration un peu haletante et un mouvement du bec qui s'ouvre et se referme à courts intervalles; la poule, dis-je, prend la forme en boule, reste immobile, refuse de manger, et éprouve une tendance au sommeil des plus prononcées, comme dans le cas de maladie par inoculation du microbe. La seule différence consiste en ce que le sommeil est plus léger que dans la maladie réelle : la poule se réveille au moindre bruit. Cette somnolence dure environ quatre heures; après quoi la poule redevient alerte, porte la tête haute, mange et glousse comme si de rien n'était. J'ai reproduit plusieurs fois cette expérience, en observant les mêmes faits, et comme dans chaque épreuve j'avais eu le soin de vérifier qu'un extrait de bouillon pur qui n'a pas cultivé du microbe ne donne lieu à aucune manifestation analogue, j'ai acquis la conviction que pendant la vie du parasite il se fait un narcotique ou un stupéfiant, et que c'est ce narcotique qui provoque le symptôme morbide si prononcé du sommeil dans le choléra des poules. »

M. Pasteur conclut de ces observations que « l'acte du sommeil correspond à un produit né pendant la vie du microbe et agissant sur les centres nerveux ». Une note récemment communiquée à l'Académie des sciences par M. Talmy, rapproche les observations de la maladie désignée sous le nom de *maladie du sommeil*, maladie dont on trouvera dans *Gazette hebdomadaire* (1861, p. 670) une étude intéressante due à M. Ad. Nicolas. Encore une question à l'étude, question des plus sérieuses si les hypothèses de M. Talmy étaient vérifiées. Enfin nous devons aussi signaler ce fait que la maladie peut passer à l'état chronique, le virus restant à l'état de microbe actif, localisé dans certains organes,

« dans quelque partie *vaccinée*, et impropre par cela même à une culture facile ». Ce virus reste très actif et cependant il ne détermine pas la mort. Il vit, mais à l'état latent, et ne détermine d'accidents sérieux que dans des conditions déterminées. M. Pasteur compare cet état chronique de la maladie aux longues incubations du virus de la rage qui, après avoir existé longtemps dans le corps, manifeste tout à coup sa présence par la virulence la plus accentuée. Nous n'insisterons point sur ces considérations. Notre but, en résumant les derniers travaux de M. Pasteur, était surtout d'en faire ressortir l'importance. C'est par les recherches de ce genre que l'on arrive à ébranler la conviction de tous ceux qui hésitent encore à admettre et surtout à généraliser la doctrine des germes animés. Les faits annoncés par M. Pasteur sont indéniables; les conclusions qu'il en déduit, quoi qu'elles renversent bien des doctrines aujourd'hui défendues par les épidémiologistes les plus autorisés, ne sauraient manquer d'être prises en très sérieuse considération. Il importait donc de les signaler pour montrer le progrès accompli dans ces dernières années par ces importants travaux.

— Dans la dernière séance, M. Pasteur a lu un nouveau travail destiné à élucider les conditions étiologiques du furoncle, de l'ostéomyélite et de la fièvre puerpérale. On lira, avec un vif intérêt, dans le *Bulletin de l'Académie*, l'exposé de ces recherches qui sont de nature à surprendre les chirurgiens.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Étude sur le bassin rachitique, par M. X. Delore, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, ex-chirurgien de la Charité

Malgré l'irrégularité de leurs formes, les bassins rétrécis se prêtent à quelques considérations générales. La déviation s'est faite suivant certaines lois que je vais chercher à étudier et dont je ferai ressortir à l'occasion les conséquences pratiques.

L'étude que je présente a été faite sur 84 bassins rétrécis, 45 appartenant à la Faculté de Lyon et 39 au musée Dupuytren.

Je ne me suis point occupé dans ce travail du bassin oblique-ovalaire vrai, dont la description ne laisse rien à désirer. Quant aux bassins ostéomalaciques, un certain nombre d'entre eux présentent un effondrement tel qu'ils échappent à toute description utile; mais la déformation des autres rentre généralement dans un des types que nous avons adoptés. Le fait est si fréquent, que cette forme est appelée *ostéomalacique*. C'est à tort, suivant moi : car on semble supposer ainsi que le ramollissement de l'ostéomalacie agit autrement sur les os que le ramollissement rachitique, tandis qu'il n'en est rien. Dans l'un et l'autre cas, si la mollesse osseuse est la même, la déformation est identique. Il y a cependant une différence essentielle et qui possède sur la forme définitive du bassin une influence prononcée ; c'est que, en général, l'individu ostéomalacique succombe en proie à la maladie déformante, tandis que la femme rachitique en était guérie et avait marché depuis.

Grand bassin. — Il offre à notre étude :

1° Les *vertèbres lombaires*. — Ces os jouent un rôle très important dans la viciation des bassins rachitiques. Ils se comportent de trois façons différentes :

A. — En pesant sur la base du sacrum, ils le poussent en avant et en bas, en entraînant en même temps la partie postérieure des ilions; en outre, ils l'incurvent sur lui-même.

Si leur pression ne s'exerce pas d'aplomb, l'angle sacro-vertébral est dévié à droite ou à gauche.

B. — L'incurvation des vertèbres lombaires commande fréquemment la direction du détroit supérieur et de la cavité pelvienne ; elle fait varier l'angle sacro-vertébral. A l'état normal, il est de 110 degrés environ; mais, à l'état pathologique, il devient quelquefois plus aigu.

Chez 7 bassins de la Faculté, la colonne fortement concave en arrière et convexe en avant tombe à angle droit sur le sacrum, de telle sorte que la face antérieure de cet os est devenue horizontale et regarde directement en bas, comme dans les bassins des animaux.

Cette disposition vicieuse tient dans les 7 bassins à l'aplatissement cunéiforme en arrière de la cinquième lombaire; dans un cas même, cette vertèbre a glissé sur la face postérieure du sacrum. Chez un huitième bassin, l'horizontalité du sacrum tient à la courbure de toutes les lombaires, qui décrivent une grande convexité en avant.

Dans ces cas, les vertèbres déviées emportent avec elles le bassin et le projettent en arrière. Ce fait est dénoté par l'énorme cambrure de certaines femmes.

C.—Dans une troisième variété, les vertèbres se sont déviées comme si elles avaient été pressées par le poids du corps, le bassin étant supposé immobile. Elles descendent alors dans l'aire du détroit supérieur. Ce sont elles qui, par leur saillie en avant, font un promontoire pathologique qui empêche la tête de descendre jusqu'à l'angle sacro-vertébral. Le détroit supérieur présente alors un nouveau plan, qu'il faut étudier si l'on doit pratiquer une opération obstétricale.

Cette projection en avant des vertèbres a une autre conséquence au point de vue statique ; si le détroit supérieur normal fait un angle moindre que 60 degrés et se rapproche de l'horizontale, les vertèbres se substituent au promontoire et font, avec le pubis, ce nouveau plan que j'ai déjà signalé, qui a au moins 60 degrés et se rapproche même souvent de la verticale. Sans cette condition, la femme ne pourrait se tenir debout en équilibre.

Quand une femme a succombé à la suite d'une ostéomalacie grave sans avoir pu marcher, évidemment ces considérations n'ont plus leur raison d'être.

2° *Fosses iliaques*. — Souvent, dans les bassins viciés, les ilions sont verticaux et se rapprochent de ceux des nègres et des animaux. Pendant la période du ramollissement rachitique, ils ont été renversés, soit par la traction des muscles de la paroi abdominale, soit par la pression du lit dans le décubitus latéral.

A un degré plus avancé, les ilions sont repliés en oublie. Les bassins ostéomalaciques présentent d'une façon typique cette déformation. Elle provient de la projection en avant de la cinquième lombaire, qui a entraîné avec elle, grâce à des ligaments puissants, l'épine iliaque postéro-supérieure et toute la partie voisine de la crête iliaque.

Plus rarement les fosses iliaques vont en s'évasant, en se rapprochant alors de l'horizontalité. J'ai trouvé 4 bassins qui offrent cette configuration; il y en a un surtout qui est remarquable. Quelquefois un ilion est vertical et l'autre horizontal; cette particularité se voit très bien sur un bassin qui est oblique-ovalaire. J'attribue l'horizontalité à l'action de la pesanteur dans la station verticale.

D'après ces diverses formes, on voit que la pelvimétrie externe ne peut fournir des renseignements précis sur les dimensions du diamètre transversal du détroit supérieur; elle est, du reste, d'autant moins importante au point de vue pratique que ce diamètre est souvent normal ou même agrandi dans les bassins les plus étroits.

Détroit supérieur. — Il nous offre des considérations du plus haut intérêt.

1° Le promontoire est plus ou moins saillant; quelquefois il est très aigu ce qui constitue un danger pour la tête fœtale qui est fortement pressée contre lui. Dans un autre travail (*Gaz. hebd.*, 1865), j'ai démontré qu'une pression de 25 kilogrammes était capable de produire une fracture du crâne.

L'angle sacro-vertébral, sous l'influence du rachitisme, change souvent de situation. Cette déviation se fait ou latéralement, ou de haut en bas, ou par une projection en avant.

A. *Déviation latérale.*— En consultant les tables qui sont à la fin de cet article on verra combien sont fréquentes les déviations latérales. On les a trouvées 35 fois sur 65 bassins rétrécis. Les gauches ont été observées 25 fois et les droites 10 fois seulement. Je pense que cette prédominance provient de la fréquence plus grande des déviations latérales droites de la taille à la région dorsale; dans ces cas la région lombaire fait sa courbe de compensation à gauche et entraîne avec elle l'angle sacro-vertébral.

Une déviation prononcée de l'angle produit un véritable bassin oblique-ovalaire, mais de nature rachitique. Le détroit supérieur est plus étroit du côté de la déviation. On verra les conséquences pratiques de ce fait dans l'étude du bassin avec les boules.

B. *Rapport du promontoire avec le plan du détroit supérieur.* — A l'état normal, l'angle sacro-vertébral est à 8 millimètres au-dessus du plan du détroit supérieur, mais dans les bassins rachitiques ce rapport est modifié, comme on peut le voir dans le deuxième tableau. Dans un bassin je l'ai trouvé à 45 millimètres au-dessus. Ce fait est la conséquence de l'incurvation de la ligne innominée qui a abaissé le pubis. Il est facile d'en comprendre l'importance au point de vue de la pelvimétrie interne; nous y reviendrons en étudiant ce moyen d'exploration. Mais disons de suite que plus le promontoire sera surélevé au-dessus du plan du détroit supérieur, plus grande devra être la défalcation de la mensuration digitale. L'angle est quelquefois au-dessous; alors, au lieu de défalquer, il faut ajouter pour avoir la notion exacte du diamètre sacro-pubien.

C. *Projection en avant de l'angle sacro-vertébral.* — Cette projection est le fait capital des bassins viciés. C'est parce que l'angle et le sacrum se sont transportés en avant que les rétrécissements existent dans la plupart des cas. J'ai employé deux moyens pour arriver à la démonstration de ce fait sur les bassins de la Faculté. J'ai fait tomber transversalement sur la ligne innominée un plan vertical tangent au promontoire. Ce plan coupe la ligne innominée de chaque côté. J'ai mesuré ensuite la distance du point coupé à l'articulation sacro-sciatique située en arrière. Il est évident que plus l'angle sera transporté en avant, plus la distance sacro-sciatique sera grande, comme on peut le voir dans le deuxième tableau. La distance normale est de 8 millimètres; chez les rachitiques elle peut aller à 3 et à 4 centimètres. Elle diffère souvent à droite et à gauche, cette mensuration présente un défaut de précision : car l'articulation sacro-iliaque est quelquefois entraînée en avant avec le sacrum.

Le second procédé que j'ai employé pour démontrer la projection est le suivant. J'ai fait passer un plan vertical par le centre des cavités cotyloïdes, et j'ai mesuré la distance qui sépare le promontoire et le pubis du milieu de ce plan au niveau du détroit supérieur. C'est ce que dans le deuxième tableau j'ai appelé distance sacro-cotyloïdienne médiane et pubio-cotyloïdienne médiane. En dépouillant le tableau qui provient de ces recherches, on voit qu'à l'état normal la distance sacro-cotyloïdienne médiane étant de 4, la pubio-cotyloïdienne est de 7 : c'est-à-dire que 7 est 1,75 fois plus long que 4. Dans les bassins qui ont 10, c'est-à-dire qui sont médiocrement rétrécis, la proportion est renversée et c'est le pubis qui paraît se rapprocher de la ligne bi-cotyloïdienne. Mais dès qu'on arrive aux rétrécissements de 9 et au-dessous, on constate nettement la projection en avant du sacrum et, au lieu d'être 1,75, la proportion devient 2, 3, 4 et même 6. Les cavités cotyloïdes étant le point du bassin que je suppose immobile, on voit que le sacrum a été rapproché d'elles dans les cas de rétrécissement et beaucoup plus que le pubis. Nous expliquerons aisément ce fait quand nous chercherons le mode de production des rétrécissements. Sa généralité a pour conséquence la prédominance des rétrécissements sacro-pubiens sur tous les autres.

2° *Ligne pubio-innominée.* — A l'état normal elle forme dans son ensemble les trois quarts d'une circonférence à peu près régulière décrite par un rayon de 6 centimètres environ. Mais dans le bassin rachitique cette courbe subit de graves modifications qui, quoique variables dans leur rayon et leur siège, peuvent être rapportées à quatre formes bien différentes.

A. — Dans une première qui est la plus fréquente, le sacrum projeté en avant entraîne avec lui toute la partie postérieure des ilions, de telle sorte que la ligne innominée présente une courbure anguleuse dont le summum se trouve dans le voisinage de la symphyse sacro-iliaque. Dans la plupart des cas cette incurvation, malgré son intensité, ne retentit pas sur le reste de la courbe pubio-innominée.

B. — Dans la deuxième modification un autre élément est venu se joindre à la pression de haut en bas que subit le sacrum, c'est une pression bilatérale. En même temps que le sacrum est poussé en avant, les parois latérales du bassin sont poussées en dedans. Ce fait se produit quand le rachitique se couche sur le côté droit et le côté gauche; la station debout y contribue également. Il en résulte une exagération de courbure de la ligne innominée au niveau de l'articulation sacro-sciatique et une propulsion en avant et en bas des branches horizontales du pubis, qui deviennent parallèles. L'incurvation s'accentue au niveau de la symphyse pubienne.

C. — Dans la troisième forme le summum de l'incurvation due à la projection du sacrum se produit immédiatement derrière les éminences ilio-pectinées, c'est-à-dire aux extrémités du diamètre transverse. La courbe des pubis est alors redressée et ces os deviennent sensiblement rectilignes. Ce redressement a des conséquences particulières que je signalerai en parlant du détroit inférieur. Alors le rétrécissement antéro-postérieur qui en résulte, est formé à la fois par la projection en avant du sacrum et en arrière du pubis.

D.— Dans la quatrième le promontoire a été dévié à droite ou à gauche; d'où il est résulté qu'une moitié latérale du bassin est plus étroite que l'autre et que la symphyse du pubis n'est plus en face de l'angle sacro-vertébral.

Je peux maintenant aborder une classification des bassins rachitiques d'après leur forme.

3° *Classification des bassins rétrécis.* — Me basant sur ce qui précède, je leur assignerai *quatre formes types*.

Premier type. — Le sacrum a été propulsé en avant sans modification de l'arc antérieur pubio-innominé. C'est toujours le cœur de la forme normale, mais avec cette différence que les angles supérieurs sont plus allongés. Faute de mieux je l'appellerai *cordiforme*. Ce qui caractérise ce bassin, c'est la projection en avant du sacrum et l'amoindrissement du diamètre antéro-postérieur. Les vertèbres ont pesé sur la voûte sacrée qui a cédé. C'est la clef qui s'est enfoncée dans le cintre (fig. 1).

Deuxième type. — Si à la projection du sacrum est venue s'unir la projection en dedans des deux régions cotyloïdiennes, on a une déformation que j'appellerai *cordiforme exagérée* (fig. 2).

Le bassin ostéomalacique affecte habituellement cette forme, mais elle ne lui appartient pas en propre.

Ce type est caractérisé par l'acuité des trois angles, par le parallélisme des pubis et des branches de l'arcade pubienne,

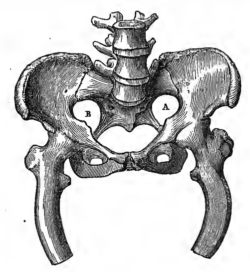


FIG. 1.

par la diminution des deux diamètres sacro-cotyloïdiens. Les deux cavités cotyloïdes sont allées à la rencontre de l'angle sacro-vertébral et se sont en même temps rapprochées l'une de l'autre.



FIG. 2.

Troisième type. — Le sacrum et le pubis ont cheminé à la rencontre l'un de l'autre, la courbure des branches horizontales des pubis est redressée; le détroit supérieur est alors *réniforme* (fig. 3).

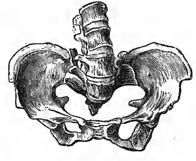


FIG. 3.

Dans cette variété les dimensions antéro-postérieures sont diminuées et le diamètre transverse agrandi. Quand on presse un anneau élastique entre les doigts, il s'aplatit dans le sens de la pression et s'agrandit en sens inverse. Le bassin réniforme a été produit par un mécanisme analogue. Le summum de la courbure est derrière les éminences ilio-pectinées; de telle sorte que les cavités cotyloïdes sont sur la face antérieure du bassin; les faces latérales n'existent plus, elles sont remplacées par un bord mousse.

A un degré extrême on a le bassin en 8 de chiffre.

Quatrième type. — Le promontoire est déjeté à droite ou à gauche d'une manière prononcée; on a alors un bassin *oblique-ovalaire rachitique* (fig. 4). Ce type est essentiellement



FIG. 4 (1).

ment caractérisé par l'inégalité de longueur des diamètres sacro-cotyloïdiens. Une des cavités cotyloïdes est allée à la rencontre du promontoire.

La grande majorité des bassins déformés par le rachitisme peut se rapporter à ces quatre formes types, dont la connaissance exacte est très utile pour guider l'accoucheur en face d'un rétrécissement grave. L'importance du détroit supérieur nécessite du reste qu'on se base sur sa déformation pour adopter une classification des bassins viciés.

4° *Inclinaison du détroit supérieur.* — Fréquemment un rétrécissement prononcé tend à rapprocher le plan du détroit supérieur de la verticalité. 7 fois sur 18 examens de bassins très difformes ce fait a été constaté. Dans 5 cas le plan se rapprochait de l'horizontalité, mais alors la projection des vertèbres lombaires dans l'aire du détroit supérieur créait un nouveau plan qui se rapprochait de la verticale.

La verticalité du plan du détroit supérieur présente des indications pratiques utiles à connaître, soit pour l'attitude à donner à la femme qui accouche, soit pour l'introduction des instruments dans l'utérus. On devra donc la diagnostiquer; pour cela on se guidera sur la situation en arrière des organes vulvaires, sur la direction de la face interne des pubis et sur la cambrure des lombes.

On se souviendra alors que, dans ces bassins, l'axe du détroit supérieur se dirige quelquefois horizontalement en arrière.

5° *Plan de l'obstacle.* — Dans la plupart des bassins trop étroits, la tête fœtale porte en arrière sur l'angle sacro-vertébral et en avant sur la symphyse et la partie horizontale des pubis; c'est le plan du détroit supérieur qui forme la résistance. Mais dans des cas assez nombreux ce plan est surbaissé, et les dernières vertèbres lombaires se précipitent dans son aire. Ce n'est plus la projection du sacrum qui fait le rétrécissement, c'est celle des deux ou trois dernières vertèbres lombaires; elles s'incurvent fortement et s'abaissent. Cette notion est d'une haute importance au point de vue pratique. Si on fait la pelvimétrie en mesurant la distance qui sépare le promontoire du pubis, on peut trouver par exemple 8 centimètres, tandis qu'au niveau du plan de l'obstacle la tête trouvera 6 centimètres. De là une indication bien différente qu'on ne sera pas en mesure de remplir en cas d'erreur. S'il s'agit d'introduire le céphalotribe, la saillie vertébrale, en poussant la tête en avant, trompera sur la direction à donner à l'instrument.

Je signalerai encore le parallélisme des branches horizon

(1) Cette figure et la précédente ont été extraites du livre de Joulin, publié chez F. Savy.

tales du pubis comme une déformation qui modifie considérablement en avant les points de l'anneau pelvien qui font obstacle à l'engagement de la tête. J'y reviendrai en étudiant le bassin avec des boules.

Cavité pelvienne. — Elle nous offre à considérer la surface sacro-coccygienne, les surfaces pectinéo-sciatiques et la surface pubienne.

1° *Surface sacro-coccygienne.* — Sous l'influence du rachitisme elle subit des modifications de *hauteur* et de *forme*.

La hauteur sacro-coccygienne est à l'état normal de 11 à 12 centimètres, et la perpendiculaire au milieu de la corde est de 27 millimètres. Dans la plupart des bassins rachitiques elle est moindre et, comme on le verra dans le deuxième tableau, elle peut descendre à 4 centimètres. Cette différence considérable tient habituellement non à l'atrophie des os, mais à l'incurvation accentuée qu'ils subissent par l'exagération de leur concavité naturelle. Elle a été notée 9 fois sur les 45 bassins de la Faculté. Cette incurvation peut aller jusqu'à l'angle aigu. Elle est assez facile à constater sur le vivant par l'examen de la région. Elle s'accompagne nécessairement de rétrécissement; car le promontoire et la pointe du coccyx vont à la rencontre du pubis. Voilà une condition défavorable à la parturition; mais il y en a une autre qui est relativement favorable: c'est la hauteur moindre de la filière pelvienne en arrière. Ainsi l'exagération de la concavité verticale n'est pas rare. Quelquefois, au contraire, le sacrum devient rectiligne et sa hauteur peut atteindre jusqu'à 15 centimètres. Cette déformation ne peut se faire sans rétrécissement antéro-postérieur de la cavité pelvienne.

La direction de cette face varie, je l'ai déjà dit. Fréquemment elle se rapproche de l'horizontalité. Elle se comporte alors de deux façons bien différentes; ou bien elle est tout entière horizontale, ou bien les trois premières pièces sacrées seules affectent cette direction et les deux dernières avec le coccyx se recourbent brusquement en avant.

Le sacrum présente encore une déformation intéressante à signaler.

A l'état normal, sa face antérieure est, au niveau de ses deux premières pièces, concave verticalement et transversalement. Le rachitisme modifie cette disposition. Dans un premier degré le sacrum s'aplatit à l'endroit que je signale, et dans un degré plus avancé il devient convexe transversalement, ce qui est fréquent, et même verticalement, ce qui est plus rare.

Sur 13 bassins très déformés examinés dans le but d'observer ce détail, la convexité de la partie antérieure des deux premières pièces sacrées a été vue 8 fois. 5 fois l'état normal a été constaté.

L'explication de ce fait est facile à trouver. Le milieu du sacrum représente la clef de voûte de la demi-circonférence sacro-innominée qui transmet aux fémurs le poids du corps. Pendant le ramollissement rachitique la clef de voûte a cédé, elle a été déjetée en bas et a produit la convexité que je signale.

2° *Hauteur pectinéo-sciatique.* — A l'état normal elle est de 9 à 10 centimètres; elle diminue dans les bassins rachitiques, comme on peut le constater dans le premier tableau; elle descend même jusqu'à 65. Cette hauteur moindre a une conséquence spéciale favorable à la parturition: c'est l'évasement accentué de l'arcade pubienne qui livre ainsi plus aisément passage à la tête fœtale. La hauteur n'est pas toujours la même des deux côtés; elle peut être moindre de 1 centimètre. Cette différence notable imprime une forme spéciale au côté correspondant de l'arcade pubienne, qui est plus évasée et dont l'ischion descend moins bas.

Au moment de la parturition vulvaire le fœtus doit s'incliner de ce côté, parce qu'il y éprouve moins d'obstacle.

3° *Pubis.* — La hauteur du pubis est de 4 centimètres à l'état normal. Le rachitisme, en donnant aux os de la gracilité, la diminue quelquefois, mais peut l'augmenter aussi comme dans les cas de barrure du bassin. Je n'ai pas trouvé de pubis ayant plus de 4 centimètres; mais j'en ai noté de 25 millimètres. Il est à craindre en pareille circonstance que l'articulation soit faible et qu'une rupture de la symphyse ne survienne pendant une manœuvre obstétricale.

La direction de la surface pubienne interne suit évidemment les modifications du plan du détroit supérieur. Elle peut même servir à les reconnaître. En appliquant les doigts sur elle par le vagin on se rend compte approximativement de la direction du détroit supérieur, et cette notion peut être utile pour la direction des tractions avec le forceps.

Du reste, les organes génitaux externes qui sont attachés au pubis et à ses branches descendantes sont également un indice précieux.

La surface pubienne est modifiée dans le bassin cordiforme exagéré; elle devient alors d'une concavité si prononcée, qu'une boule bien inférieure à la tête fœtale en est à 3 ou 4 centimètres de distance.

On doit encore tenir compte, en étudiant la face postérieure du pubis, de l'angle qu'elle fait avec le plan du détroit supérieur. Cet angle à l'état normal est de 95 degrés environ. Il peut varier et nous verrons de quelle importance est ce fait pour la pelvimétrie.

Détroit inférieur. — Son importance est de beaucoup moindre que celle du détroit supérieur: celui-ci forme un anneau osseux continu et inflexible; celui là ne présente pas de continuité osseuse. Si l'on décrit la circonférence d'un plan partant de la pointe du coccyx et allant à la partie inférieure de la symphyse pubienne, on trouve: 1° la pointe du coccyx qui est mobile et susceptible de se renverser en arrière ou latéralement; 2° les ligaments sacro-sciatiques qui sont flexibles et qui sont entourés par des espaces remplis de parties molles peu résistantes; 3° sur les côtés, la surface quadrilatérale cotyloïdienne, au-dessous de l'épine sciatique; 4° plus en avant, la partie inférieure de trou sous-pubien; 5° en avant, la partie inférieure du pubis. Voilà véritablement le détroit inférieur, car au-dessous du plan inscrit dans cette circonférence la filière pelvienne n'existe plus. En avant il y a le vide de l'arcade pubienne; en arrière il y a le périnée dont la résistance n'est pas très considérable. Pour que la tête fœtale franchisse le bassin, elle ne trouve plus d'obstacle sérieux en avant et en arrière; elle n'en trouve qu'entre les ischions; là elle rencontre le diamètre bisciatique, diamètre qui est situé en avant du vrai diamètre transversal. Notons encore que les surfaces ischiatiques internes regardent plutôt en arrière qu'en avant; il n'y a donc pas entre elles un véritable diamètre, mais une distance bisciatique, utile à connaître, car si elle est trop petite, elle ne permet pas à la tête de se loger en partie sous l'arcade pubienne.

Une autre remarque importante, c'est de noter la disposition des faces internes des ischions dans les cas où les pubis sont devenus rectilignes. Ces faces deviennent postérieures et le fœtus passe derrière elles, comme dans les bassins des animaux où la parturition rétro-ischiatique est la règle. Toutefois il est juste de dire que dans ces cas l'arcade pubienne est plus évasée.

Ces réserves étant faites, examinons maintenant le détroit inférieur.

A. *Diamètres.* — Ils sont quelquefois peu en rapport, comme dimension, avec ceux du détroit supérieur. Dans la plupart des cas ils sont plus grands relativement. Les rétrécissements du détroit supérieur s'opèrent souvent par une bascule des os qui le forment. Le sacrum bascule en avant, de telle sorte que le promontoire se rapproche du pubis et le coccyx s'en éloigne. Ce fait s'observe fréquemment. Cette bascule s'opère aussi sur les faces latérales des os iliaques dans les bassins obliques ovalaires. L'ischion du côté où siège l'arrêt

de développement se rapproche de la pointe du coccyx et cause un rétrécissement du détroit inférieur. On observe aussi cette bascule dans les luxations congénitales de la hanche.

B. *Arcade pubienne*. — Cette ouverture est d'une haute importance, car une partie de la tête fœtale s'y dégage dès que la hauteur du pubis est franchie.

Une tête normale n'atteint pas le sommet de l'arcade pubienne dans un bassin normal; il y a habituellement un espace en haut qui reste vide pour protéger le canal de l'urèthre et le clitoris.

De telle sorte que la paroi pubienne qui est, en moyenne, de 4 centimètres, forme en réalité un obstacle qui est de 6 centimètres environ. On ne doit donc pas dire que la paroi antérieure du bassin a 4 centimètres, mais bien qu'elle en a 6; ce qui change singulièrement les conditions du mécanisme de l'accouchement.

Dans les cas de parallélisme des pubis, l'arcade pubienne est nulle; ses branches deviennent aussi parallèles, mais verticalement, et en pareille circonstance si l'accouchement pouvait s'exécuter, il se ferait tout entier rétro-ischiatique.

J'ai pris des mensurations sur des bassins normaux à cet égard et voici les chiffres obtenus: 5 centimètres et demi à 6 et demi de hauteur séparent la partie supérieure de la symphyse pubienne de la tête du fœtus. Dans les bassins rachitiques cette distance augmente beaucoup, et dans les cas de parallélisme des branches des arcades pubiennes elle peut atteindre 11 centimètres. On conçoit le trouble profond que cette disposition vicieuse apporte dans le mécanisme de la sortie du fœtus au détroit inférieur.

La hauteur de l'arcade pubienne est, à l'état normal, de 6 à 7 centimètres; dans certains bassins pathologiques cette hauteur diminue considérablement, elle est quelquefois de 2 centimètres seulement; c'est là un fait favorable à la parturition, car c'est un signe d'évasement plus prononcé de l'arcade. Au contraire, dans certains bassins avec parallélisme des branches pubiennes, la hauteur de l'arcade peut atteindre 10 cent.

Notons encore, en passant, une incurvation accentuée en avant des ischions dans certains bassins très déviés. Le trou obturateur devient alors ovalaire et vertical.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Injections sous-cutanées d'ergotine.

Au sujet d'un passage de notre dernier article sur ce sujet, M. Tanret veut bien nous rappeler que diverses préparations connues sous le nom d'*ergotine* ne sont que des extraits d'ergot et non des alcaloïdes. Nous le prions de croire que nous l'ignorions d'autant moins que les inventeurs de ces extraits l'ont dit eux-mêmes; mais dans le passage cité, le mot *alcaloïde*, appliqué à la substance découverte par M. Tanret comme à celles qui l'ont précédée, ne désignait dans notre pensée autre chose que le principe actif, quel qu'il soit, du seigle ergoté. C'est, du reste, par suite d'une faute typographique que le principe obtenu par M. Tanret a été désigné dans notre article par le nom d'ergotine, et non par celui d'*ergotinine*, qu'il lui a donné. Relativement au degré d'altérabilité de l'ergotinine, l'honorable chimiste veut bien nous écrire: « C'est simplement affaire de quelques précautions, que conseille l'expérience, et en effet, je conserve encore inaltérées des solutions d'ergotinine préparées au commencement du mois de février. » Nous n'avons été en ceci que l'écho de plaintes assez répandues, et bien connues de M. Tanret lui-même. Nous verrons d'ailleurs ce qui adviendra des échantillons qu'il a bien voulu nous remettre, et nous serions très heureux que le résultat vînt à l'appui de ses asserlions.

— Nous avons reçu au sujet du même article une autre lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

SUR LE CHOLÉRA DES POULES. *Études des conditions de la non-récidive de la maladie et de quelques autres de ses caractères;* par M. L. *Pasteur* (voy. *Gaz. hebd.*, 1879, n° 18, p. 282, et le présent numéro, p. 290 et 300).

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — M. *Milne Edwards* offre à l'Académie le quatorzième et dernier volume de son ouvrage intitulé: *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*. — Afin de rendre ce livre facile à consulter, il y sera joint une Table des matières très détaillée, qui paraîtra prochainement; mais, pour la préparation de cette table, l'intervention de l'auteur n'est pas indispensable, et, par conséquent, le travail auquel celui-ci a consacré les vingt-cinq dernières années peut être considéré comme terminé.

COMMISSION DU PRIX BARBIER. — MM. Gosselin, Vulpian, Chatin, Bussy, baron Larrey, réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui après eux ont obtenu le plus de voix, sont MM. Marey et Cosson.

SUR LES ANALOGIES QUI SEMBLENT EXISTER ENTRE LE CHOLÉRA DES POULES ET LA MALADIE DU SOMMEIL (NELAVANE). Note de M. *Talmy*. — L'auteur montre les analogies symptomatiques qui paraissent exister entre les deux maladies. Voici les principales.

« *Choléra des poules*. — L'animal est sans forces, chancelant, les ailes tombantes; une somnolence invincible l'accable; si on l'oblige à ouvrir les yeux, il paraît sortir d'un profond sommeil, et bientôt les paupières se referment; et le plus souvent la mort arrive sans que l'animal ait changé de place, après une muette agonie; c'est à peine si quelquefois il agite les ailes pendant quelques secondes. » (PASTEUR.)

« *Maladie du sommeil*. — Le malade tient les paupières à demi fermées, comme s'il ne pouvait plus les relever entièrement; il est pris à divers moments d'un besoin impérieux de dormir... Plus tard le malade dort continuellement; il faut l'éveiller pour le faire manger, ce qu'il paraît toujours faire avec plaisir si on l'éveille suffisamment. A ce moment les malades dorment dans les positions les plus diverses et les plus pénibles en apparence, mais dont aucune n'exige d'efforts musculaires; toujours le corps repose en entier sur le sol; ils s'éteignent ainsi progressivement, sans douleur, et sans qu'on puisse saisir le passage du sommeil à la mort. » (NICOLAS, *Gaz. hebd.*, 1861.)

« La maladie du sommeil n'existe que chez les nègres ou chez les mulâtres vivant de la vie des noirs. » (CHASSANIOL.)

L'auteur déduit de son étude les propositions suivantes:

1° La maladie du sommeil qui règne chez les noirs de la côte occidentale d'Afrique pourrait bien être une affection virulente (1).

2° La maladie du sommeil offre de frappantes analogies avec la maladie étudiée par Moritz, Perroncito et Toussaint, complètement élucidée par M. Pasteur, et qui porte le nom de *choléra des poules*.

3° A l'avenir, les médecins qui se trouveront en présence de cas de maladie du sommeil, soit à bord, soit à la côte d'Afrique ou dans nos colonies à nègres, ne devront pas négliger de s'enquérir de l'état de santé des poulets qui pourraient être consommés ou bien exister dans le voisinage. Cette étude devra être dirigée au point de vue de la recherche, soit du choléra des poules, soit de la diphthérite des volailles, soit de toute autre affection des gallinacés.

4° Au Sénégal, il sera également utile d'étudier les affections dont les chevaux et les ânes peuvent être atteints, là

(1) Voyez, à ce sujet, la note du P. Bosch qui parle de la transmission de la maladie par la salive, etc. (*Note ajoutée par M. Pasteur.*)

surtout où règne la maladie du sommeil dite *nélavane*. La même attention devra se porter sur les poissons de ce pays dont les ouïes offriraient quelque particularité du genre de celle signalée par le docteur Corre.

5° Il sera intéressant d'étudier l'affection papulo-vésiculeuse du nélavane au Sénégal et de tenter son inoculation sur des poules ou tous autres animaux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

L'Académie reçoit: *a*. Une lettre de M. le docteur Burq relative à l'*antisepticité du cuivre*. — *b*. L'état des vaccinations pratiquées au Mans par Mlle Poilpré.

M. *Jules Lefort* présente, au nom de M. le docteur Fridet, une note *sur les eaux de Royal*.

M. *de Villiers* présente: 1° au nom de M. le docteur Sagnier, un mémoire *sur le sevrage*; 2° au nom de M. le docteur Gibert, un *Bulletin statistique de la ville de Marseille*.

EAUX MINÉRALES. LE MERCURE DANS LA SOURCE DE SAINT-NECTAIRE. — Dans la séance du 23 avril 1878, M. *Jules Lefort* avait déjà lu un rapport longuement motivé, fait au nom de la commission des eaux minérales, rapport concluant à l'absence complète du mercure dans la source de Saint-Nectaire, contrairement à l'assertion de M. Garrigou.

A la suite de ce rapport, M. Garrigou a adressé à l'Académie une lettre où il affirmait de nouveau la présence du mercure dans cette source.

Dans le deuxième rapport présenté aujourd'hui au nom de la commission des eaux minérales, M. Lefort s'exprime ainsi : « Si le mercure existait hier *naturellement* dans l'eau de la source du rocher à Saint-Nectaire et s'y rencontre encore aujourd'hui, la chimie saura bien l'y découvrir. Or, depuis que ce débat a été porté devant l'Académie, la commission, dans l'espace de deux mois et demi, a analysé de l'eau recueillie à quatre époques très éloignées les unes des autres, et constamment les résultats ont été négatifs. On se demande maintenant à quoi aboutirait une nouvelle épreuve avec un cinquième puisement d'eau, si ce n'est à prolonger indéfiniment, sans profit pour la science, une situation incertaine pour le corps médical et dont les effets ne peuvent être que très préjudiciables à l'avenir de l'une de nos plus intéressantes stations thermales. »

Les conclusions de ce rapport ont été approuvées par l'Académie.

PRIX CAPURON. — M. *Devilliers* donne lecture d'un rapport dans lequel il expose les différents mérites des mémoires qui ont concouru pour le prix Capuron.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

VARIOLE INTRA-UTÉRINE. — Les cas de variole congénitale ne sont pas communs, c'est pourquoi M. *Depaul* a cru devoir en présenter un qui est exceptionnel.

Une femme âgée de trente-trois ans se présente à l'hôpital le 12 mars dernier; elle était enceinte et avait eu la variole quelques semaines auparavant, mais sans gravité, car elle n'en portait aucune trace.

Le 30 avril, elle a une fausse couche et expulse un enfant du sexe masculin pesant 820 grammes, et qui semblait mort depuis environ un mois. Cet enfant présentait tous les caractères cutanés d'une variole non confluente. Le placenta portait un grand nombre de villosités graisseuses, de sorte qu'on ne peut dire si c'est la maladie placentaire ou la variole qui a déterminé la mort. Le fait, du reste, importe peu; M. Depaul a simplement voulu appeler l'attention sur un fait exceptionnel.

M. *Blot* rappelle que dans un cas analogue la mère a pu servir de véhicule au virus variolique sans être atteinte elle-même. Il s'agissait d'une femme enceinte de cinq mois, qui avait été voir une de ses amies atteinte de variole; elle eut une fausse couche quelques jours après, vers le cinquième mois; le fœtus était couvert de pustules varioliques, tandis que la mère n'avait rien.

M. *de Villiers* dit avoir vu un cas semblable sur un enfant né à sept mois.

DE L'EXTENSION DE LA THÉORIE DES GERMES A L'ÉTIOLOGIE DE QUELQUES MALADIES COMMUNES. — Tel est le titre donné par M. *Pasteur* à une très intéressante communication dans laquelle il étudie les rapports directs qui peuvent exister entre la théorie des germes et l'étiologie d'un certain nombre d'affections.

Il s'agit d'abord des furoncles. L'auteur a obtenu du pus provenant de furoncles et a aussitôt ensemencé ce liquide; il a obtenu un petit organisme unique formé de petits points sphériques réunis par couples de deux grains.

Relativement à l'ostéomyélite, M. Pasteur a trouvé dans le pus osseux une grande quantité d'organismes pareils à ceux des furoncles, ce qui lui permet de dire que le cas d'ostéomyélite qu'il a examiné peut être considéré comme un furoncle de l'os.

En ce qui concerne la fièvre puerpérale, M. Pasteur a pu examiner plusieurs malades du service de M. Hervieux. Il a trouvé les lochies remplies d'organismes microscopiques de plusieurs sortes. Le sang, obtenu à l'aide d'une piqûre au doigt, contenait un organisme voisin de celui des furoncles, mais en différant assez pour pouvoir être distingué.

Des faits analogues ont été observés sur des malades du service de M. Raynaud à Lariboisière.

M. Pasteur explique la mort dans la fièvre puerpérale de la façon suivante: La blessure de l'utérus après l'accouchement a fourni comme à l'ordinaire du pus qui a donné asile aux germes; ceux-ci ont ensuite pénétré dans l'organisme par les lymphatiques.

M. Pasteur pense que la méthode antiseptique pourrait rendre de grands services en empêchant le développement de ces organismes morbides. L'acide phénique est, dans ce cas, très utile, mais il existe un autre antiseptique dont il est assez disposé à recommander l'usage, c'est l'acide borique en solution concentrée; cet agent est d'une complète innocuité sur les muqueuses, ce qui le rend précieux et permet de l'employer en injections dans la vessie.

Comme l'acide borique détruit complètement les germes de la fièvre puerpérale, M. Pasteur propose d'en appliquer des compresses sur les parties génitales des femmes récemment accouchées. C'est un point que l'orateur soumet à l'appréciation des médecins et des accoucheurs, et qui mérite certainement d'attirer l'attention.

MODIFICATIONS FONCTIONNELLES RÉSULTANT DE LA SECTION PARTIELLE DU TRIJUMEAU DANS LE CRANE. — M. le docteur *Laborde* fait une communication relative aux altérations de l'œil, déterminées expérimentalement par une section partielle du nerf trijumeau dans l'intérieur du crâne.

Ces altérations sont exclusivement attribuables à la lésion expérimentale de la branche ophthalmique.

Les modifications fonctionnelles consistent essentiellement en une insensibilisation de la cornée, répondant par son étendue à l'étendue de la lésion expérimentale; en une contraction relative de la pupille (myosis); et en un certain degré d'exophthalmie.

Les modifications organiques qui constituent le travail pathologique provoqué, sont caractérisées successivement par des troubles vasculo-dilatateurs (congestion inflammatoire) de la conjonctive oculaire; un épanchement purulent dans la chambre antérieure (hypopion); un travail ulcératif et une perforation consécutifs de la cornée; un processus de réparation cornéale laissant des opacités partielles ou taies, et

coïncidant avec la génération des fibres nerveuses impliquées par la lésion expérimentale, et le retour de la sensibilité cornéenne.

Il résulte de tout cela — point capital — que l'altération de la cornée n'est pas primitive, mais *consécutive;* et que, dans ces conditions, ce n'est pas aux influences, aux traumatismes extérieurs, qu'il faut attribuer les altérations produites; aussi n'est-il pas besoin, en ce cas, de prendre la précaution, réalisée par Snellen, d'abriter l'œil contre les influences, cette précaution n'empêchant en aucune façon la production de pus dans la chambre antérieure, et les altérations consécutives de la cornée.

On s'explique facilement, par la même raison, comment il se fait que cette altération de la cornée, étant consécutive à la suppuration de la chambre antérieure, fasse défaut lorsque, comme dans les expériences de Ranvier, les nerfs *seuls* de la cornée ont été lésés.

Enfin, sans vouloir donner aujourd'hui une interprétation définitive de ces phénomènes, nous ne pouvons nous empêcher, avec notre savant collaborateur Mathias Duval, de les rapprocher de ceux observés et signalés par Claude Bernard à la suite de l'extirpation du ganglion thoracique supérieur du grand sympathique, c'est-à-dire la production d'une *pleurésie purulente.* La chambre antérieure de l'œil est comparable, en effet, à plus d'un titre, à une séreuse; et les expériences précédentes montrent que la section des vaso-moteurs qui se distribuent à cette séreuse oculaire provoquent, de même que dans la plèvre, ce que nous pourrions appeler la *pleurésie purulente de la chambre antérieure.*

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement des fractures du coude. — Anesthésie par le bromure d'éthyle. — Dégagement du nerf radial droit enclavé dans un cal osseux. — Présentation d'un malade.

M. *Marjolin.* Que la fracture du coude soit sus-condylienne ou intra-articulaire, M. Marjolin n'applique pas d'appareil chez les enfants. Le petit malade entre à l'hôpital avec un coude tuméfié, ce qui oblige à faire le diagnostic d'avec la luxation du coude. Pendant les premiers jours, le bras est tenu dans la demi-flexion, et le coude est entouré de cataplasmes résolutifs. Quand le gonflement a disparu et que l'épanchement sanguin est résorbé, il s'agit de faire la coaptation. Le bras et le coude sont entourés d'une bande de flanelle et le bras est fixé à la poitrine par un bandage roulé. Tous les trois jours le malade prend un bain de bras, et au bout de quinze jours on commence les mouvements. M. Marjolin a été conduit à établir ainsi le traitement par la crainte de l'ankylose. Chez les enfants n'ayant pas dépassé quinze ans, il n'a jamais mis un véritable appareil pour une fracture du coude.

M. *Verneuil.* Dans cette discussion, les faits doivent l'emporter sur les impressions personnelles. Un médecin du département de l'Oise a amené à M. Verneuil un clerc de notaire âgé de vingt-huit ans, robuste, qui avait fait une chute de cheval; il en était résulté une luxation du coude traitée par la simple écharpe. Au bout de quelques jours, il survint du gonflement et de la douleur : cataplasmes; au quinzième jour on commença les mouvements, mais les douleurs furent tellement vives qu'on dut les cesser; au bout d'un mois, il y avait ankylose complète.

Ce matin se présenta à la Pitié une femme qui a eu une fracture du coude grave avec paralysie du nerf cubital; il resta une difformité en avant du pli du bras. Pendant un an et demi, on ne put imprimer des mouvements à l'avant-bras; peu à peu cependant la blessée retrouva l'intégrité de ses mouvements. Elle avait été traitée par l'écharpe.

M. Verneuil a dit que tous les quinze ou vingt ans on propose le traitement des fractures sans appareil; mais il n'accuse pas M. Lucas-Championnière de se lancer dans cette voie. Il l'attaque seulement sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Qu'un certain nombre de ces fractures puissent être traitées sans appareil, cela est vrai; mais quand la déformation est évidente, il faut un appareil. M. Lucas-Championnière a parlé d'une femme qui se fractura le radius; le bras fut mis dans une écharpe et il en résulta une ankylose du coude et de l'épaule; cela demande quelques détails complémentaires. N'est-ce pas une observation analogue à celle de M. Petit dans laquelle le malade fut pris de rhumatisme après son accident et d'ankylose consécutive au rhumatisme? Après les blessures des membres, il y a tant de causes qui peuvent conduire aux raideurs articulaires ou à l'ankylose, qu'il faut se garder d'accuser toujours l'immobilisation.

M. *Marjolin.* Chez un adulte, le traumatisme qui produit la fracture du coude est violent, chez les enfants le plus ordinairement c'est un choc léger. Ce que M. Marjolin a dit du traitement n'est donc pas applicable aux adultes. Le traitement doit varier suivant l'âge du sujet et la variété de la fracture.

M. *Després.* La première observation citée par M. Verneuil est un exemple d'arthrite venue à la suite d'une luxation. M. Després a vu une femme traitée par M. Lucas-Championnière pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius; on ne mit point d'appareil. Le résultat fut très défectueux. Ici, il faut un appareil, et celui de Nélaton est le meilleur.

M. *Trélat.* Il faudrait une grande quantité d'observations pour juger la question. M. Trélat ne peut pas comprendre qu'on n'admette pas que le repos et l'immobilisation sont des conditions favorables à la guérison des fractures. Il n'a jamais diagnostiqué une fracture sans que, à la suite, il ne se soit hâté d'assurer la coaptation par l'immobilisation. Si M. Després avait raison, il y aurait quelque chose d'incompréhensible dans ce fait que certaines fractures guérissent avec des appareils, et d'autres fois sans appareil. L'explication a été donnée par M. Marjolin; les enfants se fracturent le coude facilement; il n'y a que des avantages à immobiliser; l'appareil qui maintient les fragments immobiles jusqu'à la soudure molle des os; alors il n'y a presque plus besoin d'immobilisation. En ne laissant l'appareil que le temps nécessaire, on évite la raideur.

M. Verneuil dit que la meilleure thérapeutique préventive de l'arthrite qui complique les fractures articulaires, est l'immobilisation; M. Després dit que ce sont les cataplasmes. C'est qu'à une certaine période de la fracture on n'a plus besoin d'immobilisation. M. Trélat aurait à traiter un enfant de dix ans pour une fracture du coude non compliquée de luxation, il immobiliserait pendant quinze jours; le repos et l'immobilité sont la meilleure thérapeutique préventive des accidents inflammatoires qui peuvent compliquer une fracture.

M. *Lucas-Championnière.* Les fractures du radius avec déplacement doivent être traitées par les appareils: ce sont les cas rares; la plupart des fractures de l'extrémité inférieure du radius n'ont pas besoin d'appareil. Quant à la malade à laquelle M. Verneuil a fait allusion, c'était une femme de soixante-dix ans, ayant une fracture du radius avec un peu de déplacement; l'appareil fut laissé trop longtemps en place; il en résulta une raideur du poignet, du coude et de l'épaule beaucoup plus grave que la maladie primitive.

M. *Marc Sée* a été interne dans le service de Robert; avant ce chirurgien, on traitait les fractures du radius par deux longues attelles qui laissaient au malade ce que M. Hervez de

Chégoin a appelé *une main de justice*, une main presque ankylosée. Pour éviter cela, Robert ne mit plus d'appareil; mais il dut bientôt y revenir. Il prit une attelle palmaire allant jusqu'au métacarpe et une attelle dorsale encore moins longue; les résultats furent excellents.

— M. *Terrillon* a employé douze fois l'anesthésie par le bromure d'éthyle, afin de faire usage ensuite du thermo-cautère. Une plaque blanche indique le plus souvent que la peau est anesthésiée, et quand l'instrument ne dépassait pas cette plaque blanche, la douleur était nulle.

— M. *Delens* communique une observation de dégagement du nerf radial droit enclavé dans un cal de l'humérus. Un homme de trente-sept ans entre à l'hôpital, le 27 septembre 1879, pour une fracture du tiers supérieur de l'humérus droit; le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré. Le 6 novembre le cal était solide. On constata une paralysie complète du nerf radial; anesthésie incomplète. Quinze jours plus tard, M. Delens résolut de désenclaver le nerf pris dans le cal.

Opération le 24 novembre. Le nerf disparaissait dans l'intérieur du cal sur une étendue de 18 millimètres; le canal était aux trois quarts osseux, complété par une bande fibreuse. Ce nerf avait perdu de son volume et il était incrusté d'aiguilles osseuses qu'il fallut enlever avec des ciseaux; alors le nerf radial fut réduit à la moitié de son volume ordinaire. L'amélioration fut très lente; le 23 mars dernier il restait une notable paralysie des muscles.

— M. *Larget* présente un malade qu'il croit atteint de myôme ou de hernie musculaire (M. Farabeuf, rapporteur).

LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. A. MOREAU.

Un cas d'imperforation de la vulve : M. Dumontpallier. — Développement des poissons osseux : M. Henneguy. — Lésions trophiques de l'œil consécutives à la section du nerf ophthalmique : MM. Laborde et Mathias Duval. — Quelques détails sur la structure de l'amphioxus : M. Pouchet. — La goutte : M. Delaunay.

— M. *Dumontpallier* présente les organes génitaux internes d'une femme dont la vulve était imperforée. Les ovaires, les trompes, l'utérus même, quoique un peu volumineux, paraissent extérieurement sains; mais la cavité du corps de l'utérus ne communique pas avec celle du col; l'orifice interne de celui-ci est absolument oblitéré. L'orifice externe du col communique normalement avec le vagin, lequel se termine inférieurement par un cul-de-sac, adossé au cul-de-sac imperforé que forme la vulve. Il aurait fallu établir artificiellement deux orifices pour reconstituer complètement les voies génitales. Peut-être le simple débridement de la vulve, en faisant communiquer la cavité cervicale avec l'extérieur, eût-il permis l'établissement des règles. La malade présentait à chaque mois des symptômes de pelvi-péritonite; la cavité utérine ne contenait pas trace de sang.

— M. *Henneguy*, en pratiquant des coupes sur des germes de truite durcis par l'acide osmique, a vu que les bords du blastoderme se recourbent au-dessous du germe et pénètrent dans la cavité germinative pour former le feuillet moyen. Une fente linéaire sépare le feuillet externe du feuillet moyen et s'arrête à quelque distance du bord arrondi du germe; elle n'est pas visible sur les œufs durcis par l'acide chromique et est alors remplacée par une simple ligne de démarcation entre les deux couches. La réflexion du blastoderme est visible à l'état frais dans l'œuf de la perche. Le feuillet interne vient du *parablaste*, couche protoplasmique nucléée, située au-dessous du germe.

Dans la partie postérieure de très jeunes embryons de truite, M. Henneguy a constaté la présence d'une vésicule qui lui paraît être identique à celle que Kupffer a décrite chez l'épinoche. Il n'a pu voir de canal de communication entre cette vésicule et la surface dorsale de l'embryon; mais chez la perche, on trouve, au-dessus de la même vésicule, un orifice qui pourrait être celui du canal d'invagination de la vésicule, comme l'a indiqué Kupffer. Ce canal ne doit pas être confondu avec celui qui s'observe en arrière de l'embryon au moment de la fermeture du blastoderme; chez la truite, ce dernier canal ne se forme qu'après la disparition de la vésicule de Kupffer; chez la perche, au contraire, il en précède l'apparition.

M. *Balbiani*, d'accord avec Balfour et Rauber, considère la vésicule de Kupffer comme une sorte d'intestin primitif, et son orifice extérieur comme l'homologue de l'anus de Rusconi. Quant au canal de fermeture du blastoderme, il le regarde comme un *blastopore* ou comme la bouche de la *gastrula*. Chez les batraciens, le blastopore et l'anus de Rusconi se confondent; chez les poissons, ces deux orifices sont distincts.

— M. *Laborde* présente un lapin dont il a sectionné la cinquième paire par un procédé déjà communiqué à la Société. La branche ophthalmique a été seule coupée; la conjonctive et la cornée du côté correspondant sont devenues insensibles, et il s'est produit des lésions trophiques consistant en véritable hypopyon sans que la cornée soit positivement atteinte. D'autres faits ont montré à M. Laborde que les ulcérations cornéennes sont, dans tous ces cas, consécutives à l'épanchement purulent de la chambre antérieure. C'est un processus analogue à celui que Cl. Bernard a constaté lorsqu'une pleurésie purulente suivait l'extirpation du ganglion cervical inférieur. Ces lésions se produisent du huitième au treizième jour; un lapin, que présente M. Laborde et dont la racine du trijumeau a été sectionnée dans le bulbe, il y a quatre jours, n'a pas encore de lésion cornéenne. (Voy. pour plus de développements la séance de l'*Académie de médecine*, p. 300.)

M. *Poncet*. La section de la branche ophthalmique et les accidents signalés par M. Laborde du côté de la chambre antérieure, se rapportent aussi, d'une façon incomplète, il est vrai, à une opération mise en honneur par M. Boucheron, à l'*énervation*. Il y a cinq ans, M. Boucheron m'avait donné à examiner un œil de chien qu'il avait énervé, et sur cet œil, sain en apparence, j'ai trouvé des altérations profondes de la choroïde, de la rétine et du corps vitré. La choroïde perd son épithélium, la rétine est infiltrée de pigment, le corps vitré s'organise et se ratatine. C'est le processus atrophique de l'œil.

Pour moi, les troubles que rencontre aujourd'hui M. Laborde sont de même genre; c'est une irido-cyclite, une lésion choroïdienne.

Il en résulte que l'*énervation* de l'œil, dont quelques opérateurs déjà se sont plaint, si elle arrête à peu près certainement l'iritis sympathique, ne doit pas être considérée comme mettant tout à fait à l'abri de l'atrophie du globe malade. Il y a plus : les nerfs ciliaires coupés paraissent se régénérer et rétablir la sensibilité. Quant à la cornée, supportera-t-elle mieux sa coque artificielle? Non. Les cornées insensibles sont disposées aux ulcères par le moindre traumatisme. En somme, la nouvelle expérience de M. Laborde démontre bien ce qu'il fallait redouter pour l'*énervation :* L'existence de lésions profondes de l'œil après la section de la branche ophthalmique, et à plus forte raison, après celle des nerfs ciliaires.

M. *Mathias Duval* confirme, par des recherches histologiques, les faits énoncés par M. Laborde. Des yeux pris sur des animaux dont le trijumeau était sectionné depuis huit jours ont la cornée intacte et la chambre antérieure pleine d'un

magma purulent; à partir de ce jour, on voit, sur des yeux recueillis dans les mêmes conditions, que la cornée s'altère de dedans en dehors; ses lésions sont manifestement consécutives. La chute du pigment choroïdien dans le corps vitré est-elle, comme le pense M. Poncet, le point de départ des lésions trophiques de l'œil? M. Mathias Duval n'a pas élucidé cette question.

— M. *G. Pouchet.* La présence de noyaux dans la corde dorsale de l'amphioxus, contestée par M. Renaut, et admise par Kowaleski, est facile à constater, si au lieu de rechercher ces noyaux vers le milieu de la corde dorsale on les recherche à l'extrémité postérieure. La structure du tissu cellulaire de cet animal, déjà remarquée par M. de Quatrefages, est des plus singulières, grâce à des canaux qui ne communiquent pas avec le système vasculaire sanguin. Ces cavités sont, pour M. Pouchet, des cavités séreuses ou lymphatiques; elles donnent au tissu cellulaire de l'amphioxus un aspect assez semblable à celui du tissu cornéen des poissons.

— M. *Delaunay*, poursuivant l'application de sa méthode aux recherches pathologiques, a étudié la goutte. D'après lui, la goutte est une maladie propre aux nations civilisées, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, chez les individus vigoureux et intelligents que chez les sujets débiles et incapables. Elle frappe surtout le côté droit et les organes dont le fonctionnement est le plus actif; elle présente un certain antagonisme avec la phthisie; elle est, en un mot, en raison directe de la nutrition et de l'évolution. Aussi, les conditions hygiéniques qui ralentissent la nutrition sont-elles favorables à son traitement; les goutteux mis en prison guérissent en un an.

X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Injection intra-veineuse de lait de femme par M. Jos. W. Howe.

L'observation suivante, qu'on trouvera détaillée dans le mémoire original, semble de nature à calmer l'enthousiasme étrange avec lequel quelques praticiens étrangers ont accueilli l'idée d'injecter du lait dans les veines. L'auteur considère, hâtons-nous de le dire, l'opération comme dangereuse et comme incapable de soutenir la comparaison avec la transfusion du sang.

Une jeune femme, atteinte de carie costo-vertébrale, présentait de vastes abcès et était épuisée par la suppuration et la diarrhée. On décida de pratiquer sur elle une injection intra-veineuse de lait de femme. A peine une demi-once de lait eût-elle été poussée par la veine ciphatique, que le pouls s'éleva de 126 à 150, la respiration de 22 à 30, et la malade se plaignit de violentes douleurs dans les membres. Après une seconde injection d'une demi-once, les mouvements respiratoires deviennent laborieux et irréguliers, le pouls intermittent et presque imperceptible. On suspendit quelques instants l'injection, et quand ces symptômes alarmants se furent dissipés, une once de lait fut lentement injectée; cette fois, la respiration s'arrêta complètement et le pouls devint imperceptible au doigt. C'est à grand' peine qu'on parvint, avec la respiration artificielle, à ramener les mouvements respiratoires.

L'auteur ajoute : « L'effet de l'injection de lait fut si marqué et si soudain, et la prostration si complète, que tous ceux qui assistaient à l'opération attendaient la terminaison fatale... »

La femme n'en mourut pas, cependant; du moins elle ne succomba que dix jours après « sans lésions qu'on pût rapporter à l'injection intra-veineuse de lait ». (*The New-York med. Journal*, avril 1880.)

Influence des affections des reins sur la formation de l'acide hippurique, par MM. Jaarsveld et Stokvis.

L'élimination par l'urine, sous la forme d'acide hippurique, de l'acide benzoïque introduit dans l'économie et l'albuminurie offrent entre elles un rapport inverse; dans la néphrite parenchymateuse, point d'acide hippurique dans l'urine après ingestion d'acide benzoïque; un peu dans le rein amyloïde; élimination normale dans le rein contracté. Le lieu de formation de l'acide hippurique paraît être non seulement le rein (puisqu'une maladie des reins ou leur extirpation en limite singulièrement la formation, et qu'après la ligature des artères l'acide benzoïque se retrouve, pour ainsi dire, comme acide hippurique dans les sérosités des cavités de l'organisme), mais encore le foie et peut-être aussi les muscles. Chez les lapins, il ne paraîtrait pas y avoir une quantité suffisante de glycocolle, dans leur organisme, pour la transformation de l'acide benzoïque en acide hippurique. L'acide hippurique, directement introduit, n'est pas ordinairement détruit dans l'organisme; il peut l'être cependant dans les affections rénales, mais alors celles-ci n'en paraissent pas responsables; il n'y a pas de corrélation entre le degré d'albuminurie et la quantité d'acide hippurique détruite. Si chez les lapins le glycocolle manque pour la transformation de l'acide benzoïque en acide hippurique, d'autre part, chez eux, il se détruit à l'état normal un tiers environ de la quantité d'acide hippurique expérimentalement introduite par l'estomac. (*Arch. f. experim. Path.*, X, p. 268, et *Lyon médical*, janvier 1880.)

Traitement des hémorrhoïdes par la glycérine, par le docteur David Young.

Pour les *hémorrhoïdes externes* enflammées, l'auteur fait baigner la région malade dans de l'eau aussi chaude que peut la supporter le patient et la frotte avec du savon de Castille; puis appliquer un mélange de pommade au tannin opiacée et d'extrait de belladone. Répéter ce traitement toutes les trois ou quatre heures tant que persiste la douleur.

Pour les *hémorrhoïdes internes*, deux indications se présentent : 1° diminuer la congestion du système porte (usage prudent des stimulants du foie, podophylline, évonyme, mercure); 2° combattre l'irritation. Cette indication est parfaitement remplie par la glycérine sargo, employée deux fois par jour à la dose d'une petite cuillerée à l'intérieur. Elle constipe légèrement. L'auteur neutralise cet effet en faisant prendre le soir une poudre composée de : soufre, 60 centigrammes; sulfate de potasse, 60 centigrammes; — ou une pilule faite avec : bichlorure de mercure, 2 milligrammes; strychnine, 2 milligrammes; extrait de belladone, 20 milligrammes; bisulfate de quinine, 60 milligrammes; extrait d'aloès, 30 milligrammes.

L'auteur recommande une grande propreté, et pour cela de faire usage d'une éponge imbibée d'eau fraîche ou tiède après chaque évacuation. (*Practitioner*, octobre 1879.)

Du soufre précipité employé dans le traitement local de la diphthérie, par le docteur Z. Erskine Stuart.

L'auteur mélange le soufre avec un peu d'eau, de manière à en former une pâte qu'il porte à l'aide d'un pinceau sur le point malade; il le préfère au benzoate de soude. Dans six cas, succès complet, le nombre des visites faites au malade ayant été en moyenne de deux à cinq. L'auteur a réussi, dans des cas extrêmement graves, après l'échec du perchlorure de fer, du chlorate de potasse, de l'acide sulfureux. (*The Practit.*, octobre 1879.)

De la valeur thérapeutique des inhalations de benzoate de soude dans la phthisie, par le docteur SCHNITZLER.

L'auteur s'est proposé d'étudier la question de la pénétration des liquides pulvérisés dans la profondeur des voies respiratoires; on ne pourra, dit-il, parler d'une action thérapeutique des inhalations dans la phthisie que si cette question est résolue par l'affirmative.

Les recherches de Schnitzler ont porté sur un grand nombre de patients qui inhalaient, au moyen d'un appareil à vapeur de Siégel ou du pulvérisateur de l'auteur, d'abord une solution de tannin à 1 p. 100 pendant une demi-heure, et ensuite une solution de perchlorure de fer à 1/2 p. 100 pendant un temps égal. A l'examen laryngoscopique, on trouva la langue complètement noire; le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, de même que la muqueuse des joues, étaient colorés d'une manière assez intense; l'épiglotte ne présentait, par contre, que quelques fortes lignes noires; aux cartilages arythénoïdiens et aux replis ary-épiglottiques, aux ventricules de la glotte et aux cordes vocales, on ne distinguait que quelques points noirs isolés, dont avec peine on n'apercevait plus que quelques-uns dans la trachée.

D'après ces données, c'est à peine s'il peut pénétrer quelque chose dans les bronches.

On obtient les mêmes résultats au moyen d'une solution de benzoate de soude à 5 p. 100 colorée par quelques gouttes d'aniline; la coloration bleue ou verte de la muqueuse devait permettre de reconnaître jusqu'où pénétrait le liquide pulvérisé. Si les merveilleux résultats attribués au benzoate de soude, dans la phthisie, ne dépendent pas d'une illusion, on doit admettre que, par la chaleur, il se développe des vapeurs de benzoate de soude, qui parviennent alors en tous cas dans la profondeur des voies respiratoires, et déterminent une amélioration du catarrhe des bronches (ce que beaucoup de médecins tiennent déjà pour la guérison de la phthisie).

Si dans les inhalations dont il s'agit, l'acide benzoïque volatil est seul actif, il serait plus logique de l'employer directement, puisque du benzoate de soude pulvérisé rien n'arrive dans les voies aériennes profondes. Mais si l'on attend de ce médicament une action curative spéciale, il serait préférable de l'administrer à l'intérieur, et l'on obtiendrait alors les mêmes résultats au moyen d'une dose bien plus faible.

Schnitzler conclut en recommandant comme traitement antiparasitaire de la phthisie les inhalations et les injections sous-cutanées d'acide phénique, traitement qu'il emploie depuis trois ans déjà avec des résultats relativement très favorables. (*Archives méd. belges*, décembre 1879.)

Des reins migrateurs et de leur traitement chirurgical, par le docteur KEPPLER.

L'auteur insiste sur leur gravité possible: les douleurs qu'ils déterminent peuvent causer la mort. Dans deux cas mortels, l'autopsie ne fit découvrir nulle autre cause de mort. L'extirpation du rein est donc indiquée ici; Simon en a déjà démontré l'innocuité; A. Martin a enlevé deux fois un rein flottant avec succès; les douleurs ont disparu. — Opération : toutes précautions antiseptiques étant prises, inciser sur la ligne ombilicale, aller à la recherche du rein mobile, inciser le revêtement péritonéal du rein, l'en énucléer, lier plusieurs fois le paquet vasculaire. — Causes du rein flottant : mouvements du corps violents, amaigrissement général, disparition de l'atmosphère rénale graisseuse après le typhus, douleurs intenses pendant l'accouchement. Toujours le rein déplacé a été le droit. Symptômes subjectifs : 1° troubles digestifs, constipation opiniâtre; 2° névralgies variées. Comme symptômes objectifs, l'auteur n'a jamais observé ni dépression de la région lombaire, ni différence dans les résultats de la percussion; c'est seulement par la palpation que l'on constate le point occupé par le rein ambulant et qu'on en limite les bords. (*Langenbeck's Arch.*, XXIII, et *Lyon médical*, janvier 1880.)

Étude sur la résection de l'articulation du coude, par le docteur HOHNER.

L'auteur donne la relation détaillée de 12 résections du coude, le total des opérations de l'espèce exécutées dans sa clinique à l'hôpital communal de Copenhague, depuis l'automne de 1867.

Dans la majorité de ces cas, les observations ont été poursuivies au delà du séjour à l'hôpital. Les résultats peuvent être considérés comme définitifs pour 6 cas, autant qu'il est possible d'en juger du fait que des recherches sur l'état des malades ont eu lieu respectivement six, six, cinq et demi, quatre et demi, quatre et trois ans après l'opération. 2 cas ont été perdus de vue après la sortie de l'hôpital; mais, dans ces 2 cas, il s'était passé six mois après l'opération. 1 cas est encore sans observation, sept mois après la résection (lésion du coude guérie, mais le malade garde l'hôpital pour une coxite). Les résultats ont été : 7 guérisons complètes; 2 guérisons incomplètes, les malades étant sortis avec des fistules suppurantes et des affections osseuses; suivant les derniers renseignements, l'un de ces malades est mort de phthisie pulmonaire quatre ans après l'opération; enfin 3 décès.

9 résections ont eu lieu pour des processus fongueux et carieux de l'articulation, 1 pour luxation irréductible invétérée dans le sens de l'extension, 2 pour lésions traumatiques (fracture comminutive compliquée de l'extrémité inférieure de l'humérus, avec ouverture de l'articulation). 9 ont été totales, 3 partielles (savoir les 2 traumatiques et 1 excision de la tête carieuse du radius). Des décès, l'un a eu lieu par suite du délire alcoolique, quelques jours après la lésion qui exigea la résection; l'autre a été dû à la tuberculose cérébrale, quatre mois après la résection, tandis que la plaie de l'opération était en bonne voie de guérison; le troisième, à l'érysipèle et à la pyémie après la guérison de la plaie d'opération, à l'exception d'une petite granulation superficielle. L'auteur s'occupe principalement, dans son mémoire, des résultats fonctionnels qu'il communique dans tous leurs détails. L'ankylose ne se présenta dans aucune des guérisons complètes. Dans 2 cas, la mobilité était très restreinte (l'un était une excision partielle de la tête du radius, avec mobilité très restreinte de l'articulation avant la résection; l'autre, une résection totale chez un enfant). Dans 4 cas, l'auteur obtint une mobilité et une faculté de fonctionnement de l'articulation réséquée qui se rapprochaient tellement de l'état normal, que le sujet se vit à même d'exécuter tous les travaux faciles ou difficiles appartenant à ses occupations précédentes.

Dans 1 cas, une résection primaire très étendue de l'extrémité inférieure de l'humérus fracturée en éclats, il survint une articulation ballottante active, mais avec une excellente fonction du bras à l'aide du bandage à attelles, de sorte que le malade pouvait se livrer à l'exercice de son métier de charpentier. Dans les 2 cas de guérison incomplète (l'un avec réexcision), le résultat fut une articulation ballottante passive, mais la fonction de la main restait. Dans aucun des cas le résultat ne s'est modifié en mal avec le temps; il s'est, au contraire, amélioré dans tous. (*Nordiskt med. Ark.*, Band IX, n° 28, 1879.)

Travaux à consulter.

ENCHONDROME DU COL UTÉRIN, par M. REIN. — La tumeur doit porter plus exactement le nom de *myxome enchondromateux papillaire*, vu qu'elle se composait de parties dures (cartilage hyalin) et de parties molles semblables à la gélatine de Wharton. Le cas serait unique dans la science. (*Arch. für Gynæk.*, t. XV.)

L'URÉTHROSCOPE DE NITZE-LEITER, par M. OBERLÆNDER. — Cet instrument, qui a fait sensation en Allemagne, se rapproche de celui qui a été construit par Trouvé pour éclairer les cavités (buccale et stomacale); mais il en diffère par l'adjonction d'un rafraîchisseur (courant continu d'eau froide destiné à empêcher l'élévation de la température au sein de la vessie ou du canal uréthral). Les tissus ne sont pas non plus examinés par transparence, mais bien directement à travers un appareil optique grossissant. Les opinions sur l'utilité de cet ingénieux appareil sont fort partagées. (*Berl. klin. Woch.* 1879, n° 48.)

NOUVEAU MOYEN DE DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS LATENTE, par M. H. KÖBNER. — Il y a deux ans, Tarnowsky (de Saint-Pétersbourg) publiait un mémoire dans lequel il érigeait en loi ce fait bien connu, que chez des syphilitiques une irritation quelconque de la peau peut donner naissance à des lésions spécifiques. Il proposait, en conséquence, l'emploi de *cautérisations provocatrices* pour reconnaître certaines syphilis latentes, surtout les formes viscérales. Köbner a répété ces expériences sans succès : il pense que le fait qui a donné naissance à cette théorie doit être plus rare qu'on ne l'admet généralement. (*Berl. klin. Woch.* 1879, n° 51.)

UN CAS D'EXOSTOSE CARTILAGINEUSE MULTIPLE, par M. HENKING. — Observation très remarquable d'une affection rare. Presque tous les os étaient atteints d'exostoses de longueurs diverses, généralement symétriques, composées d'une substance spongieuse recouverte d'un cartilage hyalin. Des cas de ce genre ont déjà été publiés, et l'on en trouvera dans le mémoire l'indication bibliographique. Affection à séparer nettement des exostoses vulgaires des tendons et ligaments. (*Archives de Virch.*, t. LXXVII.)

TRAITEMENT DES SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES, par M. KÖHNHORN. — A employer dans les cas graves. Saupoudrer le corps, surtout la poitrine, de la poudre suivante (réglementaire dans l'armée prussienne contre la sueur des pieds) : acide salicyl., 3; amidon, 10; talc, 87. (*Berl. klin. Woch.* 1880, n° 1.)

UN CAS DE CARCINOME DIFFUS DE LA PEAU, par M. RŒSELER. — Observé chez une femme de cinquante ans. Remarquable : 1° par la multiplicité des noyaux cancéreux, toute la surface cutanée ressemblant à une carte en relief d'une région montagneuse ; 2° par sa marche extrêmement rapide ; 3° par la limitation des lésions à la peau : tous les organes sains, à l'exception de l'estomac, qui présente une petite ulcération de nature nettement cancéreuse, mais qui paraît récente (?). (*Virchow's Archiv*, t. LXXV.)

DE L'ÉTIOLOGIE DU RACHITISME, par M. SEEMANN. — Lorsque l'on analyse les urines des enfants rachitiques, on constate que la proportion des sels de chaux est bien au-dessous de celle qui est contenue dans les urines d'un enfant bien portant. Si l'on analyse le lait des mères, on trouve que les mêmes sels y sont en quantité suffisante. Ce n'est donc ni la déperdition, ni l'apport insuffisant des sels de chaux qui peut expliquer leur absence dans les os. Seemann pense que les sels ingérés ne sont pas absorbés dans les voies digestives. Il existe chez les rachitiques un vice de la digestion qui consiste essentiellement dans la production insuffisante d'acide chlorhydrique (suite de la prédominance des sels de potasse dans l'alimentation). (*Virchow's Archiv*, t. LXXVII.)

SYMPTÔMES LARYNGOSCOPIQUES DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES, par M. LOMIKOWSKY. — « Le malade prononçant les lettres *e* et *i*, on constatait au laryngoscope une vibration continue des cordes vocales, ce qui était surtout évident lorsque l'on recommandait de renforcer le son *i*. Phénomène attribué à un désordre de coordination des muscles phonateurs. (*Berl. klin. Woch.* 1879, n° 41.)

RECHERCHES CLINIQUES SUR UN CAS DE FISSURE CONGÉNITALE DU STERNUM, par M. PENZOLDT. — Mouvements du poumon et bruit respiratoire dans la fissure. Mouvements du cœur. Pouls aortique (direct et indirect). Influence de la respiration sur le pouls (fréquence et forme). Vibrations thoraciques. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXIV.)

UN CAS DE PNEUMONIE ÉPHÉMÈRE, par M. WEIL. — La température a été prise de deux heures en deux heures; la courbe indique une durée de vingt-huit heures pour une pneumonie non douteuse. De pareils faits sont rares, si l'on en juge d'après le silence des auteurs classiques. Les seules observations comparables à celles de l'auteur ont été rapportées par Leube. (*Berl. klin. Woch.* 1879, p. 45.)

DE LA VACCINATION INTRAUTÉRINE, par M. BURCKHARDT. — Est-il possible, en vaccinant une femme enceinte, de conférer à l'enfant l'immunité contre la vaccine? — Oui, répond l'auteur, avec réserve toutefois, vu le petit nombre de faits observés. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV.)

RECHERCHES SUR LA PELADE, par M. EICHHORST. — Conclusion : « Il existe *une forme* de pelade de nature parasitaire. » Pour comprendre cela, il faut se rappeler qu'en Allemagne on n'admet pas l'existence de parasites dans cette affection. Eichhorst cependant les a rencontrés dans un cas, et sa description concorde à peu de chose près avec ce que l'on admet en France. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVIII.)

BIBLIOGRAPHIE

Experimental Researches on the Regional temperature of the Head, under conditions of rest, intellectual activity and emotion (*Recherches expérimentales sur la température régionale de la tête dans l'état de repos, d'activité intellectuelle et d'émotion*), by J. S. LOMBARD, in-8. — H. Lévis, London, 1879.

Dès l'année 1866, l'auteur a appliqué un appareil thermo-électrique d'une sensibilité extrême à l'étude comparative de la chaleur dans divers points du corps. Les premières expériences de M. Lombard ont été d'abord publiées en Amérique et dans les *Archives de physiologie* (t. I, juin 1868, n° 4), et les conclusions qu'il en a déduites, concernant l'élévation de température de la tête dans le travail intellectuel et pendant les émotions, ont été traduites par M. Brown-Séquard dans les *Archives de physiologie* (septembre 1868). Depuis ces premières publications M. Lombard a continué ses travaux, et ceux-ci ne sont pas seulement intéressants parce qu'ils présentent des résultats plus multipliés et plus complexes, mais aussi parce que des travaux analogues ont attiré l'attention sur l'exploration de la température locale en physiologie, en clinique, en anthropologie; nous pourrions même ajouter en psychologie. Il est à peine besoin de rappeler à ce sujet les recherches de Moritz Schiff sur l'échauffement des nerfs et des centres nerveux à la suite des irritations sensorielles et sensitives, qui ont été faites pour ainsi dire en même temps que celles de Lombard, et commencées sans que les deux physiologistes connussent leurs expériences réciproques, les expériences de Hammond sur la température de la tête (1875), celles plus récentes de Broca, de Paul Bert, enfin les essais cliniques de Seguin et Gray en Amérique, de Peter en France, pour ne citer que les principaux promoteurs de ces études. Ce qui distingue les recherches de M. Lombard, c'est à la fois leur nombre considérable et la précision dans les procédés d'expérimentation.

Nous n'insisterons pas sur la partie technique de cet ouvrage, à laquelle l'auteur consacre plusieurs chapitres, parce que, d'une part, il est impossible de résumer brièvement cet exposé des difficultés pratiques de la thermométrie thermo-électrique, et que d'autre part on trouvera une description complète et la figure de l'appareil dans les *Archives de physiologie* (t. I, juin 1868, n° 4, p. 498); cependant ces chapitres renferment des indications très importantes sur la

partie physico-chimique des procédés employés, sur leurs causes d'erreur et leur difficulté d'application; nous rappellerons seulement que l'appareil thermo-électrique de M. Lombard permet de mesurer une différence de 1/2000e de degré centigrade, soit 0°,0005 centigrades.

Cette délicatesse de l'instrument rend nécessaire la plus grande attention dans les observations, et l'on comprendra combien ont dû être multipliées les observations en parcourant ces tableaux qui comportent plus de 8000 mensurations; en effet, il est moins facile qu'on ne le pourrait croire, de mesurer la température locale, parce qu'une des premières difficultés est de bien examiner les parties symétriques, et de pouvoir spécifier rigoureusement la position du point observé par rapport à une topographie exacte de la surface du crâne. Voici comment M. Lombard a procédé : il a divisé le crâne en trois régions, l'une antérieure, l'autre moyenne, la troisième postérieure; la première région est limitée ainsi qu'il suit : latéralement par une ligne élevée des deux côtés de l'angle formé par les apophyses frontale et zygomatique de l'os malaire dans une direction parallèle au plan du front; la limite inférieure est formée par une ligne passant le long des arcades sourcilières et rejoignant les os malaires à l'origine de la limite latérale; en résumé la région antérieure répond à cette partie du crâne qui serait comprise entre deux sections, l'une transversale et passant par les sourcils et l'angle des apophyses malaires, l'autre verticale, parallèle au front et passant par l'angle formé par les apophyses frontale et zygomatique de l'os malaire. La région moyenne est comprise entre cette limite supérieure de la région frontale et une ligne postérieure passant sur le sommet de la tête, unissant les extrémités des apophyses mastoïdiennes; enfin la limite inférieure s'étend du bord supérieur de l'apophyse zygomatique, passe sous les oreilles et rejoint les apophyses mastoïdes. La région postérieure a pour limite antérieure la ligne verticale bi-mastoïdienne, inférieurement elle est bornée par une ligne étendue du bord postérieur des apophyses mastoïdes à la ligne courbe occipitale.

Enfin, une ligne passant par la partie médiane du crâne, du nez à l'occiput, partage chaque région en deux parties symétriques, l'une droite, l'autre gauche.

Pour mieux faire comprendre les divisions, nous prendrons la liberté de désigner l'antérieure sous le nom de région frontale, la moyenne sous celui de région temporo-pariétale, et la postérieure sous celui de région occipitale. Mais ces divisions générales ne suffisant pas, chacune d'elles a été partagée en un grand nombre de surfaces carrées obtenues de la manière suivante : des lignes équidistantes, tracées horizontalement, circonscrivent des rangées ou *Tier*, et des lignes tracées verticalement circonscrivent des *Districts*. Il y a donc 5 districts pour chaque région et 6 ou 7 *Tier*, c'est-à-dire que toute la surface se trouve divisée en carrés : 30 pour chaque côté des régions antérieure et postérieure, 35 dans chaque côté de la région moyenne. C'est ainsi qu'on peut figurer en tableaux la surface de chaque région crânienne, chaque division pouvant être numérotée.

Nous avons dû insister sur cette disposition parce qu'elle peut seule faire comprendre les résultats obtenus; nous ajouterons qu'elle permettra de se rendre compte de la situation réelle des parties examinées par rapport aux parties contenues dans le cerveau. M. Lombard, pour faciliter ces recherches, donne dans une figure imitée de celle de M. Bitot cette concordance d'une manière approximative : c'est ainsi que nous voyons que la troisième circonvolution frontale répond aux cinquième *District* et deuxième *Tier* de la région antérieure, et que le sillon de Rolando a son origine aux deuxième *District* et cinquième *Tier* de la région moyenne.

M. Lombard s'est donné la tâche de mesurer comparativement la température de toutes ces surfaces, et il a choisi trois hommes et trois femmes comme sujets d'observation; il préférait d'ailleurs examiner ainsi quelques types choisis, plutôt que de multiplier les sujets d'observation. Nous ne pouvons examiner en détail les conclusions de ses recherches qui, sous la forme même de tableaux et de diagrammes, sont un sujet d'étude qui semblera ardu à première vue, mais qui contient les matériaux indispensables de l'œuvre; nous devons nous borner à exposer quelques-unes des conclusions les plus importantes.

Si l'on examine la température relative des deux moitiés de la région antérieure ou frontale, on voit que dans 45 cas sur 100 le côté gauche a une température plus élevée, dans 54 sur 100 c'est le côté droit qui a offert la température la plus élevée : la proportion de températures plus élevées est donc plus grande pour le côté droit; pour la région postérieure c'est au contraire du côté gauche que la proportion de température est plus élevée, enfin pour la région moyenne (temporo-pariétale) il y a presque égalité dans la proportion. La différence entre les températures atteint son maximum dans la moitié droite de la région antérieure, elle atteint 0°,255 C.; elle a atteint dans la moitié gauche 0°,241 C.; pour la région occipitale la différence maxima a été 0°,186 C. à droite, et 0°,066 à gauche. Enfin, dans la région moyenne, la différence a été de 0°,058 à droite, 0°,011 à gauche.

Pour résumer les conditions si multiples en une formule moyenne, on peut dire que dans l'état habituel de la vie en dehors du travail intellectuel et des émotions, on peut considérer que les plus hautes températures observées à la tête sont 35°,2 C. pour la région frontale, 34°,5 C. pour la région temporo-pariétale, 34°,2 C. pour la région occipitale.

Telles sont les bases de comparaison qu'il était indispensable d'édifier avec la plus grande rigueur avant d'étudier les modifications de l'effort intellectuel ou des émotions; mais auparavant il se dressait encore un nouveau problème à résoudre, à savoir s'il existe une concordance entre les variations de température de la surface crânienne et les variations de la température des parties de l'encéphale sous-jacentes, et de plus si ces différences se propagent assez rapidement, assez intégralement pour être mesurées par l'appareil thermo-électrique. Ce problème n'a pas été résolu par une expérience directe, et bien qu'il touche à la partie la plus intéressante du sujet, c'est-à-dire à l'origine même de la chaleur, M. Lombard ne le considère pas encore comme résolu définitivement; il nous laisse même entrevoir que dans son esprit il y a quelque doute sur la concordance absolue des changements de température de la surface du cuir chevelu et ceux du cerveau; mais hâtons-nous d'ajouter qu'il y a un rapport sinon constant, au moins d'une approximation suffisante pour qu'on puisse l'appliquer aux expérimentations, et d'ailleurs M. Schiff, de son côté, a mis en évidence par des expériences directes l'échauffement des centres nerveux sous l'influence d'une excitation nerveuse. M. Lombard, sous une autre forme expérimentale, c'est-à-dire l'observation thermométrique directe, a trouvé la démonstration de cette concordance approximative, ainsi que le montrent les faits nombreux groupés dans la troisième partie du livre et sur lesquels nous allons maintenant porter notre attention.

Ce n'est que par des expériences complexes et des plus délicates que l'on peut mesurer l'effet du travail intellectuel ou des émotions; en effet, il faut absolument diviser le problème en données secondaires : en d'autres termes, il faut d'abord établir l'effet absolu de l'activité mentale sur la température des diverses parties de la tête, examiner l'effet obtenu suivant la région de la tête, enfin comparer l'effet obtenu sur des régions symétriques, c'est-à-dire du côté droit ou du côté gauche. Ensuite il faut distinguer entre les effets du travail intellectuel et ceux des émotions : d'où la nécessité de suivre deux séries d'expériences.

Commençant par les conditions relativement simples, M. Lombard étudie d'abord l'effet du travail intellectuel, et il a soin de nous prémunir d'avance contre certaines illusions inhérentes à l'appréciation de ce qu'on appelle l'effort ou le

travail intellectuel, et en effet, bien qu'on puisse s'attendre à trouver des changements de température dans tout travail intellectuel, la netteté ou la rapidité avec laquelle on peut percevoir ces changements varie avec les individus observés, leurs habitudes, les différents moyens d'appeler l'attention, les modes si variés d'exercice de l'activité intellectuelle ; il faut tenir compte du temps pendant lequel l'attention est maintenue, de l'intensité de l'effort. Il est généralement difficile et souvent impossible, dit M. Lombard, de trouver un changement de température à la tête de personnes qui travaillent à *loisir*, *leisurely ;* toutes ces conditions sont si variables qu'il faut pour des expériences de ce genre faire une sorte d'éducation préalable du sujet : c'est ainsi qu'il faut l'habituer à arrêter sa pensée ou l'effort à certains moments, choisir un mode de travail permettant des efforts analogues ; par exemple, il paraît que de toutes les élévations de température dues à l'activité mentale, les plus fortes ont été observées chez des personnes très disposées à ressentir vivement les émotions dues à la lecture, et non pas quand elles lisaient à haute voix, mais quand elles lisaient sans prononcer. Nous laissons de côté les difficultés techniques, le détail de l'expérimentation, pour reproduire les principales conclusions de M. Lombard.

Les variétés du travail intellectuel observées ont été la composition, la récitation, le calcul, la prise de notes, et dans ces quatre conditions il y a une augmentation de température dans les trois régions de la tête ; les changements pour une même région suivant les différents genres de travail diffèrent en degré et en rapidité de perception, les régions répondent diversement à l'effort intellectuel : c'est ainsi que l'élévation de température se fait plus rapidement à la région antérieure frontale, puis à la région moyenne, et à la région postérieure ou occipitale. Le travail de composition donne une plus forte élévation ; viennent ensuite le calcul et enfin l'action de prendre des notes.

Ces élévations de température ne sont jamais bien fortes : car elles varient entre quelques centièmes de degré centigrade pour une heure ; la moyenne de l'élévation par minute est de 5 à 6 dix-millièmes de degré ! La comparaison des divers districts et rangées n'a pas donné des résultats qui s'imposent par leur nombre ou leur haut degré, et à cet égard la température ne paraît pas modifiée au niveau de la circonvolution de Broca d'une manière assez notable pour établir l'existence d'un siège de prédilection pour l'élévation de température pendant la lecture à haute voix ; il n'en est pas de même pour la différence de température entre le côté droit et le côté gauche. On peut dire qu'en général il y a plus souvent élévation à gauche qu'à droite pour la région frontale ou antérieure ; mais pour les autres régions l'avantage est tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et même il peut y avoir dans le cours d'une expérience une sorte d'alternance entre la distribution du maximum de température pour le côté droit ou le côté gauche de la région frontale : en d'autres termes l'activité cérébrale pourrait se propager ou alterner d'un côté à l'autre, et quelquefois même de la région antérieure à la région moyenne ou de celle-ci à la postérieure.

Quelques chiffres sont nécessaires pour montrer que des moyennes très significatives peuvent être obtenues en dehors de ces variations. En effet, sur 104 observations 69 ou 66 sur 100 sont en faveur du côté gauche, 20 ou 19 sur 100 en faveur du côté droit, et 15 ou 14 sur 100 en faveur de l'égalité des deux côtés ; de plus, tandis que l'élévation moyenne de la température varie entre 1/2 et 4 centièmes de degré, il peut arriver, lorsque le travail a été très excitant, que le degré de différence puisse s'élever jusqu'à 2 dixièmes de degré centigrade.

En considérant ces différences, minimes en apparence, on peut avec raison apprécier la difficulté de juger les effets thermiques des émotions ; on ne se figure pas aisément une observation scientifique rigoureuse au moment de l'émotion : cependant certaines conditions permettent l'observation exacte ; tel est le cas de la lecture à haute voix ou la lecture simple d'œuvres poétiques ou de récits émouvants ; bien des personnes et surtout celles qui exercent la profession dramatique ou qui ont un goût prononcé pour la récitation, peuvent obtenir pour ainsi dire à volonté cet état émotionnel, et en tout cas la simple lecture peut chez elles produire l'élévation de température de la tête ; lorsque l'émotion existe réellement, l'élévation se fait plus promptement et à un plus haut degré, tandis que la simple récitation ne produit pas cette élévation. Or l'expérimentation a montré que dans ces cas la température s'élève dans les trois régions de la tête, comme pour le travail intellectuel ; mais le degré d'élévation de température atteint 1 dixième de degré centigrade au lieu de 3 à 4 centièmes de degré centigrade produits par la simple lecture ou par le calcul.

Quant à l'influence relative du côté droit ou du côté gauche, on obtient des chiffres qu'il importe de reproduire : sur 144 observations, 87 ou 60 sur 100 ont montré l'élévation plus grande du côté gauche, 31 cas ou 21 sur 100 la montrent du côté droit, 18 sur 100 montrent l'égalité des deux côtés.

Il importe de comparer les résultats thermiques obtenus par les effets du travail intellectuel avec ceux que l'émotion procure. Ainsi que M. Lombard le fait remarquer, l'élévation moyenne de température en faveur des deux côtés de la tête dans chaque région est plus grande dans l'activité d'émotion que dans le travail intellectuel ; ensuite l'élévation relativement plus forte pour le côté gauche est plus souvent observée dans les trois régions pour le travail intellectuel que pour l'émotion ; enfin c'est aussi dans l'émotion qu'on trouve la plus grande moyenne d'élévation de température pour le côté droit.

On comprendra aisément que ces observations n'ont pu être multipliées ; quoi qu'il en soit, voici les conclusions qui terminent le livre et qui peuvent être traduites littéralement ainsi qu'il suit :

« Nous avons vu que toutes les parties de la surface de la » tête même, lorsqu'on établit des subdivisions aussi petites » que celles que nous avons adoptées, montrent une élévation » de température pendant toute espèce de travail mental ; » mais certaines parties sont habituellement plus actives que » d'autres, bien que les différentes régions semblent pouvoir » se suppléer les unes les autres, de telle façon que les par- » ties les moins communément actives puissent assez sou- » vent dépasser celles qui sont ordinairement supérieures. »

Arrivés au terme de cette analyse, nous pouvons envisager d'un coup d'œil rapide les faits les plus importants qui s'en dégagent.

Le premier point qui a certainement frappé nos lecteurs, est la complexité des moyens d'investigation ; mais grâce à la précision de la méthode d'observation employée, la multiplicité et la minutie des expériences ont apporté leur moyen de contrôle, et en définitive des résultats généraux importants se dégagent, comme une loi générale, qui devient la formule simplifiée de statistiques étendues. Ainsi que nous venons de le dire, le travail intellectuel, l'émotion qui est une forme spéciale de travail intellectuel, produisent une élévation de température de la tête ; mais le procédé d'exploration si délicat employé par M. Lombard, ne montre que des différences très minimes. Il est à désirer que le mode expérimental puisse être perfectionné ; des progrès de ce genre sont déjà obtenus, mais ce qui domine dans la méthode thermo-électrique, c'est la possibilité d'apprécier assez rapidement les différences de température pour être en droit de considérer l'exploration à la surface comme indiquant, avec une approximation satisfaisante, la température des parties sous-jacentes, c'est-à-dire de l'encéphale. Quand on médite sur ces résultats, on ne peut s'empêcher de conserver des doutes sur la valeur des procédés

d'exploration thermométrique beaucoup plus simples, tels que ceux qui ont été publiés dans ces dernières années et qui démontrent des différences de 1/2 à 1 degré et plus encore. Le travail considérable et consciencieux que nous avons analysé, doit nous mettre en garde contre des recherches qui, sans présenter le même caractère de minutie et deprécision, annoncent des résultats parfois merveilleux, et montrent une coïncidence remarquable entre les localisations anatomiques et les lésions pathologiques du cerveau; mais nous ne voulons pas pour aujourd'hui faire la critique de ces recherches.

Albert HÉNOCQUE.

Chirurgie antiseptique. Principes, modes d'application et résultats du pansement de Lister, par M. le docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. 2e édition, complètement refondue, avec 15 figures dans le texte. — Paris, 1880, J. B. Baillière et fils. Prix : 5 francs.

La méthode de Lister, à tort ou à raison, a pris depuis quelques années une trop grande place dans la pratique chirurgicale journalière, pour qu'un livre destiné à en vulgariser les principes, et jusqu'aux plus minutieux détails d'application, livre écrit par l'homme qui, en France, a le plus contribué par sa pratique et sa parole à en faire valoir les mérites, n'ait pas été très favorablement accueilli du public médical.

La première édition du livre de M. Lucas-Championnière a été rapidement enlevée. L'auteur nous en donne aujourd'hui une seconde beaucoup plus étendue, écrite d'après une expérience personnelle plus complète, et enrichie des résultats que la méthode listérienne a obtenus tant en France qu'à l'étranger dans le cours de ces dernières années.

Comme dans la première édition, M. Lucas-Championnière s'attache surtout à la description des pratiques, à la constatation brutale des résultats, et il laisse le moins de place possible à la théorie.

On pourrait diviser ce livre en deux parties. Dans la première, après avoir critiqué les divers modes de pansement autres que celui du professeur Lister, l'auteur étudie l'application de la méthode listérienne dans les plaies nettes, récentes, anciennes; puis il consacre quelques lignes à l'emploi de l'acide borique.

Le mode d'emploi des sutures superficielles et profondes, du drainage, de la pulvérisation phéniquée, des ligatures au catgut; les avantages de ces pièces de pansement, la part qui leur revient dans le résultat définitif, sont ensuite longuement étudiés. Enfin, dans un résumé court et concis, M. Lucas-Championnière nous indique les résultats généraux du pansement antiseptique en s'appuyant sur les statistiques du professeur Lister, de Saxtorph (de Copenhague) et de Volkmann; puis il précise son influence sur la pratique chirurgicale au point de vue de la mortalité.

Vient ensuite la seconde partie, qui ne figurait pour ainsi dire pas dans la première édition. L'auteur passe en revue successivement tous les grands traumatismes et les différentes opérations chirurgicales qu'on pratique sur chaque région du corps, depuis les plus graves jusqu'aux plus simples; il signale les hardiesses qu'à son sens l'application de la méthode listérienne a seule autorisées, et les modifications que doit subir le pansement suivant les régions sur lesquelles on l'applique et les opérations chirurgicales auxquelles on a recours.

C'est ainsi qu'il passe en revue, dans autant de chapitres spéciaux: les autoplasties; les extirpations de tumeurs des parties molles; les fractures compliquées de plaies; les fracas osseux déterminés par les projectiles; les opérations d'ostéotomie appliquées aux cals vicieux, aux courbures rachitiques, aux pseudarthroses; les amputations et désarticulations; les traumatismes accidentels ou chirurgicaux des articulations; les résections; les opérations pratiquées sur le péritoine (cure radicale de la hernie, laparotomie, ovariotomie, opération césarienne, opération de Porro); les opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme, les vaisseaux, les gaînes tendineuses, le testicule et les bourses, l'œil; l'empyème, le traitement des abcès chauds et des abcès par congestion; enfin la taille et les ulcères. Il nous serait impossible d'insister ici sur les considérations pratiques spéciales auxquelles prêtent ces divers traumatismes accidentels ou chirurgicaux.

L'auteur termine en relevant les divers reproches adressés à l'emploi si large de l'acide phénique (empoisonnement, etc.); en indiquant les succédanés du liquide employé de préférence par Lister, les formules des solutions phéniquées; enfin, en citant dans un index bibliographique, dans lequel ses travaux prennent une large place, les mémoires écrits sur l'emploi chirurgical de l'acide phénique.

En voyant l'enthousiasme et la tenace persistance avec laquelle M. Lucas-Championnière fait valoir les mérites de la méthode listérienne, mérites souvent incontestables, on ne peut que vivement féliciter le professeur d'Edimbourg d'avoir trouvé un si bon prophète, et un collaborateur si compétent et si autorisé. Il nous sera permis cependant de regretter que le modeste chirurgien français qui a imaginé le pansement ouaté, n'ait encore trouvé un seul apôtre.

Dr E. D.

Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central, par M. le docteur Charles CHAUVET, ancien chef de clinique de la Faculté de Lyon. Thèse d'agrégation. 1 vol. in-8 de 94 pages. — Paris, 1880. V. A. Delahaye et Cie.

Si quelques auteurs ont exagéré l'influence de la syphilis comme cause déterminante des affections du système nerveux central, d'autres, au contraire, ont négligé presque systématiquement d'en tenir compte; le but de M. Chauvet était de rechercher un moyen terme entre ces opinions extrêmes, basées sur ce que les uns s'appuient sur les faits cliniques, tandis que les autres n'accordent d'autorité qu'aux faits anatomiques. Aussi, dès le début de son travail, M. le docteur Chauvet pose deux questions auxquelles il répond, à propos de chacune des affections qu'il examine : 1° La syphilis a-t-elle une influence sur le développement de la lésion qui caractérise la maladie étudiée? 2° La syphilis peut-elle donner lieu à d'autres lésions qui se traduisent cliniquement par un tableau plus ou moins ressemblant à celui de la maladie en question?

La thèse de M. Chauvet est divisée en trois parties. Dans la première partie, il étudie l'influence de la syphilis : 1° sur les maladies cérébrales, c'est-à-dire sur la congestion et l'anémie cérébrales; or, aucun fait ne permet d'affirmer, en se basant sur des considérations anatomiques, que la syphilis ait sur ces affections une influence réelle; cette influence paraît cependant vraisemblable; 2° sur l'hémorrhagie cérébrale et méningée; pour l'hémorrhagie cérébrale, l'influence de la syphilis est douteuse et non démontrée; elle doit entrer en ligne de compte pour le développement des hémorrhagies méningées, par suite des altérations artérielles qu'elle produit; 3° sur le ramollissement cérébral; 4° sur la méningite cérébrale; 5° sur l'encéphalite : dans ces trois affections la syphilis a une action réelle, soit primitivement, soit secondairement; 6° sur la paralysie générale des aliénés. Or, dit M. Chauvet, à elle seule la syphilis ne peut pas produire la méningo-périencéphalite diffuse, mais elle peut produire dans l'encéphale des lésions variées comme siége, comme étendue (tumeurs, artérites avec ramollissement, etc.), qui, dans quelques circonstances, peuvent se traduire symptomatiquement par une sorte de paralysie générale.

Dans la deuxième partie, M. Chauvet étudie l'influence de

la syphilis sur les maladies de la moelle épinière et de ses enveloppes : 1° sur les myélites diffuses, aiguës, subaiguës et chroniques; 2° sur les myélites systématisées (ataxie locomotrice, sclérose des cordons de Goll, atrophie musculaire progressive, etc.). Voici les conclusions qu'il tire des faits observés : la syphilis n'a aucune influence sur le développement de l'atrophie primitive des noyaux moteurs du bulbe. Mais la syphilis peut donner lieu à des lésions diffuses ou en foyer du mésocéphale, qui se traduiront cliniquement par une série de symptômes se rapprochant de ceux qui caractérisent l'altération primitive des noyaux moteurs. M. Chauvet repousse donc l'opinion de M. le professeur Fournier, qui, s'appuyant sur ce fait que sur 30 ataxiques il a constaté que 24 de ces malades étaient des syphilitiques, considère la syphilis comme la cause la plus fréquente et la plus importante de l'ataxie locomotrice.

La troisième partie du travail de M. Chauvet est consacrée à l'influence de la syphilis sur les névroses : 1° sur l'hystérie; 2° sur l'épilepsie; 3° sur la chorée. Selon cet auteur, la syphilis n'a aucune influence directe sur ces affections; elle peut simplement mettre les malades dans des conditions telles que les accidents nerveux apparaissent ou deviennent plus intenses, plus fréquents chez les sujets prédisposés ou déjà atteints de ces affections. Quant à ce qui concerne l'aliénation mentale, M. Chauvet déclare que la syphilis n'a aucune influence sur la production ni sur la marche de l'aliénation mentale.

Telles sont les conclusions de M. le docteur Chauvet; nous les avons données sans les discuter : qu'il nous soit permis de dire cependant qu'elles nous paraissent d'autant plus absolues, d'autant plus critiquables qu'elles sont en désaccord avec les résultats obtenus par M. le professeur A. Fournier, dont l'expérience, la compétence et l'autorité ne font doute pour personne.

Des émissions sanguines dans les maladies aiguës, par M. le docteur G. Vinay, médecin des hôpitaux de Lyon. Thèse d'agrégation. 1 vol. in-8 de 192 pages. — V. Delahaye et Cie.

Après avoir passé en revue les diverses fluctuations de l'histoire des saignées, soit locales, soit générales, M. Vinay étudie leur mode d'action sur les congestions, les phlegmasies, la fièvre et les altérations du sang. Protestant avec raison contre l'abandon dans lequel la saignée est tombée actuellement, M. Vinay reconnaît cependant les excès de certains praticiens, Broussais entre autres; c'est à eux, en effet, qu'on doit attribuer le discrédit d'une méthode thérapeutique dont on est en droit d'attendre de bons résultats dans un grand nombre de cas, principalement dans le cours des phlegmasies. « Nous pensons que la saignée générale, délaissée à juste raison dans les pyrexies essentielles, dans les maladies infectieuses, peut avoir quelque utilité au début des phlegmasies franches, lorsque la fièvre est intense, la dyspnée considérable, que le malade est jeune et vigoureux; qu'elle devient d'une nécessité absolue dans les accidents asphyxiques et cérébraux de la pneumonie, dans les attaques d'éclampsie. » On se souvient du traitement de la pneumonie institué par M. le professeur Bouillaud : le 1er jour, deux saignées; le 2e jour, troisième saignée; le 3e jour, quatrième saignée, et enfin le 4e jour, soit nouvelle saignée, soit application d'un large vésicatoire sur le côté malade : sous l'influence de cette médication qui occasionnait une perte de quatre à cinq livres de sang, la pneumonie devait jugulée : telle est la conclusion de de M. Bouillaud, conclusion contre laquelle Grisolle en particulier s'est vivement élevé dans son *Traité de la pneumonie*, en montrant que la durée de la maladie était à peu de différence près la même chez ces malades que chez ceux qu'on ne saignait pas. M. Vinay examine les principales affections dans lesquelles la saignée a été proposée, et arrive aux conclusions que nous avons relatées plus haut.

Dr Joseph Michel.

Index bibliographique.

De l'action nerveuse, par le docteur Rames. In-8. Paris, 1879, G. Masson

M. Rames avait déjà publié en 1878 un premier travail sur le fonctionnement du système nerveux. D'après une interprétation que l'auteur cherche à faire prévaloir, le système nerveux, au lieu de donner l'animation aux autres éléments anatomiques, recevrait d'eux ses moyens d'activité, aurait un rôle plutôt passif. Réagissant par sa portion périphérique sous l'influence de toute impression, appareil enregistreur par ses centres, il devrait à ceux-ci le pouvoir d'inscrire une vie durant les différents motifs qui constituent le thème d'une existence et d'avoir en puissance les principaux d'entre eux. A ce labeur, à ce sujet de dépense, il utiliserait l'avoir qui lui vient des apports plastiques.

Déjà, dans le travail que nous venons de citer, M. Rames avait réuni tout un contingent de preuves en faveur de cette manière de voir. Dans celui-ci il condense et coordonne les principales, de façon à leur faire acquérir plus de force. Nous ne pouvons que l'engager à persévérer dans une voie qui ne peut être que très profitable pour la science et surtout pour la physiologie et la pathologie du système nerveux dont l'étude présente encore tant d'obscurité.

De la méthode d'Esmarch, et en particulier de l'hémorrhagie capillaire consécutive, par le docteur C. de Lagorge, In-8. — Paris, 1879, A. Coccoz.

Après une étude très complète de la question, l'auteur arrive à conclure que l'emploi de la méthode d'Esmarch est indiqué dans toutes les opérations sanglantes qui se pratiquent sur les membres. Cette méthode rend surtout d'incontestables services dans les cas où il est indispensable de voir clair au fond des plaies : les résections, la recherche de corps étrangers, la ligature des deux bouts artériels, les séquestrotomies, etc.

Le tube de caoutchouc est avantageusement remplacé par une seconde bande élastique, qui est d'une application plus facile et évite les paralysies musculaires.

L'hémorrhagie capillaire immédiate qui survient à la suite de l'enlèvement du lien constricteur peut être évitée facilement, soit par la méthode de M. Nicaise (compression de toute la surface saignante au moyen d'une éponge), soit par la méthode d'Esmarch (douche glacée prolongée sur la surface de la plaie). Les chirurgiens de campagne, qui n'ont pas d'aides sous la main, ne doivent pas rejeter l'emploi de la bande élastique dans les amputations; ils ont à leur disposition des moyens simples et faciles de prévenir toute hémorrhagie.

Telles sont les conclusions du mémoire de M. de Lagorge, qui se recommande par une exposition très nette des avantages que présente le procédé d'Esmarch sur les autres méthodes hémostatiques.

Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale, et indépendantes des hernies, par le docteur A. Blin. In-8. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

Dans ce travail, l'auteur décrit une variété de fistules stercorales, dont le point de départ est un abcès phlegmoneux de l'abdomen, ouvert à la fois dans l'intestin et à l'extérieur; elles donnent lieu à un écoulement de pus par l'anus et de matières intestinales par l'orifice cutané; elles peuvent être désignées sous le nom de fistules pyo-stercorales.

Ces fistules reconnaissent comme origine : des abcès périnéphrétiques, des pérityphlites suppurées, des abcès de la fosse iliaque, enfin des suppurations qui s'accompagnent de la sortie de vers intestinaux. Ces abcès sont situés en dehors du péritoine, qui n'est jamais primitivement atteint.

Leur caractère anatomo-pathologique principal consiste dans

l'existence d'une cavité intermédiaire ou pyo-stercorale, placée entre la perforation intestinale et le trajet fistuleux extérieur; sorte de réservoir constitué par le foyer purulent, dans lequel séjournent plus ou moins longtemps les produits intestinaux, avant d'apparaître à l'orifice cutané.

Cette cavité est entourée d'adhérences qui la relient à l'intestin et préviennent l'épanchement du pus et des matières stercorales dans le péritoine.

Le plus souvent unique, communiquant quelquefois avec les cavités voisines plus petites, dues à la formation de foyers secondaires, elle est tapissée par une membrane pyogénique, qui se continue d'un côté avec la muqueuse intestinale, de l'autre avec la membrane accidentelle qui recouvre le trajet fistuleux.

L'auteur a placé à la fin de son travail un grand nombre d'observations dont plusieurs sont inédites et qui donnent un grand poids aux conclusions que nous venons de rapporter. Nous ne pouvons que le féliciter d'avoir choisi pour sa thèse inaugurale un sujet aussi intéressant et présentant, au point de vue clinique, une importance aussi considérable.

Étude pratique sur la grossesse et l'accouchement gémellaires, par le docteur L. Hirigoyen. In-8 de 195 pages. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

Ayant eu l'occasion d'observer à la clinique obstétricale de Bordeaux un certain nombre de grossesses gémellaires, M. Hirigoyen s'est efforcé de rechercher dans les auteurs les particularités intéressantes de ce sujet. Les connaissances utiles ou curieuses qui se trouvent mentionnées sont ordinairement ajoutées, d'une façon incidente, à la suite des chapitres spéciaux consacrés à la grossesse simple. Quelques recherches nouvelles, consignées dans des recueils étrangers à l'art des accouchements, et le peu de développement qu'on a donné à certaines questions dont l'importance pratique ne saurait être méconnue, l'ont engagé à réunir dans cette étude les enseignements admis depuis longtemps et les opinions plus récentes qui ont trait à la grossesse double.

Pensant que plusieurs points de la question ne peuvent être élucidés qu'à l'aide de statistiques établies avec soin, dans des conditions définies, l'auteur a utilisé les observations réunies à la clinique de l'hôpital Saint-André, depuis vingt années. Il a pu ainsi comparer avec avantage quelques-uns des résultats qu'elles présentent avec ceux que les différents auteurs ont obtenus.

Le travail de M. Hirigoyen présente donc une grande importance pratique, et il sera consulté avec fruit par tous les praticiens qui s'occupent de cette embarrassante question d'obstétrique.

Recherches sur les affections chroniques des ganglions trachéo-bronchiques et les suites de ces affections, par le docteur Eternod. In-8. — Genève et Paris, 1879.

Les recherches que l'auteur présente dans ce travail portent sur l'étude d'une affection, encore très peu connue, des ganglions en rapport anatomique et fonctionnel avec les poumons. Il s'est plus spécialement attaché à la partie anatomo-pathologique de la question.

Cet excellent travail comprend une description anatomique basée sur l'examen de vingt-huit cas originaux recueillis, durant le cours de l'année universitaire 1877-1878, dans le laboratoire d'anatomo-pathologie de Genève, dirigé par M. le professeur Zalin; nous y trouvons également un résumé de quelques analyses chimiques instituées dans le laboratoire de chimie biologique de M. le professeur Monnier, afin de tâcher de déterminer la nature et l'origine du pigment ganglionnaire.

Nous pensons que ce mémoire, très complet et très étudié, est de nature à faire le plus grand honneur à la nouvelle Faculté de Genève, dont M. Eternod est un excellent élève.

Étude sur la contagiosité de la phthisie pulmonaire, par le docteur de Muscrave-Clay. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

Dans ce travail très complet et très étudié, l'auteur conclut que la phthisie, ou tuberculose pulmonaire, peut être acquise par contagion, mais que les faits actuellement connus de contagion sont trop peu nombreux, et souvent trop peu comparables entre eux, pour que l'on puisse déterminer avec précision les circonstances dans lesquelles cette contagiosité entre en activité. Cependant, l'auteur signale comme des conditions favorables à la contagiosité : 1° la vie en commun, surtout pendant la nuit, dans un appartement où le renouvellement de l'air est insuffisant; 2° les relations sexuelles; 3° la gestation, dans le cas de tuberculose du mari; 4° le sexe féminin (peut-être à cause du motif précédent); 5° la jeunesse du sujet sain; 6° la vie sédentaire de la personne exposée à la contagion; 7° l'état avancé des lésions locales chez le sujet tuberculeux.

D'après M. de Muscrave-Claye, les faits actuellement connus, s'ils ne sont pas rigoureusement démonstratifs de la contagiosité de la phthisie, sont au moins de nature, non seulement à justifier, mais à imposer toutes les précautions hygiéniques que peuvent suggérer les conclusions qui précèdent. Nous ne pouvons que féliciter M. de Muscrave-Clay d'avoir choisi pour sa thèse inaugurale un sujet d'une importance pratique aussi considérable.

De la réduction des luxations sous-coracoïdiennes, par le docteur Ernest Cépi. In-8. — Paris, 1879, A. Parent.

Dans ce travail, l'auteur s'est efforcé de démontrer que parmi les innombrables procédés usités de nos jours pour la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes et non compliquées, les plus rationnels et les plus pratiques sont ceux qui sont fondés sur le principe de l'extension continue.

Entre la méthode des tractions élastiques de MM. Legros et Anger et le procédé de M. Després, il donne la préférence à ce dernier, parce qu'il ne nécessite que l'intervention d'aides que l'on trouve partout, et qu'il demande beaucoup moins de temps.

Cependant M. Cépi estime que ces procédés, quelque excellents qu'ils soient, et quoique constituant un progrès immense, sont inférieurs comme résultat à la méthode dite de rotation et d'élévations combinées, inventée par M. le professeur Th. Kocher, de Brone, démontrée en 1869, et décrite dans son important travail de 1870.

Ce mémoire, très complet et très étudié, sera consulté avec fruit par le praticien qui aurait à traiter une luxation sous-coracoïdienne.

Du traitement de l'éclampsie puerpérale par l'hydrate de chloral, par le docteur Gustave Froger. In-8. — Paris, 1879, A. Delahaye et Cie.

S'il est un processus morbide dont la pathogénie et les lésions anatomiques soient restées dans le domaine de l'hypothèse et la thérapeutique dans celui de l'incertitude, c'est assurément l'éclampsie. Les théories nombreuses et variées, enfantées jusqu'à ce jour par le talent de nos maîtres n'ont pu jeter une lumière complète sur cette terrible maladie : son origine et son siège ayant toujours été environnés d'une certaine obscurité, la thérapeutique a dû fatalement suivre cette lente évolution et procéder par tâtonnements. Aussi voyons-nous les médicaments les plus divers donnés dans le traitement de l'éclampsie puerpérale : les purgatifs, les vomitifs, les antispasmodiques, les révulsifs, les anesthésiques, etc., ont eu tour à tour leurs succès et leurs mécomptes. Aujourd'hui, cependant, le chloral employé seul ou associé à la saignée semble avoir conquis une certaine suprématie sur tous les autres : c'est pourquoi l'auteur s'est efforcé d'approfondir l'action particulière de cet agent sur la marche de l'éclampsie.

Plusieurs cas, traités de la sorte avec succès, ont servi de base à ce travail collecté avec le plus grand soin; toutes les observations parues jusqu'à ce jour sur ce sujet ont été résumées afin de pouvoir juger de la valeur de ce médicament; en outre, l'auteur a rassemblé le plus de documents possible sur le traitement de cette affection par les autres agents.

Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants et viennent confirmer les recherches antérieures qui avaient attribué au chloral une valeur réelle dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.

Des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie et nécessitant une nouvelle opération, par le docteur Edmond Pétel. — Paris, 1879, V. A. Delahaye et Cie.

Pendant le cours de son internat à l'hôpital des Enfants malades, l'auteur a eu l'occasion d'observer un cas d'angine croupale compliqué d'un polype consécutif de la trachée et ayant nécessité une seconde trachéotomie qui fut suivie d'une guérison définitive.

Ce cas si rare lui a donné l'idée de rechercher les faits du même genre et il a pu réunir dans ce travail dix observations qui lui ont permis d'arriver à des conclusions dont l'importance pratique ne saurait échapper à personne.

Nous reproduisons les principales :

1° Chez les individus qui ont subi la trachéotomie, non seulement il peut se développer des bourgeons charnus qui retardent l'ablation de la canule; mais, même après cicatrisation complète de la plaie extérieure, on voit quelquefois se former des végétations polypiformes saillantes à l'intérieur de la trachée.

2° Ces végétations, dont la structure est celle des bourgeons charnus, s'insèrent toujours sur la cicatrice trachéale ou à son pourtour; elles sont donc secondaires.

3° Cette complication est plus à craindre chez ceux dont la cicatrice extérieure a présenté de la tendance au bourgeonnement.

4° L'étiologie de ces végétations est inconnue; elles semblent plus fréquentes chez les enfants et chez les individus du sexe masculin.

5° Rarement le polype reste latent : ordinairement quinze jours ou un mois après la cicatrisation ; jamais après deux mois.

6° Ils consistent en un ronflement, un cornage d'abord nocturne; bientôt la gêne de la respiration devient permanente.

7° La gravité de cette affection résulte des accès de suffocation, l'obstacle à la respiration peut être complet et la mort subite; ou bien l'asphyxie est lente, progressive. Dans le premier cas, il est naturel d'attribuer les accidents à un spasme de la glotte. Lorsque l'asphyxie est progressive, peut-être doit-on faire intervenir un autre mécanisme, tel que l'obstruction de la glotte par le polype, un état œdémateux de la muqueuse, l'accumulation de mucosités.

Quant au traitement, M. Petel conseille, comme mesure préventive, de cautériser profondément le trajet de la plaie après la première trachéotomie et de pratiquer une seconde fois cette opération s'il survient des accès de suffocation. On pourra alors détruire le polype par l'arrachement combiné avec les cautérisations.

Ce travail, très complet et très étudié, fait le plus grand honneur à l'auteur qui y a fait preuve d'un grand sens clinique et a donné une appréciation très judicieuse des observations de ses devanciers.

Le hoang-nan, remède tonquinois contre la rage, la lèpre et autres maladies, par E. C. Lesserteur, missionnaire. In-8 de 100 pages. — J. B. Baillière et fils. — Paris, 1879.

Nous reprochons d'une manière générale à M. Lesserteur d'avoir accepté un peu trop légèrement les assertions, et de nous donner ainsi des observations dans lesquelles manque la base, le diagnostic. Mais à côté de cela il y a évidemment quelque chose, et si le hoàng-nàn n'est pas la miraculeuse panacée qu'il nous annonce, peut-être une étude sérieuse y fera-t-elle rencontrer un agent véritablement utile.

Ces réserves faites sur la partie thérapeutique voyons ce qui touche à l'histoire naturelle, ce que le missionnaire a pu vérifier lui-même. La plante en question est une liane qui appartient à la famille des Loganiacées. Son écorce est gris rougeâtre, les feuilles d'un vert foncé. Du reste, cette partie de l'étude de la plante a fait l'objet du mémoire de M. Planchon (*Journal de pharmacie et de chimie*, mai 1877) qui ne laisse rien à désirer sous le rapport des propriétés physiques et botaniques de la plante. Ajoutons à cela que des recherches chimiques faites par M. Frédéric Wurtz ont prouvé l'existence dans cette écorce de deux alcaloïdes des strychnée, strychnine et brucine avec prédominance de la brucine. Les recherches de M. le professeur Livon de Marseille (*Marseille médical*, 20 juillet 1879) montrent que les effets physiologiques du hoàng-nàn sont analogues à ceux de la strychnine, avec cette différence constante cependant que, dans le strychnisme, les convulsions se produisent d'ensemble dans tout le corps, taudis qu'avec le hoàng-nàn, elles débutent dans les membres postérieurs, qu'il s'agisse d'un chien ou d'une grenouille, pour gagner peu à peu le reste du tronc et se généraliser. L'auteur a constamment observé cet effet, il a même pu, chez les chiens empoisonnés par de faibles doses, observer des convulsions tétaniques limitées aux membres postérieurs : « Avec le hoàng-nàn, dit M. Livon, les secousses et contractions s'arrêtent peu de temps après la mort; avec la brucine au contraire, sur les grenouilles, les contractions sont beaucoup plus fortes après la mort qu'au moment même..... Mon attention s'est aussi portée sur le cœur..... Tout ce que j'ai pu observer jusqu'à présent, c'est que sous l'influence de la strychnine le cœur de la grenouille éprouvait, au milieu de la systole, une petite secousse donnant une espèce de petit crochet sur le tracé, tandis que dans les mêmes conditions, en expérimentant le hoàng-nàn, je n'ai rien obtenu d'anormal. »

Quoique nous fassions les réserves les plus formelles au sujet de l'efficacité du hoàng-nàn dans les cas signalés par M. Lesserteur, nous donnerons cependant la formule qu'il préconise : alun 1/5; réalgar naturel 2/5; écorce de hoàng-nàn 2/5; ou bien encore, alun 1/4; réalgar naturel 1/4; écorce de hoàng-nàn 1/2.

Ces substances pulvérisées servent à faire des pilules de 25 centigrammes environ.

Ce sont ces pilules qui guérissent la rage, la lèpre, les morsures d'animaux venimeux, etc., etc.

Dans la lèpre, les résultats observés par plusieurs médecins semblent avoir été favorables, cependant le traitement n'ayant pu être poursuivi assez longtemps, il faut de nouvelles recherches avant de se prononcer; c'est ce qu'ont compris les membres du conseil de santé de la marine en demandant que de nouvelles quantités de hoàng-nàn soient fournies aux médecins de la Guadeloupe et de la Trinidad. Les résultats ont été à peu près les mêmes aux Antilles danoises et au Vénézuela. Cette substance a été employée aussi dans le traitement des ulcérations scrofuleuses, des vieux ulcères, des morsures de serpents, etc. Mais la rage? Ici tout se borne à quelques assertions des naturels. N'avions-nous pas raison de dire, au début, que M. Lesserteur nous paraissait ajouter foi un peu trop facilement à ces récits?

Notre conclusion est que le hoàng-nàn mérite de nouvelles recherches, et que sous ce rapport la brochure dont nous rendons compte a une utilité réelle.

VARIÉTÉS

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours spécial pour la nomination à la place de médecin vacante à l'hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise). Ce concours sera ouvert le lundi 12 juillet 1880, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription sera ouvert le jeudi 10 juin 1880, et sera clos le samedi 26 du même mois, à trois heures.

— Le 14 juin 1880, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le 10 mai 1880 jusqu'au 26 du même mois inclusivement.

Cours d'opérations pour médecins militaires. — On lit dans le *Journal de Genève* du 30 avril: Un cours d'opérations pour médecins militaires s'est ouvert le 25 courant à Berne. Ce cours, qui ne se donne en français que tous les deux ans, est dirigé par M. le major Castella (de Fribourg) chef du 11e lazareth de campagne, et il est suivi par 18 médecins capitaines, dont 9 Vaudois, 3 Tessinois, 2 Genevois, 2 Neufchâtelois, 1 Valaisan et 1 Fribourgeois. M. le professeur Kocher est chargé des cours principaux, soit la clinique, les opérations sur le cadavre, la chirurgie de guerre et spécialement les blessures par armes à feu. Pour juger de l'effet des projectiles, un grand nombre d'expériences seront faites sur des cadavres, soit avec le vetterli, soit avec des revolvers de calibres différents.

Transport des malades militaires. — Des recommandations formelles ont été faites à diverses reprises par l'administration centrale de la guerre pour que le transport des malades sur les hôpitaux militaires de Paris soit expressément subordonné à l'autorisation ministérielle. Malgré les prescriptions formelles à cet égard, des officiers étrangers à la garnison de Paris, ayant obtenu tout récemment encore, de leurs chefs de corps des permissions de quelques jours, au moyen desquelles ils ont pu se faire admettre dans les hôpitaux militaires de la capitale, le ministre de la guerre vient de prescrire les mesures nécessaires pour empêcher le retour de pareils faits.

Académie de médecine de Belgique. — Sur la proposition de M. Warlomont, à laquelle s'est rallié M. Rommelaere, le bureau est chargé de nommer la commission qui doit examiner la question soulevée antérieurement par M. Bellefroid, de savoir s'il ne conviendrait pas de reviser les statuts et de formuler les modifications qu'il y aurait éventuellement lieu de soumettre à l'appréciation de l'Académie.

Encore une victime du devoir professionnel. — M. P. Millet, interne à l'hôpital Tenon, vient de succomber en quelques jours aux suites d'un érysipèle. La semaine dernière, M. Millet priait son chef de service de lui exciser un furoncle qu'il avait au cou ; mais, ne tenant pas compte des conseils qui lui furent alors donnés, il voulut continuer à soigner ses malades. Malheureusement, il y en avait, à ce moment-là, dans les salles, deux atteints d'érysipèle grave, qu'il voyait matin et soir et auprès desquels il ne tarda pas à contracter cette dangereuse maladie. La plaie du furoncle prit bien vite un mauvais aspect, et l'on s'empressa de transporter M. Millet à la maison Dubois; il y expirait bientôt entre les bras de sa mère éplorée.

Mortalité a Paris (17e semaine, du vendredi 23 au jeudi 29 avril 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1095, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 32. Variole, 46. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 10. — Diphthérie et croup, 36. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 10. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 68. — Autres affections générales, 137. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 104. — Diarrhée infantile et athrepsie, 71. — Autres maladies locales : aiguës, 91; chroniques, 144; douteuses, 65. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 22. — Causes inconnues, 4.

Bilan de la 17e semaine. — Voilà enfin une baisse sérieuse à enregistrer; il n'y a qu'une très légère correction à lui faire subir, par suite de la négligence d'une mairie dont notre service n'a pas reçu en temps utile les bulletins de décès et de naissances pour le mercredi 28, relatant 14 décès et 14 naissances qui sont à ajouter aux totaux ci-avant, ce qui élève les nombres donnés à 1 098 naissances et 1109 décès. Malgré cette addition, la diminution des décès de 1238 à 1109 est flagrante, et, ce qui n'est pas moins important, c'est qu'elle porte à peu près sur toutes les maladies épidémiques (sauf la rougeole et la coqueluche, affections généralement peu graves chez nous). Je concentrerai surtout l'attention sur la variole qui s'est plus particulièrement atténuée en cette 17e semaine, puisqu'au lieu des 60 décès varioleux de la semaine précédente, et des 78 de la 8e semaine (qui a compté le plus de décès varioliques), nous n'en avons plus que 46, ce qui pourtant constitue encore un état épidémique. Mais ce que je tiens surtout à établir aujourd'hui, c'est la baisse successive de semaine en semaine, et la disparition pour la 17e semaine, des décès par variole dans ce quartier de la Sorbonne si exceptionnellement frappé pendant les mois de janvier, février et mars; car ce dégrèvement, non moins que les aggravations signalées, nous servira à déterminer la cause des sévices exceptionels de la variole dans ce quartier. En effet, en distribuant les décès varioleux en leurs domiciles respectifs, là où la maladie a été contractée, on les a trouvés se groupant autour de l'*annexe* de l'Hôtel-Dieu, et formant comme un noyau épidémique resserré entre la Seine et le boulevard Saint-Germain. Dans ce champ circonscrit, ne contenant environ que 10 000 habitants, on a relevé pour les deux mois de janvier et février jusqu'à 49 décès par variole, alors que, proportionnellement à sa population et à l'intensité de l'épidémie parisienne, il aurait dû en fournir moins de 3 ! Ainsi, dans ce petit coin du 20e arrondissement, plus de 46 décès se sont rencontrés en surcroît des influences encore peu connues qui ont répandu l'épidémie variolique sur la population parisienne; mais cette formidable aggravation, et ce singulier groupement des maisons envahies autour de l'*annexe* s'expliquent, lorsqu'on sait que, pendant ce même temps, cette *annexe* de l'Hôtel-Dieu a été un dépôt où l'on dirigeait tous les varioleux se présentant dans les services hospitaliers voisins, dans le but, sans doute très louable, d'empêcher la contagion de se répandre de lit en lit dans l'intérieur de ces services. Cette mesure paraît donc avoir déplacé plutôt que supprimé les voies de transmission : au lieu de se propager de lit en lit, la contagion s'est répandue de maison en maison autour du dépôt varioleux, et aujourd'hui que ce dépôt a été supprimé, la variole tend à disparaître de ce quartier.

Voilà, il semble, des constatations d'une haute importance que nous compléterons dans notre prochain bulletin, et pour la variole et pour quelques autres maladies épidémiques, car l'espace nous manque aujourd'hui pour achever l'exposition de ces faits.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la puerpératité. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Raymond. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques, par E. Brissaud. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

De la septicémie. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Simon Perret. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 4 f.

Étude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines, par le docteur Boussi. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie 3 fr.

Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Chauvet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Étude sur quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique, par le docteur Déringier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De la mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse avant le travail, par le docteur Hourlier. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Des émissions sanguines dans les maladies aiguës. Thèse d'agrégation, par C. Vinay. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Manuel pratique de l'inspecteur des pharmacies, ou répertoire général des attributions et des devoirs des commissions d'inspection, etc., par E. Dupuy et le docteur Ricard. 1 vol. in-18, avec tableaux. V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Études de physiologie théologique, accouplement des sexes et mariage, accouchement et embryologie selon les théologiens, par le docteur Ferdas, précédé d'une réponse à une lettre de M. Alexandre Dumas fils. 1 vol. in-18. V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Études historiques sur la tuberculose pulmonaire au point de vue anatomo-pathologique, par le docteur Van Peski. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Leçons de clinique chirurgicale, orthopédie, par le professeur Dubreuil. In-8. V. A. Delahaye et Cie. 1 fr. 50

Exposé de la peste bovine en Allemagne, de 1872 à 1877, et des résultats obtenus par les mesures prophylactiques prises pour empêcher l'introduction et la propagation de l'épizootie, par MM. les professeurs Roloff et Kubarn. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Contribution à l'étude des éruptions pemphigoïdes aiguës chez l'adulte, par le docteur Nodet. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Traité des opérations d'urgence, par Louis Thomas, précédé d'une introduction et revue par M. le professeur Verneuil, 2e édition revue et augmentée, avec 69 figures intercalées dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 7 fr. 50

Traitement des maladies nerveuses, affections rhumatismales, maladies chroniques, par le docteur A. Arthuis, 3e édition. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire, par le docteur Ferrand, médecin de l'hôpital Laennec, etc., 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 6 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Thérapeutique.

Le brome, doué de qualités très irritantes, difficile à administrer médicalement, est peu employé en médecine; c'est le *bromure de potassium* qui est généralement adopté.

Le bromure de potassium a été étudié, dans ces derniers temps, par des expérimentateurs et des thérapeutistes d'une grande valeur: MM. Bazin, Besnier, Bidd (de Philadelphie), Brown-Séquard, Cersoy, Ferrand, Gubler, Legrand du Saulle, Moutard-Martin, Pletzer, Ricord, Stone, Tessier (de Lyon), Thomas (de Sedan), Voisin. Ces études expérimentales et cliniques ont mis en lumière les effets physiologiques et les propriétés médicinales du bromure de potassium, et ont permis d'instituer avec cet agent une médication rationnelle, remarquable par la régularité et la certitude relative des résultats obtenus suivant les doses prescrites.

L'influence générale propre de la médication par le bromure de potassium consiste à modérer, ralentir et régulariser l'action du cœur, et à produire le calme de la circulation. C'est bien certainement en agissant d'abord sur les centres nerveux que le bromure de potassium exerce son influence sur le cœur; mais on admet de plus que c'est par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, dont il augmente l'action, que ce médicament amène la sédation et l'hyposthénie de tout le système.

Indépendamment de cette action générale, le bromure de potassium manifeste, sur certaines régions, une action élective. Cette action s'observe à l'entrée des voies respiratoires et des voies digestives, où l'on signale l'augmentation de la salive, et, lorsque la dose est suffisante, l'insensibilité de l'isthme du gosier et du pharynx; sur l'appareil génito-urinaire, où elle se révèle par la cessation ou l'amoindrissement des excitations anormales du système génital, et par l'augmentation de la sécrétion urinaire.

Mais, bien qu'il ne présente pas à beaucoup près les qualités irritantes du brome, le bromure de potassium, avec sa saveur salée et son arrière-goût amer, demande à être administré avec certaines associations, qui en rendent l'usage plus agréable et plus efficace. M. Laroze, qui depuis longues années fabrique en grand et avec succès le sirop d'écorces d'oranges amères, a été conduit tout naturellement à en faire le véhicule du bromure de potassium; cette association du bromure de potassium avec le sirop d'écorce d'oranges amères est parfaitement rationnelle. D'ailleurs, dans cette préparation, le bromure de potassium est à l'état chimiquement pur, c'est-à-dire qu'il n'est pas uni à la plus petite parcelle d'iodure de potassium; sans cet état de pureté, la préparation ne justifierait pas son titre de sirop sédatif. De plus, le dosage du médicament y est fixe, toujours le même. Une cuillerée à bouche représente invariablement 1 gramme de bromure de potassium; une cuillerée à café, le quart de cette dose, soit 25 centigrammes.

Le *sirop sédatif* d'écorces d'oranges amères *au bromure de potassium* convient dans tous les cas d'irritation, soit nerveuse, soit circulatoire; dans les hyperhémies en général; dans les congestions des centres nerveux; c'est un agent hypnotique précieux là où les préparations opiacées échoueraient. Son utilité n'est pas moins marquée dans certaines maladies du cœur, et surtout contre les palpitations nerveuses ou symptomatiques.

Il combat avec efficacité la toux spasmodique de la bronchite, la toux convulsive de la coqueluche, les crises de suffocation de l'emphysème et de l'asthme, la toux déchirante des phthisiques; il adoucit les douleurs cruelles de la laryngite ulcéreuse; il est indiqué dans les phlegmasies de l'isthme du gosier et du pharynx, dans les cas d'œsophagisme et de dysphagie. On a cité des cas de guérison d'angine pseudo-membraneuse par ce médicament. Il y a donc indication du sirop sédatif dans la diphthérite.

Il combat les névroses en général; la chorée, les convulsions, le tétanos, la toux nerveuse et les autres phénomènes de l'hystérie, et surtout l'épilepsie. Dans le *delirium tremens* son emploi est utile.

Aucun autre agent n'est plus précieux pour combattre l'éréthisme génital, les érections nocturnes, pour guérir la spermatorrhée, pour dissiper les souffrances qui ont pour cause la névralgie du col de la vessie.

Le sirop d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium devient précieux dans la médecine des femmes et des enfants. Aussi les vomissements nerveux quotidiens, pendant la grossesse, en réclament l'emploi. Chez les enfants en bas âge, il calme l'agitation, l'insomnie, la toux pendant la dentition, et peut, dans certains cas, prévenir les convulsions. Il s'emploie pour faire tomber chez les enfants l'excitation anormale des organes génitaux, qui aboutit si souvent à des habitudes vicieuses. Toutefois, chez les petits enfants, la diarrhée est une contre-indication.

La médecine opératoire sait utiliser les propriétés du sirop sédatif, qui, en produisant l'anesthésie de l'isthme du gosier, rend plus faciles les opérations qui se pratiquent dans cette région, en particulier la staphylorrhaphie, et surtout l'exploration laryngoscopique. Enfin, la même préparation, donnée à la dose d'une à deux cuillerées à bouche immédiatement après une opération pratiquée sous l'influence anesthésique de l'éther ou du chloroforme, empêche les nausées consécutives à l'éthérisation de se produire. On l'a vue faire cesser ces nausées lorsqu'elles existaient déjà, et même lorsqu'elles étaient suivies de vomissements.

La dose à prescrire du sirop sédatif d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium varie suivant l'effet qu'on en veut obtenir. Comme sédatif ou anesthésique, la dose doit être de deux cuillerés à bouche au moins par jour pour les adultes, de quatre cuillerées à café pour les enfants. Si l'on veut calmer les accès de suffocation de certaines formes de l'asthme, il faut porter la dose à trois et quatre cuillerées à bouche. La même dose, et même une dose plus élevée, peuvent être nécessaires pour enrayer les convulsions choréiques, les accidents de l'hystérie. Dans le traitement de l'épilepsie, on administre de cinq à huit cuillerées à bouche, et même dix cuillerées par jour.

a.

Hygiène alimentaire.

Les progrès récents de la science médicale et de l'hygiène ont établi que la faiblesse constitutionnelle que l'on observe si fréquemment aujourd'hui, est causée en grande partie par l'insuffisance de certains aliments salins qui font partie des fluides et des tissus de l'organisme.

Dans l'état normal, ces éléments salins sont fournis par les aliments; mais, soit que les aliments n'en renferment pas une quantité suffisante, soit que l'économie les dépense trop vite, on reconnaît souvent la nécessité de les administrer en supplément, sous forme de médicaments.

Au nombre des substances minérales dont l'insuffisance se fait le plus souvent sentir, il faut placer le fer et le phosphore sous la forme de combinaisons diverses, dont la structure chimique n'est pas encore bien définie.

S'inspirant des travaux récents de chimistes et de médecins distingués, les Trappistes ont composé un aliment qui renferme les principes salins nécessaires à l'économie, en quantité plus grande que celle qui se trouve normalement dans les aliments ordinaires. Avec cet aliment plus riche, les personnes dont le corps ne trouve pas dans la nourriture habituelle la quantité de matières minérales assimilables dont il a besoin, peuvent conserver ou recouvrer une santé et une vigueur qui sont le résultat d'une alimentation complète.

Les Trappistes n'ont pas voulu suivre l'exemple d'autres inventeurs, qui croient résoudre le même problème en ajoutant à un aliment quelconque des sels tirés des laboratoires de chimie. Ils ont suivi la nature elle-même, et voici les bases sur lesquelles ils se sont appuyés :

Personne n'ignore que le blé, le maïs, l'avoine, ainsi que d'autres semences de céréales, sont des aliments *complets*, ce qui veut dire que des animaux nourris exclusivement de ces graines, peuvent vivre et se développer avec tous les attributs d'une santé et d'une organisation parfaites.

Cela ne serait pas possible si ces grains ne renfermaient pas les phosphates et les autres minéraux qui font nécessairement partie de l'économie animale.

Mais les savantes recherches microscopiques et analytiques de M. Mouriès ont fait voir que ces éléments minéraux ne se trouvent pas répartis dans toutes les parties de la graine d'une manière régulière et homogène. Les parties centrales du grain sont constituées par de l'amidon presque pur, tandis que la portion externe, corticale, renferme presque tous les principes minéraux et azotés qui composent, pour une si grande part, le pouvoir alimentaire de ces graines.

Une autre particularité de la structure du blé, du maïs et de l'avoine, consiste en ce que leurs parties centrales et pauvres sont beaucoup moins dures que les parties externes et riches.

Il résulte de ce fait que, à l'aide d'un artifice tout mécanique, on peut opérer la mouture de ces grains de manière à les séparer en deux portions inégales, dont la plus faible renferme presque tous les éléments riches en matières minérales et azotées.

Utilisant les ressources que leur procure une magnifique minoterie qui fait partie du monastère, les Trappistes n'ont eu qu'à mettre en œuvre cette donnée pour obtenir une farine dans laquelle on trouve une proportion de substances minérales et azotées supérieure à la moyenne renfermée dans le grain tout entier. — Mais ce n'est pas tout :

Le lait aussi est un aliment complet, renfermant tout ce qui est nécessaire à la constitution du corps humain.

Or, les parties salines de ce liquide ne se trouvent ni dans le beurre ni dans la caséine. C'est dans le *sérum* ou petit-lait qu'il faut les chercher, et qu'on les trouve en dissolution, en même temps que la lactine ou sucre de lait. Le monastère du Port-du-Salut possède une vaste fabrique de fromage qui laisse disponible une quantité considérable de petit-lait. En traitant ce petit-lait par des procédés spéciaux, les Trappistes en retirent tous les principes utiles sans leur faire subir aucune altération, et ils obtiennent ainsi un produit complexe, renfermant les divers phosphates qui existent dans le lait, avec les autres sels naturels de fer, de soude, etc., qui se trouvent là dans les proportions combinées par la nature elle-même. On ne saurait le méconnaître, cet ensemble de matériaux salins, qui ont fait partie de l'organisation vivante et n'ont pas subi l'action destructive des creusets, est bien plus apte à entrer de nouveau dans cette même organisation, que les phosphates de chaux fabriqués au moyen du feu et des acides.

Eh bien ! c'est ce produit, cet *extrait du lait*, qu'un savant médecin a eu l'idée de faire intervenir dans la composition déjà heureuse de l'aliment des RR. PP. Trappistes.

Ainsi, les principes reconstituants de la *Semouline* sont fournis, à la fois, par la portion corticale des meilleures céréales et par les sels naturels du lait de vache qui n'ont subi aucune altération, qui sont là dans l'état soluble tout particulier que la nature elle-même a acquis.

Des appareils spéciaux, très perfectionnés, ont été imaginés, tant pour évaporer le petit-lait et le mélanger à la farine, que pour donner à ce mélange une forme granulée qui flatte la vue.

C'est ce produit perfectionné que nous offrons aux personnes faibles, aux convalescents, aux enfants, aux nourrices, aux estomacs fatigués, aux poitrines débilitées, et à toutes les constitutions délicates, avec l'assurance de leur apporter un remède efficace.

La *Semouline* s'emploie en potages ou en bouillies et peut se prendre à toute heure du jour et de la nuit.

25 grammes, soit une forte cuillerée, suffisent pour un potage à l'eau, au lait ou au bouillon, et 35 grammes pour une bouillie.

On peut augmenter ces doses à volonté, et, selon le besoin, prendre plusieurs potages ou bouillies dans le cours de la journée.

Traitement du lymphatisme et de la scrofule par l'eau de la Bourboule.

II

Nous commencerons par quelques-unes des observations communiquées à la *Société d'hydrologie médicale de Paris*, par M. le docteur Peironnel, médecin inspecteur des eaux de la Bourboule, et que nous trouvons dans le compte rendu de la séance du 24 janvier 1859.

Pour ces observations, comme pour toutes celles que nous donnerons, nous nous efforcerons de faire un résumé aussi fidèle et aussi bref que possible, en conservant avec soin tout ce qui est essentiel à l'histoire complète de chaque cas considéré.

OBSERVATIONS RECUEILLIES PAR M. PEIRONNEL.

Observation I. — Mlle A. E., âgée de vingt-deux ans, est envoyée pour la première fois à la Bourboule par son médecin de Clermont-Ferrand, M. Tixier, en 1855. Tempérament lymphatique, constitution assez bonne. Depuis deux ans elle porte, à la région parotidienne droite, une tumeur qui dépasse, en bas, l'angle de la mâchoire inférieure de plus de 3 centimètres. Cette tumeur a le volume d'une orange, est ronde, un peu aplatie, mobile et sans ulcération; elle comprend la parotide et un certain nombre de ganglions cervicaux. Le sujet a la peau décolorée, les tissus mous, la lèvre supérieure gonflée.

Mlle A. a fait usage, sans succès, de préparations iodées et d'huile de foie de morue. Elle passa, la première année, vingt jours à la Bourboule, prenant des bains et des douches. Quant à l'eau en boisson, elle y renonça après un seul essai, prétendant ne pouvoir la supporter.

A la fin de cette saison, la malade quitta la Bourboule avec une diminution appréciable de la tumeur, qui était surtout considérablement amollie.

Ce travail de résolution, commencé à la station thermale, continua, et, sans aucun traitement, la tumeur diminua de plus en plus, jusqu'à disparaître complètement au milieu de l'hiver... Mais il survint alors un gonflement du pied gauche et de la jambe droite. A des rougeurs multiples, succédèrent autant de plaies scrofuleuses. La malade éprouvant de vives douleurs lorsqu'elle tentait de se tenir debout, gardait fréquemment le lit.

Elle revint à la Bourboule l'année suivante, ne conservant aucune trace de l'affection glanduleuse primitive, mais présentant des ulcères à la jambe droite et au pied gauche : quatre sur les jambes, dont trois de la dimension d'une pièce de 50 centimes, et le quatrième de celle d'une pièce de 5 francs en argent; trois au pied gauche, de la grandeur d'une pièce d'un franc, disposés en triangle sur la face supérieure du métatarse. Le traitement, qui dura vingt jours, consista seulement en bains, toujours sans boisson.

La malade partit sans grande amélioration ; mais le mieux se prononça de plus en plus après la saison, et la guérison était complète au mois de décembre, sans aucun traitement depuis la cure thermale.

Observation II. — La femme Michy, de Clermont-Ferrand, repasseuse, vingt-huit ans, vient à la Bourboule pendant la saison 1856. Cette malade, d'une santé générale médiocre, portait, sur le côté droit du cou, une tumeur large, plate, sans fluctuation, au milieu de laquelle on distinguait, au toucher, un chapelet double et quelquefois triple de ganglions engorgés; la tumeur s'étendait de l'apophyse mastoïde à la clavicule.

Les préparations iodées et ferrugineuses, ainsi que l'huile de foie de morue avaient été essayées sans succès.

Le traitement à la Bourboule dura dix-sept jours, et consista en bains, douches et boisson. Au départ de la malade, l'engorgement avait diminué; les ganglions s'étaient ramollis et détachés les uns des autres.

La malade revint l'année suivante; une amélioration considérable s'était produite dans l'intervalle, sans traitement. L'énorme tumeur de l'année précédente était réduite au volume d'une amande revêtue de sa coque verte. Dix-huit jours de traitement, consistant en bains, douches et boisson, amenèrent le ramollissement et la diminution de la tumeur. Trois mois après, la guérison était complète.

Observation III. — M. Riberolles, âgé de quarante-sept ans; tempérament nerveux. A son arrivée à la Bourboule, il présente une augmentation considérable du volume de la jambe droite. Les téguments sont violacés; de nombreuses plaies échelonnées sur la jambe fournissent abondamment du pus sanieux. Un stylet, dirigé à travers quelques-unes de ces plaies, arrive jusqu'à la surface de l'os, rugueuse et molle, et que sa pointe entame facilement. Le malade éprouve, tout le long de la jambe, des douleurs permanentes, et il est complètement privé de mouvement depuis le début de la maladie.

Antérieurement, le malade a perdu la seconde phalange du pouce de la main droite, à la suite d'une carie qui avait précédé de quelques semaines l'affection du tibia.

L'articulation scapulo-humérale du même côté est raide, la flexion des doigts très limitée. Le malade est très maigre et très pâle. On avait proposé au malade l'amputation de la jambe; mais il s'y était opposé.

Le docteur Peironnel lui fit faire deux cures séparées par un intervalle de trois semaines. Bains, douches et boisson; vingt jours chaque fois.

A la fin de la première saison, l'état de la jambe était meilleur, son volume moindre, le pus des plaies plus louable, la flexion des membres plus facile, les forces un peu revenues. Après la deuxième saison, le volume de la jambe avait encore diminué, et la couleur de la peau était redevenue normale sur les trois quarts de sa longueur. Un grand nombre de plaies étaient cicatrisées. L'appétit et le sommeil étaient rendus au malade, qui ne souffrait plus.

Pendant l'hiver, il continua de boire de l'eau minérale, chaque mois pendant quinze jours, conformément aux prescriptions de M. Peironnel; au bout de peu de temps il marchait avec des béquilles. Il revint à la Bourboule au début de la saison thermale, en 1857. Il marchait alors avec deux cannes. Comme l'année précédente, M. Riberolles fit deux saisons. A son départ, les plaies et la couleur violacées de la jambe avaient disparu. Il marchait avec une seule canne. Depuis lors, la guérison s'est complétée; il a recouvré toutes ses forces et son embonpoint, et repris ses travaux habituels.

Observation IV. — Mectas (Jean), vingt ans, garçon meunier, envoyé par le docteur Tohadou (de Bourg-Lastie), présente une augmentation considérable du tibia droit dans sa partie inférieure. Sur la partie antérieure sont échelonnées quatre tumeurs fongueuses, du volume d'une noix, érodées à leur sommet, et d'aspect noirâtre. La peau de la moitié inférieure du membre est violacée. Les plaies donnent du pus séreux, infect. Le malade ne marche qu'à l'aide de deux béquilles.

Jusqu'à ce jour, son traitement avait consisté en huile de foie de morue, pansements, lotions locales et régime succulent.

M. Peironnel lui fait faire deux saisons, séparées par vingt-cinq jours de repos. En tout vingt-six bains, vingt-cinq douches, un verre d'eau par jour.

A la fin de la première saison, il y avait amélioration de l'état général et diminution du volume de la jambe. Le progrès continua pendant l'intervalle de repos; deux des tumeurs se guérirent presque complètement; vingt-cinq esquilles se détachèrent, dont vingt de la grosseur d'une amande, et vingt du volume d'un grain de blé. Une des plaies avait conservé son mauvais aspect et fournissait toujours du pus de mauvaise nature. Cet état était peu modifié à la fin de la seconde saison. M. Peironnel retira de la plaie, le jour du départ, une esquille de 1 centimètre de large sur 2 de long. Une amélioration notable se produisit pendant l'hiver, sans traitement.

Le malade revint à la Bourboule au commencement de la saison thermale (1877). Il marchait facilement et sans canne. La jambe avait à peu près repris son volume normal, et il ne subsistait qu'une petite plaie avec une très faible suppuration. Le traitemont dura dix jours. La suppuration avait disparu. Quelques mois après, le malade était complètement guéri.

Observation V. — Mural (Anne), vingt-huit ans, mariée, sans enfants. Mal vertébral. Cette malade, envoyée par le docteur Sadourny (de Clermont), présente les symptômes suivants : dépression des trois premières vertèbres lombaires; courbure en avant de la colonne vertébrale, produisant un angle très saillant en arrière; de chaque côté de la région inguinale, un abcès fournissant abondamment du pus mal lié. La malade fait difficilement quelques pas avec des précautions extrêmes. Traitement de quatorze jours : bains, douches locales et boisson. L'amélioration, peu sensible à son départ, se manifesta ensuite à ce point, que trois mois après la saison elle faisait à pied, et sans canne, une course de plus de 8 kilomètres, sans grande fatigue. Elle revint l'année suivante à la Bourboule (1857) Forte alors, d'allure résolue, marchant facilement et longtemps. Les abcès inguinaux étaient en voie de complète cicatrisation.

Le traitement dura dix-sept jours, et quelque temps après son départ, la femme Mural reprenait toutes ses occupations et tous ses travaux ordinaires.

Observation VI. — Fouret (Marie), seize ans. Diathèse scrofuleuse manifeste. Engorgement diffus sous le menton; peau décolorée, lèvres et ailes du nez volumineuses. On constate une kératite ulcéreuse à l'œil gauche, avec photophobie excessive et épiphora. En détachant les paupières, ce qui était très difficile, même dans l'obscurité, on remarque une vaste ulcération de la cornée. L'œil droit, très injecté et sensible aussi, est pourtant moins malade que l'œil gauche.

La malade a essayé divers traitements à domicile, et ensuite une cure à Saint-Nectaire, sans obtenir d'amélioration soutenue.

Son traitement à la Bourboule a consisté en vingt-deux bains, autant de douches fixes sur les paupières, et boisson. Amélioration considérable ; la photophobie a disparu ; la plaie de la cornée est presque cicatrisée; l'œil droit est en parfait état. Les progrès continuèrent après le traitement, et trois mois après avoir quitté la Bourboule, la malade était complètement guérie.

A la suite de ces observations, M. le docteur Peironnel a donné une statistique des scrofuleux qu'il a traités à la Bourboule durant les saisons thermales 1855, 1856, 1857 et 1858.

En 1855, sur 123 malades, il a obtenu 9 guérisons, 99 améliorations notables pendant le traitement, et 5 améliorations ou guérisons après le traitement, 10 insuccès.

En 1856, sur 129 malades, il a obtenu 9 guérisons, 99 améliorations notables pendant le traitement, 7 améliorations ou guérisons après le traitement, 14 insuccès.

En 1857, sur 153 malades : 25 guérisons, 116 améliorations notables pendant le traitement, 1 guérison après le traitement, et 11 insuccès.

En 1858, sur 188 malades : 16 guérisons, 157 améliorations notables pendant le traitement, 15 insuccès.

On voit que les insuccès, en moyenne, sont à peine de 1 sur 12 malades, et il faut noter que, dans la statistique détaillée donnée par M. Peironnel, sur la totalité des affections scrofuleuses qu'il indique, les tumeurs blanches, les nécroses et caries, ostéites, entrent pour plus de la moitié des cas qu'il a traités.

En regard de ces résultats si remarquables, nous citerons des observations beaucoup plus récentes, recueillies par d'autres praticiens, et qui, réunies à celles de M. le docteur Peironnel, nous permettront de formuler des conclusions ayant un caractère manifeste de certitude. Notons seulement ici, en passant, que M. le docteur Peironnel, à la suite de ces observations, parmi de très judicieuses considérations, appelle l'attention sur les suivantes :

La plupart des malades traités à la Bourboule, *ont fait inutilement un traitement à domicile*, ou même *viennent en grand nombre d'autres établissements thermaux, où ils n'ont obtenu que des résultats imparfaits ou nuls.*

Cependant, les effets obtenus chez ces malades venus à la Bourboule sont, plus de quatre-vingt-dix fois sur cent, rapides, éclatants et durables. On est donc déjà en droit de conclure que les eaux de la Bourboule ont une spécialité d'action remarquable dans le traitement des affections scrofuleuses.

(*A suivre.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 13 mai 1880.

Académie de médecine : RAPPORT SUR LA VALEUR ALIMENTAIRE DE LA MARGARINE : M. RICHE. — RAPPORT SUR LA PESTE. — *Assistance publique :* INSUFFISANCE DES SERVICES HOSPITALIERS.

Rapport sur la valeur alimentaire de la margarine.

Nous croyons devoir signaler aux lecteurs du *Bulletin de l'Académie* le rapport que vient de faire M. Riche sur la substitution de la margarine au beurre et au saindoux dans la préparation des aliments. On sait que le ministre du commerce avait demandé, sur cette question, l'avis de l'Académie, et personne n'ignore toutes les réclames faites en vue de prôner la margarine Mouriez. De nombreuses expériences ont été entreprises *in animâ... insanorum;* car il est bon de faire remarquer que les asiles d'aliénés ont été seuls favorisés de cette nouvelle préparation. Or il résulte du rapport de M. Riche que les gens de service et les malades n'ont pu tolérer la substitution de la margarine au beurre, que ce changement de régime est nuisible, puisque les huiles végétales sont d'une digestibilité plus difficile que les graisses animales; enfin que la margarine Mouriez, étant trop chère, n'existe plus dans le commerce, et que les autres margarines sont, pour la plupart, des produits impurs ou falsifiés. Qu'on n'entende donc plus parler de cette nauséabonde substance!

Rapport sur la peste.

M. J. Rochard vient de lire à l'Académie de médecine un long et remarquable rapport *sur les recherches qu'il reste encore à faire pour élucider les points obscurs que présente l'étude de la peste.* On se rappelle l'origine de ce rapport. Lorsque je fus désigné au commencement de l'année dernière pour aller étudier l'épidémie du gouvernement d'Astrakhan, l'Académie nomma une commission de huit membres pour tracer un programme de recherches destiné à me guider. A cette époque l'épidémie était éteinte depuis près de deux mois, et le travail de la commission n'avait plus de raison d'être, du moins pour le cas particulier. Elle n'en continua pas moins son œuvre, pensant qu'un pareil programme trouverait utilement son emploi dans une autre circonstance: c'est le résumé de ce travail que M. Rochard a présenté à l'Académie, dans les séances des 13, 20 et 27 avril 1880.

Il m'a semblé que la commission avait laissé dans l'ombre un certain nombre de points purement pratiques, et par suite accessoires, mais que l'on ne peut entièrement passer sous silence. C'est pourquoi, tout en remerciant le savant rapporteur de ses paroles bienveillantes à mon égard, j'ai cru utile de résumer la question en faisant ressortir les difficultés qui m'ont embarrassé moi-même.

Si l'on dégage de ce rapport très substantiel un historique sommaire de l'épidémie qui en avait été le point de départ, et quelques considérations personnelles sur des points obscurs d'étiologie ou de nature, on reconnaîtra que la question a été largement traitée. Trop largement peut-être, attendu que les instructions scientifiques que l'on peut donner à un médecin dans un cas pareil doivent être courtes, précises, bornées à quelques points essentiels, sous peine de devenir à peu près inutiles. La peste n'est pas, en somme, une maladie aussi inconnue qu'on le croit. Au point de vue de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique ou même de l'étiologie, elle est sur la même ligne que le choléra ou la fièvre jaune. Il faut donc supposer que le missionnaire scientifique que vous enverrez sur le théâtre d'une épidémie, se sera assimilé suffisamment les excellents travaux que nous possédons sur la peste, et spécialement ceux de Lachèze et d'Aubert Roche : ce sera le meilleur programme dont on puisse le munir. Sans cette initiation préalable aux recherches de nos prédécesseurs, l'étude d'une épidémie se fait sans guide et sans but, et le programme de l'Académie, compris dans sa lettre, restera incompris quant au fond. On a vu quelquefois des médecins bien intentionnés arriver sur le théâtre d'une épidémie pestilentielle avec de nombreux instruments de chimie ou d'optique; mais ces braves confrères marchaient à tâtons, faute de s'être suffisamment familiarisés avec la question si épineuse de la peste, et leurs efforts obstinés n'aboutissaient à rien parce qu'ils se faisaient dans le vide.

Mais supposons que le médecin envoyé par le gouvernement remplisse cette condition indispensable, et jamais suffisamment remplie, d'une connaissance exacte de la question. Sur quels points devra porter spécialement son investigation, une fois qu'il se sera formé une idée générale des faits? Nous allons suivre l'exposé de M. Rochard, et considérer successivement: 1° l'étude clinique, 2° les causes et la prophylaxie.

Ce qui laisse le plus à désirer, c'est d'un côté la symptomatologie, de l'autre l'anatomie pathologique, dit en substance le savant rapporteur de l'Académie. C'est vrai. Mais à cela il n'y a pas grand'chose à faire. La maladie a passé, presque en tout temps, pour être fort contagieuse et mortelle; la grande mortalité des médecins et des infirmiers en est une preuve. Or, les médecins morts, on détruit leurs papiers, comme on a fait à Wetlianka, comme on fait toujours dans les pays lointains, peu civilisés, où il faut aller chercher l'affection. Si l'on veut éviter que ces études faites trop souvent

au péril de la vie ne soient pas perdues pour la science, il faut recommander au médecin de prendre quelques précautions, de ne jamais oublier, dans son zèle, la maladie à laquelle il a affaire. On a parlé de *respirateurs à ouate;* cet engin un peu risible peut en effet trouver son emploi à l'amphithéâtre. Près des malades il produirait probablement, comme tous les masques, capuchons, etc., un effet désastreux, ainsi que l'avait fort bien indiqué M. Rochard, dans la séance du 4 mars 1879. Que faire alors? Les médecins de l'Asie Mineure emploient (au dire de M. Cabiadis) une manière d'agir qui me paraît recommandable. Ils ont fixé à *cinq minutes* le temps maximum d'examen d'un malade en une seule séance. Pendant ces cinq minutes ils auscultent, percutent, palpent, etc., puis ils quittent l'appartement. Si l'examen n'est pas suffisant, ils rentrent au bout d'un quart d'heure, et ainsi de suite. Après chaque examen, un bain et des vêtements désinfectés. C'est en somme, la mise en action du conseil célèbre que Rigaud donnait à de Lesseps : « Venez me voir vingt fois par jour, mais ne restez que cinq minutes. » Cette manière de procéder me paraît logique et destinée à concilier en même temps les intérêts du médecin et ceux de la science. Et de fait on n'a pas, que je sache, observé de mortalité parmi les médecins de Bagdad en 1876 et 1877, et cependant chacun d'eux a soigné des centaines de malades. A Wetlianka, au contraire, les médecins ont tous été victimes de leur zèle, parce qu'ils ignoraient la transmissibilité de l'affection et ne prenaient aucune précaution.

Au médecin envoyé pour étudier la peste nous dirons donc: Ayez un respirateur à ouate, si vous voulez, pour les travaux d'anatomie, et interrompez vos séances auprès des malades. Soyez confiant, mais ne vous laissez pas emporter par le feu sacré, et ayez avec vous une personne chargée de vous rappeler que le temps s'écoule et qu'il est nécessaire de sortir pendant quelques minutes.

La commission recommande de noter les caractères et la fréquence du pouls et de « recueillir le plus grand nombre possible de tracés sphygmographiques! » — « Il sera indispensable, est-il dit plus loin, de noter soir et matin le degré de la température centrale et de la température périphérique, en plaçant le thermomètre alternativement dans la région axillaire et dans la main du malade. Ces tracés, ainsi que les courbes relatives à la fréquence du pouls et de la respiration, *pourront* être consignés sur un seul tableau, semblable à ceux qu'on trouve aujourd'hui dans les salles de clinique de tous les hôpitaux. » Il me semble que tout médecin digne de ce nom aurait de lui-même compris l'utilité de ces tracés, en y faisant figurer, en outre, la température *rectale* à côté de la température axillaire, qui est moins significative. Quant aux tracés sphygmographiques, dont la valeur est encore bien moins démontrée, il est à craindre qu'ils ne soient pas pris en grand nombre.

La commission recommande ensuite l'étude attentive des signes pathognomoniques : bubons, charbons, pétéchies, et cela se conçoit. Mais de ce côté il y a peu de chose à ajouter à ce que nous ont appris nos prédécesseurs. Peut-être y aurait-il lieu d'attirer l'attention des futurs observateurs sur la *céphalalgie* des pestiférés, symptôme qui passe auprès des hommes compétents, pour presque pathognomonique. Ce mal de tête ne ressemblerait à rien de ce que nous connaissons en pathologie et serait un mélange de migraine et d'ivresse, avec conservation des facultés mentales. — Il serait intéressant de savoir si le fait est vrai, attendu que dans certaines formes foudroyantes, où les symptômes ordinaires font complètement défaut, cette céphalalgie spéciale permettrait d'arriver à un diagnostic certain. Il serait important aussi de recueillir d'une façon très minutieuse des observations sur *l'état des organes thoraciques*. Peut-on constater dans la peste d'autres affections que la bronchite ou l'apoplexie pulmonaire, et spécialement la pneumonie? Les recherches nécroscopiques laissent, en effet, beaucoup à désirer, mais c'est surtout la lésion histologique qu'il faudra étudier. Même en faisant ses préparations, même en les transportant, le médecin n'oubliera jamais qu'il manipule une matière extrêmement suspecte, et qu'il doit prendre quelques petites précautions, non seulement dans son intérêt, mais encore dans celui de son pays. Si le germe de la peste est un microbe, il peut à la rigueur être importé sous une plaque de verre aussi bien que dans un tapis de Perse. Cela est vrai surtout des préparations plus volumineuses, des organes entiers, etc., qui peuvent fort bien constituer un danger.

Le rapporteur signale à l'attention des médecins les recherches à faire sur le sang, les sécrétions, les ecchymoses et charbons internes, les lésions des lymphatiques et du grand sympathique. Il n'y a rien à dire à cela. Toutes ces recherches sont nécessaires en théorie, si l'on veut arriver à une idée claire de la nature de l'affection. Malheureusement, et c'est un point sur lequel le rapporteur ne pouvait pas insister, mais qui n'en est pas moins important, elles ne sont pas toujours possibles. Les dernières épidémies de peste sont celles du Volga, de l'Irak-Arabi, de Benghazy, de Hindié, de l'Assyr (s'il est démontré que cette dernière soit de nature pestilentielle) : croit-on que des recherches de fine anatomie pathologique soient possibles dans ces divers pays? Tout ce que l'on peut faire, c'est de pratiquer un examen rapide des pièces fraîches, de les faire macérer ensuite pour les emporter. Quel procédé de macération employer? Il y a là une petite difficulté. Les délégués allemands en Russie ont employé l'ancien procédé de l'alcool absolu : je préfère pour mon compte la méthode mixte de la gomme, de l'acide picrique et de l'alcool. Peut-être existe-t-il un procédé plus avantageux : il serait utile de l'indiquer.

Dans un prochain article, je suivrai le rapport dans l'étude de l'étiologie, en y comprenant l'évolution de l'affection.

C. Zuber.

(A suivre.)

Insuffisance des services hospitaliers.

Un événement des plus regrettables nous fournit l'occasion de signaler au nouveau directeur général de l'administration de l'Assistance publique une réforme à introduire dans les services qu'il est appelé à diriger. Un jeune homme de trente et un ans, ancien sous-préfet, appartenant à une excellente famille, arrive à Paris. Il s'installe provisoirement dans un hôtel meublé et y gagne une variole confluente. A peine cette maladie est-elle déclarée qu'il est mis en demeure de quitter la chambre qu'il a louée. Aucune autre maison ne peut le recevoir à Paris. Il s'adresse en vain à tous les asiles privés ; il se voit aussi refusé à la Maison municipale de santé. Il ne peut trouver d'abri qu'à l'hôpital Saint-Antoine, où il est interné dans une salle commune destinée aux varioleux de toute provenance. Il y succombe en quelques jours. N'est-il pas désolant d'avoir à signaler un fait de ce genre, d'avoir à constater que, dans une ville comme Paris, il n'est point possible à un étranger ou bien à toute autre personne qui n'a pas, de par un bail régulier, droit de domicile dans une maison privée,

de trouver à se faire soigner à ses frais ailleurs que dans la salle commune d'un hospice civil? Aujourd'hui surtout, alors que l'on cherche à réglementer l'isolement des malades atteints de maladies contagieuses, ne serait-il pas urgent d'instituer dans les maisons hospitalières, comme la Maison municipale de santé, ou dans les hospices civils, des salles d'isolement où il deviendrait possible de recevoir les soins nécessaires, sans être exposé à subir les angoisses auxquelles a été soumis le malheureux qui vient de succomber à l'hôpital Saint-Antoine?

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Étude sur le bassin rachitique, par M. X. Delore, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, ex-chirurgien de la Charité.

(Fin. — Voyez le numéro 19.)

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES.

Siège des rétrécissements. — Dans l'immense majorité des cas, les rétrécissements portent sur le détroit supérieur. Ce fait acquiert d'autant plus de gravité qu'il y a là un anneau osseux dont les dimensions sont inflexibles.

C'est le diamètre sacro-pubien de ce détroit qui est habituellement le plus court. J'ai expliqué le fait en démontrant la fréquente projection du sacrum en avant et en bas.

On trouve des exceptions à cette règle dans le *cordiforme exagéré* et l'oblique-ovalaire rachitique. Dans celui-ci la diminution a porté sur une des distances sacro-cotyloïdiennes et dans celui-là sur toutes les deux. Enfin citons encore les cas où la projection des dernières vertèbres lombaires a formé un nouveau plan souvent plus étroit que celui du détroit supérieur.

Les rétrécissements de la cavité pelvienne sont rares; ils se produisent dans les cas où le sacrum est redressé.

Ceux du détroit inférieur ont beaucoup moins d'importance: car lorsque les bassins sont viciés à un haut degré, la tête du fœtus n'y arrive presque jamais. Dans les bassins rétrécis réguliers, leurs dimensions conservent leurs rapports avec celles du détroit supérieur. Il est assez difficile sur les bassins secs de nos collections de se rendre un compte exact du diamètre coccy-pubien: car les ligaments sacro-sciatiques se retirent sous l'influence de la dessiccation, et fréquemment je me suis trouvé dans l'impossibilité de faire passer au détroit inférieur une tête ordinaire de fœtus dans un bassin sec normal; notre étude présente donc forcément des lacunes à cet égard. Toutefois il m'est possible de faire un certain nombre de remarques.

Fréquemment le diamètre coccy-pubien conserve ses dimensions; quoique le sacro-pubien soit rétréci. Le sacrum a bien cheminé à la rencontre du pubis, mais en même temps il a subi une bascule dont le milieu de l'os a été le centre: de telle sorte que la pointe du coccyx s'est éloignée à mesure que le promontoire se rapprochait. Ce fait se produit aussi dans quelques cas de diminution du diamètre transverse, dans les luxations congénitales de la hanche par exemple.

Toutefois la bascule peut se faire en sens inverse; d'une part la base du sacrum peut se renverser en arrière tandis que le coccyx est porté en avant; d'autre part les parois latérales peuvent s'incliner de haut en bas et de dehors en dedans; j'ai même sous les yeux un bassin oblique-ovalaire dont la face interne d'un des ischions est tout à fait sur la ligne médiane.

Quant au diamètre bi-sciatique, il est rétréci dans les mêmes cas où le diamètre transverse l'est également; toutefois il ne marche pas toujours en harmonie avec lui, ainsi que le prouvent nos tableaux. Dans les bassins cordiformes exagérés, notamment, la distance bi-sciatique est nulle, tandis que le diamètre transversal au détroit supérieur est encore assez développé. Certains obliques-ovalaires ont également un diamètre bi-sciatique fort étroit. J'ai déjà dit que l'espace qui sépare les ischions n'était pas un véritable diamètre. Quoique la tête n'y soit pas étreinte, il faut tenir compte de ses rétrécissements. En effet la base normale de cette arcade a 9 centimètres, c'est-à-dire que la tête peut s'y engager profondément; mais si cette base n'a que 6 centimètres par exemple, l'occiput d'une tête fœtale régulière ne pourra s'y engager plus de 2 centimètres.

Degré. — D'après nos tableaux on voit que les rétrécissements de 10, 9 et 8 centimètres sont les plus fréquents, et malgré cela ils n'indiquent pas la proportion générale. On ne prépare, en effet, dans les amphithéâtres que les bassins très difformes, ou ceux des femmes qui ont présenté des cas de dystocie graves. Un grand nombre de bassins de 9 et 10 centimètres ont donc échappé à l'observation. Pour mon compte, je les estime très fréquents et, lorsque j'ai pratiqué dans ce but de sérieuses observations sur les femmes de la maternité de la Charité, j'ai constaté de nombreux cas où le diamètre sacro-pubien n'avait que 9 ou 10 centimètres.

Pelvimétrie. — Je désignerai par ce mot l'ensemble des moyens d'investigation relatifs aux bassins rétrécis. Ce qu'il importe surtout de connaître, ce sont les dimensions exactes de la filière que doit traverser la tête. Une erreur de 2 centimètres est très préjudiciable. Elle conduit souvent l'accoucheur à choisir un mode d'intervention qui n'était pas le bon: de là des accidents graves. Le diamètre sacro-pubien est le plus souvent et le plus fortement rétréci. Dans les bassins symétriques c'est donc lui qu'il importe le plus de connaître exactement; c'est du reste toujours lui qu'on recherche, et même habituellement seulement lui.

Cependant dans certains cas la connaissance seule du diamètre sacro-pubien est d'une valeur secondaire.

1° Lorsque la quatrième ou la cinquième lombaire se sont précipitées dans l'aire du détroit supérieur, c'est la distance qui les sépare du pubis qu'il faut connaître, car c'est à ce niveau que la tête est arrêtée.

2° Si le bassin est oblique-ovalaire vrai ou rachitique, la plus courte dimension antéro-postérieure n'est plus le diamètre sacro-pubien; c'est une ligne qui du promontoire tombe à droite ou à gauche de la symphyse pubienne.

3° Dans les bassins cordiformes exagérés il y a un nouveau plan de l'obstacle en avant, et la tête, au lieu de butter contre le pubis, est arrêtée au niveau d'une ligne transversale passant par les éminences ilio-pectinées.

Il importe donc d'éviter ces causes d'erreur et de chercher par tous les moyens possibles les dimensions et la forme de la filière pelvienne, sans négliger aussi son inclinaison.

Pour y arriver on peut faire des investigations externes et internes.

Je ne répéterai pas tout ce qui a été dit avec tant d'à-propos dans les ouvrages classiques sur le manque de valeur des mensurations extérieures pour apprécier les rétrécissements. La verticalité des ischions ou même un degré trop accentué d'horizontalité empêchent d'avoir des notions précises sur le diamètre transverse du détroit supérieur. Du reste, la connaissance de ce diamètre importe peu, dans la plupart des cas où c'est le diamètre antéro-postérieur qui est le plus étroit. Cependant on peut avoir avantage à le connaître dans les rétrécissements avec régularité des formes.

Quant au diamètre sacro-pubien extérieur, il peut donner lieu à de nombreuses erreurs à cause de l'épaisseur variable des os et des formes diverses que je viens d'indiquer.

La pelvimétrie interne est le seul mode rationnel d'investigation; elle donne de précieux renseignements, à condition

PREMIER TABLEAU

Nos D'ORDRE.	DIAMÈTRES				HAUTEURS			FORMES	BOULES				OBSERVATIONS
	SACRO-SUS-PUBIEN.	SACRO-SOUS-PUBIEN.	TRANSVERSE.	DI-SCIATIQUE	PECTINÉO-SCIATIQUE gauche.	PECTINÉO-SCIATIQUE droite	DU PUBIS.		SUR LE DIAMÈTRE sous-pubien supérieur.	SUR LE DIAMÈTRE coccygien-pubien.	ESPACE A DROITE de la colonne.	ESPACE A GAUCHE de la colonne.	
1	12.5	12	8	10	10.5	»	4	»	»	»	»	»	»
2	11.5	10	11.5	»	10	9.8	4	Cordiforme exagéré.	6.3	4.1	»	»	Parallélisme des pubis. Sacrum très concave. Arcades pubiennes nulles. Promontoire à gauche.
3	10.5	12	12	9	8.8	8.8	3.9	Régulier.	»	»	»	»	»
4	10	10	11.5	3	8.5	8.5	3	Cordiforme exagéré.	6	6	«	»	Parallélisme des pubis. Sacrum concave. Colonne couchée sur l'ilion gauche.
5	10	11.5	12	7	8.2	8	3.5	»	8.3	»	»	»	Rétrécissem. du détroit inférieur. Sacrum à 6 vertèbres. Gracilité.
6	10	11	14	10	8.6	8.6	4	Régulier.	»	»	»	»	»
7	10	11	13	7	8.5	8.5	3.5	Oblique-oval. rachitique.	8.3	»	»	»	Promontoire à droite. Trous sacrés droits au bord. Échancrure sciatique plus large à gauche.
8	10	11	12.5	8	8.8	8.8	3	»	»	»	»	»	Rétrécissement transversal au détroit inférieur.
9	10	10.2	12	11	8.3	8.3	3	Oblique-oval. rachitique.	»	»	»	»	Déviation légère du promontoire et de la colonne à gauche. Ilions verticaux.
10	10	10.5	13.7	13	8	8	2.8	Régulier.	»	»	»	»	Gracilité.
11	10	12	11.7	9	9	9	3	Régulier.	»	»	»	»	Gracilité.
12	10	11	12.7	10	9	8.5	2.5	Régulier.	»	»	»	»	Gracilité.
13	9.5	10	15.5	11.5	8.6	8.6	3.5	Oblique-oval. rachitique.	»	»	»	»	Gracilité. Transparence des ilions. Colonne à gauche.
14	9.5	10	12.8	10	8.2	8	3.5	Régulier.	8.3	»	»	»	Soudure de la dernière vertèbre lombaire.
15	9.5	11	14	10.5	8.5	8	4	Oblique-oval.	8.3	»	»	»	Colonne à gauche. Transparence des ilions.
16	9	10	13	11	8.2	8.2	3	Régulier.	8.3	»	»	»	»
17	9	10	11.5	10	8.8	8.8	3	Régulier.	8.3	»	»	»	»
18	9	10	13	10	7.9	7.9	2.8	»	»	»	»	»	Sacrum presque droit. 6 vertèbres.
19	9	10	12.5	9	8	8	2.8	Régulier.	»	»	»	»	»
20	8.5	8.3	8	8	9	8.5	4	Réniforme.	»	»	»	»	Sacrum replié sur lui-même. Plan de l'obstacle formé par la 4e et la 5e vertèbre lombaire.
21	8.5	10	11.5	7.5	8.8	8.8	4	Oblique-oval.	8.3	»	»	» »	Colonne à droite. Trou sacré sur le bord. Ilion droit plus petit que le gauche. Ischion droit plus en avant que le gauche.
22	8.5	10	11	10	9.3	9.3	2.5	»	»	»	»	»	Concavité du sacrum.
23	8.5	9	11.5	3	8	8	4	Cordiforme.	8.3	»	»	»	Parallélisme du pubis. Forte courbure du sacrum. Transparence.
24	8	9.5	12.3	9.5	8	7.8	3	Cordiforme.	»	»	»	»	Parallélisme du pubis. Ischion gauche plus en arrière. Sacrum concave.
25	8.4	9.5	11.3	8.5	8.5	8.5	4	Régulier.	8.3	»	»	»	»
26	8	10	12.8	9	8.5	8.5	3.5	Régulier.	»	»	»	»	»
27	8.8	9	12.2	12	7.8	8	3.5	Oblique-oval.	8.3	»	»	»	Os épais. Colonne en face du trou obturateur droit. Promontoire à droite.
28	7.6	8.8	13	12	8.5	8.4	3.8	Oblique-oval.	8.3	»	»	»	Colonne déviée à droite.
29	7.5	10	13	9.8	9	8.8	3	Régulier.	8.3	»	»	»	Concavité du sacrum.
30	7.2	8.6	11.8	5.1	7.8	8	3.2	Cordiforme.	6	»	»	»	Ilions recourbés en oublie. Concavité du sacrum.
31	7	9	13.5	10	9	9	3.3	Oblique-oval. vrai.	»	»	»	»	Soudure de la symphyse sacro-iliaque.
32	7	8	12.5	10.3	8.3	8.3	3	»	7.2	»	»	»	Ilions évasés. Gracilité.
33	6.6	8.8	11.5	11.5	6.7	7.7	3	Oblique-oval. vrai.	8.3	»	»	»	romontoire à droite. Verticalité des ilions, surtout à gauche.
34	6.5	9.2	»	8	9	8.5	4	Obliq. rachit.	6	»	2.5	6	»
35	6.5	7.5	14	11	8.5	8.5	3	Oblique-oval	7.2	»	»	»	Colonne à droite. Concavité du sacrum. Ilion droit plus vertical.
36	6.5	8	13	9.5	6.7	7.5	3.5	Oblique-oval.	7.2	4.1	»	»	Colonne à gauche.
37	6.2	»	12.5	12	9	8.6	»	Oblique-oval.	7.2	»	»	»	Promontoire à gauche Forte concavité du sacrum.
38	6	7	13	10	8	8.3	2.5	Oblique-oval.	6	»	7.2	4.9	Colonne à gauche. Promontoire proéminent. Gracilité.
39	6	6	11	8	6.5	6.5	3	Oblique-oval.	»	»	»	»	Sacrum horizontal. Colonne à gauche.
40	5.5	7.5	13.8	12	8.4	8.4	3.6	Réniforme.	6	»	6	6	Promontoire proéminent.
41	5.5	6	14	7.9	9	9	2.5	»	»	»	»	»	Gracilité et transparence. Concavité exagérée du sacrum.
42	5.5	7	12.2	11.5	7	6.8	2.5	Oblique-oval.	»	»	»	»	Colonne à droite. Ilion droit plus vertical. Concavité du sacrum.
43	5	5.5	11.5	9	7	7.2	3	»	6	»	»	»	Verticalité du détroit supérieur. Sacrum horizontal. Gracilité.
44	3.5	5.5	13	0	8.5	8.5	3	Réniforme.	4.1	»	»	»	Verticalité des ilions. Pubis reclilignes. Absence du diamètre bi-sciatique.
45	3.5	4	9.3	10	7.5	7.8	3	Oblique-oval.	3	»	»	»	Horizontalité du sacrum. Colonne à gauche. Ilion droit en oublie. Ilion gauche vertical.

DEUXIÈME TABLEAU

DIAMÈTRES			Hauteur sacro-coccygienne.	PROMONTOIRE									
				SA SITUATION			Ses rapports avec l'articulation sacro-sciatique.	SES RAPPORTS AVEC LE MILIEU DE LA LIGNE BI-COTYLOÏDIENNE			SES RAPPORTS AVEC LE PLAN DU DÉTROIT SUPÉRIEUR		
Sacro-pubien.	Sacro-sous-pubien.	Transverse.		Droite.	Normale.	Gauche.		Distance sacro-pubienne.	Distance sacro-cotyloïdienne médiane.	Distance pubio-cotyloïdienne médiane.	Au-dessus.	Au-dessous.	Hauteur normale.
7.5	9.5	13	10.5	10 fois.	30 fois.	25 fois.	2.5	12.5	6	6.5	1	2.5	Elle est
11	»	»	11.5				1.5	12	6	6	1	4	de 0.8
8.5	9.5	12	10				2	11	5.5	5.5	1	3.5	dans
6.5	10	12.5	9.5				3	11	4	7	1.5	1	16 cas.
9.5	»	12	10.5				2.5	11	4	7	2		c'est
7.5	»	12.5	15				2	11	5	6	3		la
9	»	»	8.5				1	10.5	6	4.5	3.5		hauteur
8.5	»	»	10				4.5	10.5	6.2	4.3	4.5		normale.
9.5	10.5	»	10				2 d., 2.6 g.	10.5	4.5	6			
7	10	12.5	11				2	10	5.3	4.7			
7	»	»	12				3 g., 2 d.	10	4	6			
7	»	»	6				2	10	5	5			
6	»	»	8				2	10	4.5	5.5			
7	»	»	7				1.2	10	4.5	5.5			
6	»	»	10				3	10	4	6			
6.5	»	»	5				2.5	10	5	5			
7.5	»	10	6				0.8	9.5	3.5	6			
5.3	»	7.3	9				1 d., 1.5 g.	9	3	6			
12	»	8	9				0.8 nor.	9	4.5	4.5			
4	6	»	8					9	3	6			
6	7.5	»	4					8.5	1.5	7			
12.5	»	»	7					8.5	3	5.5			
15	»	»	8.5					8.	3.5	4.5			
4.5	6	»	8					8.	3.5	4.5			
»	»	»	4.5					8.	3	5			
»	»	»	4					7.5	3	4.5			
								7.5	2	5.7			
								7.5	2	5.7			
								7	3	4			
								7	2	45			
								6.5	1	5.5			
								6.5	2.5	4			
								6	0.5	5.5			
								5.5	1.5	4			
								5.7	0.7	5			
								3.5	0.5	3			

Nota. — Voici l'explication de ces deux tableaux dans lesquels le centimètre est pris paur unité.

Premier tableau. — 45 bassins déformés de la Faculté de Lyon ont été étudiés. La premièra ligne indique le numéro d'ordre ; la seconde le diamètra sacro-pubien supérieur ; la troisièmo lo diumètra sacra-sous-pubien ; ensuite le diamètre transverse ; le diamètro bi-sciatique ; la hauteur pectineo-sciatiqua gauche et la droite; la hauteur du pubis. Dans d'nutres calonnes an n apprécié le diamètre de boules en caoutchauc qui ont pu traverser los bassins rétrécis ; an a noté leur passaga au niveau du diamètre sacro-puhien supérieur ; du diamètre coccy-pubien et des espaces situés à droite et à gauche do l'unglo sacro-vertéhral. Le diamàtre des baules employées n'a jamais été supérieur à 8,3, car j'ai considéré cette dimcusion cnmme celle das têtes fœtales ayant subi une réductian mayenna. J'ai indiqué ensuite la forma qu'il est possible d'assigner uu détroit supériour. Sur le nombra il y a deux véritables hassins abliques avnlaires ; mais plusicurs aut été notés comma obliques-avalaires rachitiques ; l'étudo avec des boulos démantre l'importance de cette distinctian. Eufin à la suite da ces détails j'ai ujauté quelques observations.

Dans le *deuxième tableau* j'ai étudié divers bassins. Dans les trois premières culonnes j'ai étudié les diamètres sacro-pubiens supérieur et inférieur. Dans 25 bassins j'ai mesuré la hauteur sacro-coccygienna. Après cela, j'ai étudié le *promantoire*. J'ai reeherché avec soin sa déviatian à droite ou à gaucha. Pour indiquer sa pragression en avant, j'ai indiqué : 1° Ses rapports avec l'articulation sacro-sciatique. Dans ce but, j'ai fait tomber sur la ligne innaminée et transversaloment un plan vertical tangent au promontoire at j'ai indiqué la distance qui sépare la symphysa sacro-iliaque du point de la ligna innaminée caupée par ca plan. 2° J'ai pensé que le véritable centre du bassin était le milieu da la ligno qui dasso par la milleu des deux cavités cotyloïdes. J'ai donc dû rechercher quelle était la distauce qui séparait la milieu do cette ligne bi-cotyloïdienne du promontoiro. J'ai indiqué successivement la distance sacro-pubienna, la distance sacra-cotylaïdienna médiano, la distancu pubio-cotyloïdienne médiane, et enlin la rapport du promantoira avec la niveau du détrait supérieur.

de tenir compte de beaucoup de causes d'erreur dont j'ai déjà signalé quelques-unes.

On devra de suite s'appliquer à reconnaître la forme du détroit supérieur : car cette notion sera un guide précieux pour une bonne mensuration interne. On arrivera à s'en rendre un compte exact en étudiant : l'arcade pubienne ; la distance des ischions ; la saillie plus ou moins prononcée du pubis ; l'exagération de la concavité du sacrum qui s'apprécie même sous la peau, et surtout la déviation à droite ou à gauche de l'angle sacro-vertébral et sa non-concordance avec la symphyse pubienne.

Pour faire comprendre l'importance de ce précepte, je citerai le fait suivant. J'ai pratiqué l'opération césarienne à une femme; le centre de la tête était arrêté par un rétrécissement de 1 centimètre et l'angle sacro-vertébral était distant du pubis de 4 centimètres; le bassin est à la Faculté.

Une fois toutes les précautions prises, on peut s'occuper avec fruit de la pelvimétrie interne.

Commençons par le détroit inférieur. Il se résume en trois saillies osseuses séparées par des espaces dont l'antérieur est vide et les autres élastiques. Pour le mesurer avec fruit il faudra tenir grand compte des réflexions que j'ai déjà faites.

Le diamètre coccy-pubien est peu important à cause de sa mobilité; mieux vaut s'assurer de la distance qui sépare la pointe du sacrum du pubis. Cette mensuration ne présente aucune difficulté.

Quant à la distance bi-sciatique, il faut la connaître, non seulement parce qu'elle commande l'arcade pubienne, mais encore parce que c'est le seul indice du vrai diamètre transversal du détroit inférieur qui va d'une épine sciatique à l'autre. Le point précis de la mensuration est assez difficile à établir, car la tubérosité sciatique n'offre pas de saillie caractéristique. C'est pour cette mensuration que j'ai vu faire les plus grands écarts entre des praticiens également distingués. On se rapprochera autant que possible de la réalité en prenant pour repère la partie la plus postérieure de la face interne de l'ischion.

L'étude de l'arcade pubienne est importante et peut se faire aisément.

Au détroit supérieur il est très difficile de mesurer le transverse; la distance bi-sciatique peut servir de donnée approximative; du reste, cette notion a peu d'importance.

Il n'en est pas de même du diamètre sacro-pubien; c'est à le connaître exactement que tendent tous les efforts. La manière de procéder est classique; on mesure avec le doigt la distance sacro-sous-pubienne, on retranche 1 centimètre et demi et on a le diamètre sacro-sus-pubien.

Interrogeons nos chiffres et voyons le résultat avec cette manière de faire.

50 fois les diamètres sacro-pubien supérieur et sacro-souspubien ont été mesurés, et les différences ont été 3 centimètres 2 fois; 27 millimètres 1 fois; 25 millimètres 1 fois; 20 millimètres 7 fois; 15 millimètres 10 fois; 14 millimètres 1 fois; 12 millimètres 2 fois; 11 millimètres 12 fois; 10 millimètres 13 fois; 5 millimètres 7 fois; 2 millimètres 2 fois et 0 millimètre 2 fois; moins 2 millimètres 1 fois; moins 15 millimètres 1 fois.

La moyenne de la défalcation doit donc être de 12 millimètres; elle est donc inférieure à celle donnée par les auteurs. Cette différence tient sans doute à deux causes. La première, c'est que la hauteur du pubis était peu considérable dans les bassins que j'ai mesurés. La seconde cause tient aux quatre derniers bassins chez deux desquels la défalcation a été nulle; tandis que chez les deux autres il a fallu ajouter 2 millimètres et 15 millimètres.

Quoi qu'il en soit par ce tableau, on voit combien varie la différence de ces deux diamètres pour laquelle on a voulu adopter le chiffre fixe de 1^{mm},5.

Ici il ne s'agit pas d'une moyenne, il faudrait pouvoir prévenir les causes d'erreur. Sans compter la projection des vertèbres qui vient former quelquefois un promontoire pathologique, ces causes sont au nombre de trois. La première c'est la hauteur différente des pubis. Je l'ai mesurée 43 fois. 9 fois je l'ai trouvée de 4 centimètres; 1 fois de 39 millimètres; 1 fois de 38 millimètres; 1 fois de 36 millimètres; 7 fois de 35 millimètres; 1 fois de 33 millimètres; 1 fois de 32 millimètres; 15 fois de 30 millimètres; 3 fois de 28 millimètres; 5 fois de 25 millimètres.

La moyenne de la hauteur des pubis des rachitiques est donc de 31 millimètres.

Voyons l'influence de cette hauteur sur le diamètre sacro-sous-pubien.

Prenons pour exemple un bassin ayant un diamètre sacro-sous-pubien de 7 centimètres. En face du sacrum plaçons un pubis présentant 5 divisions de 1 centimètre de hauteur, et mesurons successivement : à 1 centimètre le diamètre sacro-sous-pubien est de 72 millimètres, à 2 centimètres de 76 millimètres, à 3 centimètres de 80 millimètres, à 4 centimètres de 85 millimètres, à 5 centimètres de 91 millimètres.

Il est donc très important de connaître la hauteur exacte de la symphyse pubienne pour pouvoir faire une défalcation précise.

En présentant cette donnée j'ai supposé que le plan du détroit supérieur tombait à angle droit sur la symphyse pubienne, et que le promontoire était à la hauteur ordinaire au-dessus de ce plan (fig. 5).

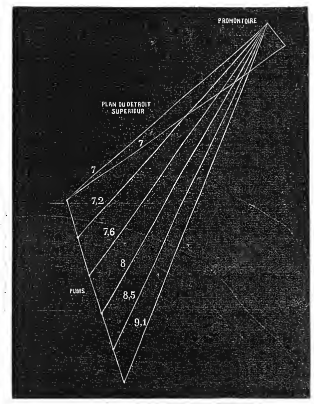


FIG. 5.

La seconde cause d'erreur est la différence de hauteur de l'angle sacro-vertébral au-dessus du plan du détroit supérieur. A l'état normal cet angle est de 8 millimètres au-dessus de ce plan. On conçoit aisément que, si cette hauteur proportionnelle varie, la distance sacro-sous-pubienne varie également, quoique le rétrécissement du sacro-pubien au détroit supérieur reste le même. Quand on pratique le toucher, qu'on recherche quelle est l'inclinaison du détroit supérieur et la hauteur du pubis, on ne sait pas encore au juste quel est le

rapport du promontoire avec le plan du détroit supérieur ; or, cette notion est très utile à obtenir; elle représente, en arrière et en haut, les mêmes conditions que le pubis en avant et en bas. Dans la pratique on manque de points de repère pour étudier les éléments du problème ; on apprécie approximativement la hauteur du pubis, la direction de ses faces et celle du plan du détroit supérieur. Mais on ne sait comment se rendre compte de la hauteur du promontoire au-dessus de ce plan. Voici quelles sont les recherches que j'ai faites.

Sur 25 bassins déviés, 16 fois le promontoire s'est trouvé à la hauteur normale au-dessus du détroit supérieur ; 4 fois au-dessous et 12 fois au-dessus. La hauteur normale étant 8 millimètres, la hauteur pathologique s'est élevée jusqu'à 45 millimètres. On comprend que dans ces cas la défalcation doit être de presque toute la hauteur du pubis : car cette symphyse étant supposée immobile dans la situation normale, le promontoire est venu se placer au-dessus d'elle presque verticalement.

Quand le promontoire est surbaissé et situé au-dessous du plan du détroit supérieur, il est à peu près au niveau de la partie inférieure du pubis, et par conséquent il n'y a point de défalcation à faire, au contraire.

La troisième cause d'erreur est bien difficile à éviter : c'est la variabilité de l'incidence du plan du détroit supérieur avec le pubis. J'estime qu'ils forment un angle de 95 degrés à l'état normal. Supposons un diamètre sacro-pubien de 7 centimètres, et un pubis de 30 millimètres de hauteur ; si l'angle est de 90 degrés, le sacro-sous-pubien a 80 millimètres ; s'il est de 95 degrés, on a 83 millimètres ; s'il est de 100 degrés, on trouve 85 millimètres ; mais s'il n'est plus que de 85, on a 77 millimètres, et à 80 on a 75 millimètres. De telle sorte qu'avec un angle de 70 degrés il n'y a plus de défalcation à faire et qu'avec un angle plus aigu il faut ajouter que retrancher (fig. 6).

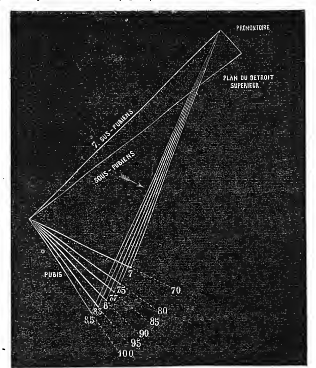


Fig. 6.

On voit donc combien l'incidence du plan du détroit supérieur fait varier les rapports des diamètres sacro-sus-pubien plutôt et sacro-sous-pubien.

Étude des bassins avec des boules. — Il est fort intéressant d'étudier les diamètres des bassins rétrécis, mais il est autrement utile d'étudier comment se comporte vis-à-vis d'eux une tête de fœtus, de voir quels sont les points du détroit supérieur qui s'opposent à la progression. C'est pour avoir ces notions exactes que j'ai étudié 26 bassins. Voici de quelle façon j'ai procédé : j'ai présenté des boules de caoutchouc de dimensions diverses au détroit supérieur entre le promontoire et le pubis, et j'ai noté le diamètre des boules susceptibles de passer avec un frottement modéré. Les résultats obtenus démontrent ce fait important que des boules peuvent franchir un détroit supérieur dont le diamètre sacro-pubien est plus petit qu'elles.

J'ai constaté en outre que des détroits supérieurs dont tous les diamètres se rapprochent de la normale admettent seulement des boules de 6 centimètres. Dans ces cas la boule, au lieu de porter sur la symphyse pubienne, porte sur les branches horizontales qui sont devenues parallèles.

Ces recherches mettent en lumière ce fait que le bassin peut admettre une boule plus grosse d'un côté du promontoire que de l'autre ; tandis qu'il y a des bassins très rétrécis antéro-postérieurement qui admettent la même boule sur toute la longueur de leur diamètre transversal. C'est le propre du bassin *réniforme*.

Je n'ai pas répété ces remarques sur des chiffres nombreux, car les faits qu'elles affirment sont hors de toute contestation.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Emploi de l'ergotine.

Nancy, 4 mai 1880.

Vous avez eu raison de croire qu'il pouvait être utile aux lecteurs de votre estimable journal d'être tenus au courant des travaux récents relatifs à l'ergot de seigle, et notamment à l'emploi de son extrait administré en injections sous-cutanées.

Après avoir fait un résumé historique de ce mode d'administration, votre savant collaborateur, M. le docteur J. Michel, donne plusieurs formules ; puis il ajoute (p. 279) : « L'ergotine d'Yvon, à laquelle jusqu'à présent on donnait la préférence, est... d'une préparation très compliquée, trop » compliquée à coup sûr pour entrer dans la pratique des » pharmacies... Cette solution est, par suite même de sa » préparation, d'une activité variable. La richesse et l'activité du seigle ergoté sont en rapport avec les circonstances » climatériques et les conditions de la récolte ; cette solution varie donc forcément selon l'ergot employé, puisque » son degré de concentration est basé sur le poids des seigles » ergotés, et non sur le poids de l'ergotine qu'il renferme ; » on ne peut ainsi se faire une idée de l'ergotine injectée. »

Les conséquences pratiques de ce travail n'étant pas conformes aux conclusions des communications que j'ai faites à la Société de médecine de Nancy (28 mai 1879, *Revue médicale de l'Est*, 1879, p. 385) et à la Société de chirurgie (18 juin 1879, *Bulletin de la Société*, p. 561), M. votre collaborateur voudra bien me permettre d'expliquer pourquoi je crois devoir y persister.

Toute préparation pharmaceutique doit autant que possible réunir les quatre qualités suivantes ; elle doit être : 1° constante dans sa composition ; 2° efficace et prompte dans son action ; 3° stable comme préparation, non altérable par la conservation ; 4° facile à administrer dans tous les cas et ne pas entraîner d'effet nuisible dépendant de son mode d'administration.

Si l'ergotine était un principe fixe, un alcaloïde comme la morphine, la quinine, etc., l'observation de M. le docteur Michel serait parfaitement juste ; mais l'ergotine n'est que l'extrait du

seigle qui ne donne de l'agent actif qu'une quantité proportionnelle à celle qui se trouve dans le seigle lui-même, par conséquent variable, comme cela a été dit, suivant diverses circonstances; l'extrait d'Yvon est soumis au même sort: il donne en solution d'un poids équivalant à celui du seigle ergoté, un extrait qui n'est ni plus ni moins actif que le seigle employé; c'est donc, comme l'ergotine, la représentation exacte du produit employé.

Me fondant sur une expérience poursuivie maintenant depuis dix-huit mois et basée sur une centaine de faits, je puis affirmer que cette préparation (solution Yvon) a été efficace dans presque tous les cas, que dans quelques-uns l'effet s'est manifesté dans le délai d'une minute après l'injection.

La stabilité du produit pharmaceutique a été prouvée par ce fait que, pour expérimenter cette propriété, nous avons employé une solution conservée pendant plusieurs mois dans un flacon en vidange, sans qu'il se soit produit un phénomène de fermentation, de décomposition ou d'atténuation dans l'activité de ses effets.

Rien de plus facile que l'injection sous-cutanée, qui permet l'administration du médicament dans tous les états dans lesquels peut se trouver une malade : eclampsie, syncope, etc., qui réclament si souvent l'emploi du seigle ergoté.

Quant à l'effet nuisible, nous n'avons observé qu'une seule fois un commencement de syncope, mais jamais de douleurs pendant ou à la suite de l'injection, jamais de nodosités ni d'abcès.

Cette préparation a donc les quatre qualités voulues, la première autant qu'il est possible de l'avoir en ce moment.

Un mot maintenant sur la préparation, qui est trouvée trop compliquée.

Elle l'est en effet, c'est incontestable. Il serait certes plus simple de prendre une quantité donnée d'ergotine, ou mieux d'extrait de seigle, de la dissoudre dans une quantité proportionnelle d'eau, d'y ajouter de l'alcool, de la glycérine ou toute autre substance; mais l'injection de toutes ces préparations est fort douloureuse, et quelques-unes perdent rapidement leur activité par suite de la décomposition ou de la fermentation. La solution Yvon est à la fois non fermentescible et inoffensive, voici pourquoi : dans cette préparation on a éliminé non seulement l'huile grasse du seigle, qui n'existe plus dans l'ergotine Bonjean, mais encore les principes albuminoïdes et gommeux qui sont essentiellement fermentescibles, par conséquent destructeurs de la stabilité de la préparation.

Quant à la formule Yvon proprement dite, elle est peut-être susceptible de plusieurs modifications; le produit que nous avons expérimenté sort de l'officine de M. Gault. Ce savant et habile pharmacien, au lieu de séparer l'huile grasse par le sulfure de carbone, opération longue et susceptible d'altérer le produit; au lieu de faire un extrait purement aqueux, comme le pharmacien de Chambéry, a employé, pour faire l'extrait, de l'eau additionné d'un peu d'alcool en proportion calculée de façon à empêcher dans la préparation qui est fort longue, toute fermentation ou autre décomposition, et à ne point dissoudre l'huile grasse.

Malgré ces modifications, la préparation reste encore longue et compliquée, mais ce ne sont pas là des inconvénients majeurs; elle n'est pas la seule préparation pharmaceutique qui soit longue, compliquée et difficile à exécuter. Aucun pharmacien consciencieux ne reculera devant la peine pour fournir au malade un remède aussi parfait que possible; et si une petite officine ne peut se prêter à cette préparation, il sera facile de l'obtenir dans une grande bien organisée; ne demande-t-on pas à des pharmacies spéciales la pilocarpine, l'ésérine et d'autres produits? L'essentiel pour le médecin et le malade est d'avoir un remède aussi parfait que possible; il suffit de le bien connaître et de le demander avec insistance.

Prof. Herrgott.

RÉPONSE

Il nous est facile de répondre aux objections de M. le professeur Herrgott; il nous semble, en effet, que ses conclusions sont conformes à celles que nous avons données et que la divergence d'opinions est plus apparente que réelle. Tout d'abord, nous n'avons contre la solution Yvon, comme résultat thérapeutique, aucune idée préconçue : presque tous les cas heureux signalés à la Société de thérapeutique ont été obtenus à l'aide de cette solution; nous-même nous l'avons employée à diverses reprises avec succès: nous n'avons donc pas lieu de nous en plaindre. Le reproche que nous lui adressions était, d'une part, d'être d'une fabrication difficile et, d'autre part, de ne pas contenir une quantité constante d'ergotine, cette substance variant selon la solution. Nous admettons donc parfaitement avec M. le professeur Herrgott, dont nous connaissions les intéressantes communications, que la solution d'Yvon est efficace et prompte dans son action, non altérable même après avoir été conservée longtemps; enfin facile à administrer dans tous les cas, sans entraîner à sa suite d'accidents locaux; le seul point sur lequel nous différons avec notre correspondant c'est sur la constance dans sa composition; ayant déjà expliqué dans notre dernier article les causes des variations de la quantité d'ergotine selon le mode d'extraction et selon l'origine du seigle, nous n'avons pas à y revenir.

Quant à toutes les autres critiques de M. le professeur Herrgott, nous pouvons dire qu'elles ne sont qu'apparentes; en effet, M. Herrgott trouve lui-même le mode opératoire d'Yvon trop compliqué : c'est le reproche que je lui ai adressé. Il reconnaît, de plus, que les proportions des principes actifs contenus dans cette solution sont variables comme celles du seigle ergoté lui-même : c'est encore ce que nous avons dit. Mais, ajoute l'honorable professeur, ce second inconvénient ne peut être évité, parce que la solution a pour base un extrait et non un principe défini, cristallisable. Cette objection est certainement fondée; mais si cet inconvénient ne peut être évité entièrement, il peut cependant l'être en grande partie. En effet, le seigle ergoté peut contenir des proportions d'extrait variant du simple au double, et, d'autre part, cet extrait renferme lui-même des proportions variables de principe actif. On peut constater facilement le premier point; il est impossible, au contraire, de juger le second chimiquement, puisque l'on en est encore à disculer sur la nature de ce principe actif, que la plus grande partie des chimistes considèrent comme un alcaloïde (M. Tanret, *ergotinine, Académie des sciences*), tandis que les autres en font un acide (acide sclérotinique : W. Nikitin, *Würzburg., phys. med. Verhandl.* XIII, et *Cbl. f. d. medic. Wissensch.*, p. 764). Nous trouvons, par conséquent, que le procédé qui supprime un défaut sur deux (ce défaut était, du reste, le seul auquel il fût possible de remédier dans l'état actuel de nos connaissances), est préférable à celui qui n'en supprime aucun.

Quant à ce qui concerne la préparation, notre réponse sera plus facile encore. En effet, et ceci répond à l'objection que nous faisions à propos de la difficulté de préparation de la solution Yvon, ce n'est pas l'extrait préparé par le procédé d'Yvon que M. le professeur Herrgott a employé, mais bien un extrait préparé par M. Gault, qui a modifié le procédé d'Yvon dans ses points fondamentaux, précisément pour éviter la difficulté de préparation : on sait combien le maniement du sulfure de carbone est peu pratique dans les officines des pharmaciens. M. Yvon, admettant que le principe actif du seigle ergoté est un alcaloïde, traite ce sel par l'eau acidulée; M. Gault prépare l'ergotine de M. Herrgott en traitant le seigle par l'eau alcoolisée et sans traitement préalable par le sulfure de carbone. Ce mode opératoire se rapproche donc beaucoup plus de celui de M. Catillon que de celui de M. Yvon.

Pour le prouver, il suffit simplement de résumer briève-

ment les divers modes de préparation des trois solutions dont nous avons parlé :

Procédé Yvon. — Lavage du seigle ergoté par le sulfure de carbone pour enlever les matières grasses; traitement par l'eau acidulée pour dissoudre l'extrait, saturation de l'acide, puis évaporation jusqu'à ce que la solution soit ramenée au poids du seigle employé.

Procédé Bonjean. — Traitement du seigle ergoté par l'eau qui dissout l'extrait et la matière gommeuse sans entraîner la matière grasse; évaporation jusqu'à consistance de sirop clair, précipitation par l'alcool fort pour séparer les matières gommeuses inertes, et évaporation en consistance d'extrait.

Procédé Catillon. — Traitement du seigle par l'alcool à 75 degrés, qui dissout l'extrait et la matière résineuse sans entraîner la matière gommeuse ; distillation pour séparer l'alcool, reprise de l'extrait par l'eau qui sépare la partie résineuse et évaporation en consistance d'extrait.

Quant au reproche que M. le professeur Herrgott adresse à l'extrait de seigle dissous dans l'eau et l'alcool, de produire des accidents douloureux et d'être facilement putrescible, sous prétexte que l'extrait contient des matières gommeuses et de l'albumine qui rendent ces solutions altérables, nous ne saurions l'admettre en principe. L'ergotine bien préparée ne contient pas de matières gommeuses, puisque ces substances sont insolubles dans l'alcool fort; le tout est d'avoir un bon procédé de préparation.

En résumé, les reproches que nous avons adressés à la solution de M. Yvon sont : 1° d'être d'une préparation trop compliquée pour entrer dans la pratique des pharmaciens; 2° d'être variable dans son dosage.

Ces deux critiques sont confirmées par M. Herrgott, qui les émet lui-même dans son intéressante communication : nous pensons donc que la divergence d'opinions est par suite plus apparente que réelle. Quant aux résultats cliniques, nous n'avons jamais eu l'intention de les déprécier, comme nous l'avons dit, et comme nous le répétons ; c'est avec la solution d'Yvon que MM. Féréol, Constantin Paul, Dujardin-Beaumetz, etc., ont obtenu les résultats si heureux qui font entrer ce nouveau mode de traitement dans la thérapeutique journalière, toutes les fois que l'on désire obtenir la constriction des fibres lisses; nos reproches ne s'adressaient qu'à la composition et au mode de préparation de la solution. Ce mode de préparation pourra être perfectionné pour donner une préparation toujours identique à elle-même et non une simple solution susceptible de modification selon les circonstances; aujourd'hui elle ne peut être adoptée par le Codex, qui devra dans une nouvelle édition inscrire une formule d'ergotine.

Dr Joseph Michel.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Prolapsus rectal et hémorrhoïdaire, traité par les injections d'ergotine.

Sauvic (près le Havre), 30 avril 1880.

Permettez-moi de vous adresser, sans commentaires, une observation qui vient à l'appui de celles qui ont été déjà publiées, principalement par MM. Ferrand et Vidal, sur l'emploi des injections d'ergotine dans le prolapsus rectal et hémorrhoïdaire.

Obs. — X..., cantonnier, âgé de quarante-cinq ans, hémorrhoïdes internes depuis l'âge de vingt ans; à chaque défécation la masse hémorrhoïdale et le rectum sortent en masse, mais rentrent facilement. A la fin de l'année dernière, cependant, la tumeur augmentait de volume, il y avait un relâchement manifeste, et le malade ne pouvait plus faire le moindre effort, le plus petit travail sans voir sortir sa tumeur qui, à ce moment, devenait grosse comme un œuf de poule, s'ulcérait, et rentrait difficilement en causant de vives douleurs. Le malade dut cesser tout travail le 3 janvier 1880 et me fit appeler.

J'applique immédiatement la nouvelle méthode et tous les deux jours je fais, *dans les tumeurs hémorrhoïdales* à droite et à gauche, une injection avec 25 gouttes d'une solution d'ergotine Bonjean (1 gramme d'ergotine, 5 grammes d'eau distillée). Après chaque injection le malade réduisait la tumeur et éprouvait durant une à deux heures de très vives douleurs, qui se calmaient ensuite complètement à la onzième injection ; la masse était légèrement réduite de volume, les ulcérations avaient disparu, tout rentrait facilement; mais, chose capitale, le prolapsus rectal et hémorrhoïdaire ne se reproduisait plus qu'à chaque défécation, de sorte que le malade put reprendre son service de cantonnier le 1er février. Depuis ce temps-là la guérison s'est maintenue et le malade travaille à son habitude.

Dr Gérard Laurent.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

A propos des inconvénients et des dangers de l'ergotine.

Sarlat (Dordogne), 10 mai 1880.

Je lisais le 6 avril dernier, à l'Académie de médecine, une note sur les dangers de l'ergotine. Cette note a soulevé quelques protestations dont j'ai retrouvé l'écho dans la *Gazette.* Voulez-vous, puisque vous venez d'agiter de nouveau la question, me permettre de profiter de l'occasion pour mieux faire comprendre ma pensée et établir que je ne suis pas un adversaire de l'ergotine? Je vous serai reconnaissant de vouloir insérer ces lignes dans votre prochain numéro.

Dr Boissarie,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

DE L'ERGOTINE, DE SES INCONVÉNIENTS ET DE SES DANGERS.

Dans la séance du 6 avril dernier je lisais, sous ce titre, à l'Académie de médecine la relation d'un cas de gangrène spontanée du poumon que je croyais pouvoir rapporter à l'administration longtemps continuée de l'ergotine. Cette note a soulevé des doutes, a fait naître des protestations dont j'ai retrouvé l'écho dans la presse médicale, et qui semblent indiquer que ma pensée n'a pas été comprise, ou du moins que je n'ai pas mis suffisamment en relief les conclusions qui pouvaient selon moi découler de ce fait.

Je tiens tout d'abord à déclarer que je ne suis pas un adversaire de l'ergotine, et que je suis loin de contester les services que ce médicament peut nous rendre dans un grand nombre d'affections. Je l'emploie chaque jour, surtout en injections, et je déclare que je connais peu de modificateurs aussi puissants, aussi rapides dans leurs effets. Mais cette puissance même, cette énergie d'action, nous indique suffisamment que l'ergotine n'est pas une médication banale, qu'on peut administrer impunément, sous toutes les formes, à doses indéterminées pendant un ou plusieurs mois.

En outre, il faut faire une distinction importante entre les injections sous-cutanées et l'administration par la bouche. L'injection répond en général à une indication directe, plus précise, agit immédiatement, à petites doses ; est rarement répétée chaque jour, au moins pendant une longue série. Par la bouche au contraire, même à la dose de 4 grammes, l'ergotine n'agit que lentement ; plusieurs jours sont nécessaires pour que son action se fasse nettement sentir (Dr Michel, *Gaz. hebd.*, 30 avril). Est-ce, comme le suppose M. Constantin Paul, parce que cette substance est altérée par les sucs digestifs?

Quoi qu'il en soit, est-il bien certain que le même remède puisse être à la fois si actif en injections, à peu près inerte quand on le fait absorber par le tube digestif? Cette différence d'action se retrouve certainement avec d'autres substances, mais à un degré moindre ; l'injection réclame toujours une dose plus faible, mais non pas cependant dans les mêmes proportions.

Gubler disait que l'injection d'ergotine était quarante fois plus

active et que 10 centigrammes en injection produisaient plus d'effet que 4 grammes par la bouche. A ce compte que devient donc l'ergotine qui peut s'accumuler ainsi lentement dans l'économie sans effet thérapeutique utile? Comment une même substance peut-elle être à la fois si utile dans certains cas, si indifférente dans d'autres, suivant le mode d'administration? Peut-on à cet égard s'endormir dans une sécurité complète et donner impunément pendant longtemps, à doses élevées, l'ergotine par la voie ordinaire? Pour ma part je ne le crois pas, je crois au contraire que l'ergotine peut saturer lentement l'économie et déterminer une explosion soudaine d'accidents graves. Trousseau l'avait déjà dit : donner l'ergotine longtemps, à petites doses, et vous aurez la gangrène d'emblée.

On a dans ces derniers temps signalé deux cas de sphacèle des extrémités survenus chez deux malades soumis à ce mode de traitement. J'ai apporté moi-même la relation plus probante encore d'un fait analogue. La principale conclusion qui me semble découler de ce fait, c'est qu'il faut abandonner de plus en plus la voie stomacale pour recourir aux injections; qu'on ne peut impunément augmenter les doses et prolonger le traitement en donnant l'ergotine par la bouche; que son inertie par cette voie est plus apparente que réelle; qu'on ne saurait admettre dans la pratique que 3 centigrammes en injections équivalent à 2 grammes par la bouche (Langenbeck); enfin, qu'il y a danger à saturer ainsi lentement l'économie : car aucun symptôme apparent ne vient nous avertir de l'intoxication lente qui se produit. En signalant ce danger possible, puisqu'il a été constaté, on peut se préserver pour l'avenir de semblables accidents; on prouve une fois de plus la supériorité des injections sur toute autre méthode, et si l'on doit encore dans quelques cas administrer l'ergotine par la bouche, il faut se méfier des doses massives trop longtemps continuées.

Ces conclusions, les seules qui découlent du travail que je lisais à l'Académie, me paraissent appelées à servir plutôt la cause de l'ergotine qu'à restreindre son emploi. Ce n'est en effet que par une connaissance plus approfondie des ressources que nous offre cette substance et aussi des inconvénients qu'elle peut présenter, que cette médication puissante pourra prendre tous les développements qu'elle comporte.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Sur le choléra des poules; étude des conditions de la non-récidive de la maladie et de quelques autres de ses caractères; par M. *L. Pasteur*. (Voy. le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*.)

De l'extension de la théorie des germes a l'étiologie de quelques maladies communes; par M. *L. Pasteur*. (Voy. le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*.)

Sur les analogies qui semblent exister entre le choléra des poules et le nélavan, ou maladie du sommeil. Note de M. *Déclat*. — La note de M. Talmy (voy. *Gazette hebdomadaire*, n° 19, p. 299) sur l'analyse du choléra des poules et du nélavan, ainsi que toutes celles qu'il cite et qui ont été publiées depuis 1819, constatent ce triste fait que la maladie du sommeil se termine constamment par la mort. Dans les cas publiés par M. Déclat, deux malades ont été guéris à la suite d'un traitement par la médication phéniquée. Ces deux faits semblent confirmer l'opinion que le nélavan est dû à un ferment morbide; du reste, les découvertes de M. Pasteur sur le charbon, sur la septicémie et sur le choléra des poules donnent à cette opinion un caractère presque scientifique. Le P. Bosch, procureur de la mission française de Nyazobil, au Sénégal, a observé avec soin cette maladie et il aurait obtenu avec l'acide phénique de bons résultats.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

L'Académie reçoit: *a*. Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux de Saint-Alban, de Saint-Galmier, de Caprera et de Sail-sous-Couzan. — *b*. Un pli cacheté de M. le docteur Galippe. — *c*. Un mémoire de M. le docteur Dauvin sur le *Traitement de la fièvre intermittente par les bains froids*.

M. *Broca* présente, au nom de M. le docteur Hannover, un ouvrage intitulé *Le cartilage primordial et son ossification dans le crâne humain avant la naissance*.

M. *Depaul* présente, au nom de M. le professeur Dubrueil, un ouvrage intitulé : *Secours de clinique chirurgicale*.

M. *Baillarger* présente, au nom de M. le docteur Despine, un ouvrage intitulé : *Étude scientifique sur le somnambulisme*.

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur Faucon, un mémoire sur la *Résection du tibia dans l'ostéomyélite diffuse*.

M. *Chatin* présente, au nom de M. le docteur Carles, une *Étude chimique et hygiénique du vin de Bordeaux*.

M. *Pidoux* présente, au nom de M. le docteur Logerais, un mémoire intitulé : *Traitement de la gravelle et de la goutte*.

Traitement de l'incontinence d'urine. — M. le docteur *Debout d'Estrées*, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville, présente à l'Académie un travail sur le traitement de l'incontinence d'urine par l'emploi de l'eau de la source du pavillon en boisson. Ce travail s'appuie sur des observations prises à Paris dans les hôpitaux d'enfants et dans la pratique de la ville. L'efficacité de ce traitement serait basée sur une propriété de ces eaux que Civiale a ainsi définie dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, au chapitre du *Catarrhe de la vessie*. « L'eau minérale de Contrexéville a surtout pour effet de ranimer la contractilité vésicale presque toujours affaiblie dans cette maladie. »

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° L'eau de Contrexéville employée à la dose de 40 centilitres à 1 litre par vingt-quatre heures, suivant l'âge des malades, a donné des résultats satisfaisants chez 10 des 13 malades chez lesquels elle a été employée.

2° L'action de l'eau minérale s'explique par la stimulation de la contractilité et de la tonicité vésicales; elle peut ainsi être mise en parallèle avec la strychnine, l'ergotine et l'électricité.

3° La contre-indication existe dans les cas où l'affection est liée à un excès de contractilité des fibres musculaires de la vessie et qui sont plutôt justiciables de la belladone.

La facilité et l'innocuité parfaite de ce traitement constituent ses principaux avantages aux yeux du médecin praticien.

Emploi de la margarine dans la préparation des aliments. — M. le ministre de l'intérieur, ayant consulté l'Académie sur les inconvénients que peut présenter l'emploi de la margarine dans les asiles d'aliénés de la Seine, une commission, composée de MM. *Bergeron*, *Faurel* et *Riche*, a été nommée pour étudier cette question.

Le rapport, dont M. Riche donne lecture, sera adressé à M. le ministre de l'intérieur. La commission est d'avis qu'il ne convient pas de substituer la margarine au beurre dans les asiles d'aliénés de la Seine.

Prix Rufz de Lavison. — M. *Lagneau* donne lecture du rapport sur ce prix. La question posée était la suivante : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Les conclusions du rapport seront lues en comité secret.

Rapports sur les épidémies. — M. *Hérard* donne lecture du rapport officiel sur les épidémies pour l'année 1879.

Ce rapport sera adressé au ministre de l'agriculture et du commerce et publié dans les *Mémoires de l'Académie*.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Rétention de la salive dans le canal de Stenon. — Cystite du début de la grossesse. — Amputation du col utérin avec le thermo-cautère. — Présentation d'une pièce; cancer de la région thyroïdienne.

M. *Verneuil* fait hommage à la Société de chirurgie du tome II de ses *Mémoires de chirurgie:* amputations; doctrines septicémiques et pansements antiseptiques.

— M. *Terrier* fut appelé, il y a quelques jours, près d'un homme de trente-cinq ans qui, pendant le déjeuner, s'aperçut qu'une joue augmentait de volume. A l'examen on trouve une tuméfaction dure, un peu élastique, de la région parotidienne. Rien d'apparent sur le trajet du canal de Stenon. En examinant l'orifice de ce canal, M. Terrier remarqua un aphthe qui en obstruait l'entrée; il diagnostiqua une rétention de la salive parotidienne. Avec un stylet lacrymal boutonné, il pénétra à plusieurs centimètres dans le canal sans trouver d'obstacle; et en retirant le stylet, on donna issue à une grande quantité de salive; la tuméfaction disparut en partie.

Au repas du soir, il se produisit encore une légère tuméfaction de la joue; le lendemain au déjeuner, il y eut encore un peu de rétention salivaire. Il n'y avait point de calcul dans le canal de Stenon. Le malade est guéri.

On a observé la rétention de la salive et la tuméfaction de la parotide à la suite de plaies ou de fistules du canal de Stenon et de la compression faite pour les guérir. Jarjavay cite des exemples de tuméfaction de la glande à la suite du rétrécissement du conduit excréteur. Dans tous ces faits il y avait compression pour guérir une plaie ou une fistule, rétrécissement du conduit, ou oblitération par un calcul. On ne trouve pas d'observation de rétention à la suite d'une ulcération au niveau de l'orifice de Stenon. Ce fait est moins rare pour la glande sous-maxillaire; Buffard (1880) publie dans sa thèse deux observations de rétention de la salive par oblitération de l'ouverture du canal, suite d'inflammation du plancher de la bouche.

M. *Desprès* a vu un homme qui se plaignait de ce que sa joue augmentait après chaque repas; l'orifice du canal de Stenon était presque oblitéré. On introduisit un stylet très fin pendant plusieurs semaines; au bout d'un mois, le malade était presque guéri. Pour le canal de Warthon, cela est plus fréquent à la suite d'ablation de tumeurs du plancher de la bouche.

M. *Le Dentu* a observé deux cas de rétention de la salive parotidienne, et il a été frappé de la difficulté que l'on a à reconnaître la cause de cette rétention. Dans les deux cas, le canal était perméable; n'ayant point assisté au début de l'affection, M. Le Dentu ne peut déterminer la cause.

M. *Verneuil.* On peut admettre le spasme du canal de Stenon; il y a en effet un appareil contractile assez puissant pour projeter la salive en jet. Cette hypothèse pourrait être invoquée pour les cas où le canal admet un stylet.

M. *Trélat* rappelle une observation qu'il a déjà citée. Il y a quinze ans, un homme de quarante-cinq ans fut atteint d'une affection singulière que l'on crut être une tumeur de la région parotidienne. Il y avait un peu d'empâtement du côté de la parotide droite. M. Trélat conduisit un stylet dans le canal de Stenon; il agrandit l'orifice et constata la présence d'un petit calcul, puis d'un autre, qui furent extraits; la guérison fut immédiate.

M. *Terrier*, dans le fait qui lui est personnel, a pu déterminer la cause de la rétention salivaire (aphthe); il a pu s'y ajouter un peu de spasme du canal.

— M. *Terrillon* lit un rapport sur un travail de M. Cauvy (de Béziers), de la cystite au début de la grossesse. Ce travail vient confirmer les remarques de M. Terrillon.

— M. *Faucon* (de Lille) adresse un mémoire sur l'amputation du col utérin par le thermo-cautère.

— M. *Le Dentu* présente une pièce. La tumeur paraissait faire partie du lobe droit du corps thyroïde; la veine jugulaire qui traversait la masse morbide fut liée au-dessus et au-dessous; déjà elle était rétrécie par le néoplasme et il n'y avait pas à craindre de troubles du côté de la circulation cérébrale. La tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle est dure; l'examen histologique sera fait ultérieurement.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. A. MOREAU.

Rapports de l'intoxication saturnine et de la nutrition : M. Delaunay. — Anus de Rusconi, ligne primitive et ombilic blastodermique : M. Mathias Duval. — Structure des échinocoques : M. Malassez.

M. *Delaunay.* En cherchant les rapports qui existent entre l'intoxication saturnine et la nutrition, j'ai relevé les faits suivants. Les races supérieures paraissent plus facilement que d'autres sujettes à cette intoxication; les nègres en seraient presque exempts d'après Dutrouleau. Les femmes sont plus épargnées que les hommes, les vieillards plus que les adultes, les gens faibles plus que les sujets vigoureux, et Beau avait même cru reconnaître un antagonisme véritable entre la phthisie et l'intoxication saturnine. En étudiant les régions ou les organes qui subissent plus spécialement l'influence du plomb, on reconnaît que ce sont ceux dont le fonctionnement est le plus actif: le cœur gauche plutôt que le droit, le cerveau gauche plutôt que le droit. Si les extenseurs de l'avant-bras sont fréquemment paralysés, c'est parce que l'on observe surtout l'intoxication saturnine chez des peintres en bâtiments, et chez ces ouvriers l'extension de la main chargée d'un lourd pinceau est un mouvement pénible qu'ils doivent répéter sans cesse. S'il s'agit de saturnins exerçant une autre profession, les extenseurs ne sont pas atteints; chez les peintres en voitures par exemple, qui promènent leur pinceau dans le sens horizontal, ce sont plutôt les mouvements latéraux du poignet qui sont abolis. La diète atténue les accidents saturnins. En somme l'intoxication paraît être en raison inverse de la nutrition.

— M. *Mathias Duval.* A la partie inférieure de l'œuf de la grenouille, on trouve un orifice, connu sous le nom d'*anus de Rusconi* et situé au point où se complète l'occlusion de la vésicule blastodermique. Sur une des lèvres de cet orifice se forme l'embryon. J'ai cherché si dans l'œuf des poules il n'y aurait pas quelque formation analogue. Mais l'embryon de cet animal apparaît dès la quinzième heure, et l'occlusion de la vésicule blastodermique ne se complète que le septième jour: une analogie parfaite est donc impossible. Voici comment les choses se passent. Le blastoderme situé sur l'un des côtés du jaune s'agrandit peu à peu, de manière à l'entourer tout entier. Mais sur un de ses points, son travail d'extension s'arrête momentanément, ses trois feuillets se confondent et constituent la *ligne primitive*, première trace de l'embryon; c'est du reste ce qu'on observe chez la grenouille sur la lèvre de l'anus de Rusconi, lèvre que représente ainsi la ligne primitive de l'embryon du poulet. Le blastoderme de ce dernier, ou du moins le feuillet externe, poursuivant ensuite son développement au delà de la ligne primitive, finit par envelopper tout le jaune, ne laissant libre qu'un petit orifice analogue à l'anus de Rusconi et que l'on pourrait appeler *ombilic blastodermique*. Ainsi les deux

rôles que joue l'anus de Rusconi par son orifice et par sa lèvre féconde se retrouvent dans l'embryon du poulet, où ils sont remplis par la ligne primitive et l'ombilic blastodermique. Mais ils y sont dissociés, division du travail qui est en rapport avec le degré plus élevé et la rapidité plus grande de l'évolution de l'animal.

— M. *Malassez.* J'ai déjà décrit des mouvements ondulatoires dans le pédicule des échinocoques, et indiqué qu'ils étaient dus à deux canaux parallèles contenus dans ce pédicule. De nouvelles observations m'ont démontré que ces canaux, en arrivant au corps même de l'échinocoque, se bifurquent, que les quatre canaux ainsi constitués se poursuivent à une assez grande hauteur dans le corps de l'animal. On les distingue encore au niveau des ventouses de la tête invaginée, leur terminaison m'a jusqu'à présent échappé.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1880.— PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

De l'emploi du bromure de potassium dans la diphthérie.

M. *Cadet de Gassicourt* donne lecture de son rapport sur le mémoire du docteur Peyraud (de Libourne), intitulé : *De l'emploi du bromure de potassium contre la dipththérie.* Nous en extrayons les passages les plus importants :

Aux mois de janvier et de février derniers, j'étais chargé du service des diphthériques à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le pavillon d'isolement récemment construit, et j'y trouvais un vaste champ d'observations. J'ai pu étudier, en effet, pendant ces deux mois, 81 cas de diphthérie. De ce nombre, je dois retrancher, il est vrai, 52 cas de croup opérés : car notre confrère avoue, avec une parfaite loyauté, que le traitement qu'il préconise est presque toujours insuffisant contre le croup confirmé. Il suffit d'ailleurs de se rappeler que le bromure de potassium est employé par lui comme topique, pour comprendre qu'il en doit être ainsi. Ce n'est pas qu'il n'ait essayé de porter le médicament jusque dans la trachée, par divers moyens et particulièrement sous forme de pulvérisation aqueuse. Mais ses insuccès presque constants me permettent de laisser de côté ces tentatives.

Des 29 cas de diphthérie qui me restent, j'en retrancherai encore 4. L'un d'entre eux est celui d'un enfant qui n'est arrivé à l'hôpital que pour y mourir en quelques heures; aucun traitement n'a pu être utilement essayé. Dans les trois autres cas, la mort a été causée une fois par une broncho-pneumonie, deux fois par une bronchite pseudo-membraneuse généralisée. 25 observations me restent; c'est sur elles que je vais baser mes conclusions.

Mais avant de vous communiquer les résultats de ces 25 observations, il importe de donner un aperçu rapide du mémoire de notre distingué confrère.

Après avoir rappelé en quelques mots les expériences d'Ozanam sur l'emploi du brome et du bromure de potassium à l'intérieur, après avoir dit quels heureux résultats avait obtenus M. Bouchut, M. Peyraud passe immédiatement à ses propres expériences et à ses propres observations.

Il emploie le bromure de potassium comme topique, comme dissolvant, et il étudie successivement son action sur les plaies, sur le croup, sur l'angine couenneuse. Le bromure de potassium a été appliqué sur les plaies, recouvertes de fausses membranes, en poudre et en solution aqueuse ou glycérinée. Sur 8 observations, 8 succès. La durée a été de quarante-huit heures à quatre jours.

Le croup, ou pour être plus exact, l'angine diphthéritique accompagnée de croup a été traitée par les gargarismes, les collutoires, les pulvérisations d'eau chargée de bromure de potassium au vingtième. Il y a 6 observations : dans les 4 premières, le croup était très léger et très peu avancé. Les quatre malades ont guéri ; et pourtant l'un d'eux avait une angine que l'auteur qualifie de grave, non seulement parce que les fausses membranes de l'arrière-gorge étaient épaisses, mais encore parce que la diphthérie s'était étendue aux fosses nasales. Dans les 2 autres observations, le croup avait débuté huit heures et trois heures avant le commencement du traitement; les deux malades sont morts l'un en six heures, l'autre en deux heures. Vous voyez que dans le croup confirmé l'insuccès a été radical.

Au contraire, pour l'angine diphthéritique sans croup, les succès ont été constants : 9 observations, 9 guérisons, avec une durée de deux à sept jours, le plus souvent de trois à cinq jours. Enfin dans un chapitre intitulé : *Action abortive du bromure de potassium contre la diphthérie de la gorge,* notre confrère cite 6 observations et 6 succès avec une durée de quelques heures à vingt-quatre et quarante-huit heures. Ces faits sont encourageants, car sur 29 observations dans lesquelles la diphtérie occupait divers sièges, M. Peyraud a obtenu 27 guérisons et les 2 décès ont été causés par le croup.

L'auteur suppose que le bromure de potassium guérit en détruisant la fausse membrane infectieuse, en cicatrisant l'ulcération sous-jacente, qui est la porte d'entrée de l'infection, peut-être aussi en agissant comme antiseptique général. Il admet, enfin, que son action est singulièrement aidée par son influence hyposthénisante sur le voile du palais.

Telles sont les idées principales de cet intéressant mémoire. Voyons maintenant ce que vont nous apprendre les 25 observations que j'ai recueillies au commencement de cette année, et dont je vous parlais au début.

Remarquez, messieurs, que ces 25 observations sont choisies avec un soin particulier. J'ai mis de côté, comme je vous l'ai dit, tous les croups opérés qui s'élevaient au chiffre de 52 ; j'ai retranché également 4 cas d'angine vraiment trop défavorables. Les résultats auxquels je suis arrivé me paraissent donc topiques. Eh bien, sur ces 25 cas, j'ai eu 7 morts ; un peu moins d'un tiers, un peu plus d'un quart. La proportion est considérable et dépasse de beaucoup celle que j'ai observée à d'autres époques. Ainsi, dans un travail que j'ai lu ici même il y a trois ans, et où j'étudiais comparativement l'action du chlorate de potasse, du cubèbe et du salicylate de soude, je signalais seulement 3 décès sur 27 angines diphthéritiques, c'est-à-dire un neuvième. Si le nombre des décès ne peut, sans injustice, être mis à la charge du bromure de potassium, il ne saurait non plus lui servir de recommandation.

Dans les mois de janvier et de février, la série a été malheureuse : la diphthérie a présenté des caractères de gravité extrême, je voudrais pouvoir dire exceptionnelle. Les 25 angines dont il s'agit ont été toutes traitées par le bromure de potassium en applications topiques; 7 ont présenté le caractère toxique, toutes les 7 ont été suivies de mort. Parmi les 18 autres, 9 ont été accompagnées de croup léger, la plupart ont été bénignes, quelques-unes ont été sérieuses, aucune toxique, toutes ont été suivies de guérison.

Ainsi, messieurs, de tous les enfants atteints d'angines diphthéritiques traitées par le bromure de potassium en applications topiques, soit sous forme de cristaux, soit en solution, soit en pulvérisations aqueuses, les uns ont été guéris, les autres ont succombé, selon que la maladie était bénigne ou maligne, légère ou grave. Les faits me permettent donc de dire que le bromure de potassium ne donne pas les résultats que nous promettait le mémoire de M. Peyraud.

Un détail seulement me semble digne d'arrêter un instant votre attention. J'ai séparé d'un mot les cas bénins et les cas toxiques sans insister sur un point capital : les caractères qui distinguent les angines graves en apparence de celles qui le sont en réalité. Il faut un peu accentuer cette distinction,

et pour éviter les illusions sur la valeur d'un traitement, marquer d'un trait précis les caractères de l'état toxique. Ces caractères ne sont exclusivement constitués ni par le nombre et l'épaisseur des fausses membranes, ni par leur présence dans les narines, ni par le volume des engorgements ganglionnaires.

Toutes ces particularités ou la plupart d'entre elles peuvent se rencontrer chez un sujet sans que la diphthérie soit toxique.

En dehors de certaines épidémies, heureusement fort rares, la diphthérie toxique est à peu près inconnue dans les campagnes et dans les petites villes. C'est pourquoi la diphthérie ne tue pas lorsqu'elle est limitée à la gorge, et elle ne menace la vie que lorsqu'elle atteint le larynx, la trachée ou les bronches. Elle peut asphyxier le malade, mais elle ne l'empoisonne pas.

Aussi le médecin guérit-il toujours l'angine, qu'il l'attaque par la glace, par le cubèbe, par le perchlorure de fer, par le chlorate de potasse, par le nitrate d'argent, par l'acide salicylique, par le brome, par le bromure de potassium. Quand il rencontre un cas d'apparence grave, il s'en exagère de bonne foi l'importance, faute de terme de comparaison, et sa sa confiance dans sa méthode devient absolue. Puis quand, à notre tour, dans nos hôpitaux, nous prenons en main l'arme dont la trempe parait si éprouvée, nous ne trouvons plus qu'un glaive émoussé et sans force, et nous reconnaissons que cette arme merveilleuse ne triomphe que des ennemis vaincus d'avance.

M. *Moutard-Martin*, faisant remarquer que la diphthérie est une affection générale, et non une maladie locale, pense qu'il n'est pas bon d'encourager les recherches sur le traitement topique; il faut, en effet, traiter la maladie et non la fausse membrane. Cette affection est toujours toxique : la plus bénigne peut donner une diphthérie toxique à celui qui la gagne; tout dépend du terrain sur lequel l'angine est implantée : la maladie est toujours toxique; ses variations d'intensité dépendent du terrain.

M. *Cadet de Gassicourt* répond qu'en effet, il n'y a pas deux angines; si on les distingue en toxiques et en bénignes, c'est simplement pour établir une relation entre la gravité des symptômes d'une affection unique.

M. *Moutard-Martin* voudrait préciser la question; il n'admet pas la distinction de la diphthérie toxique et non toxique; ce serait laisser croire que toute angine bénigne ne peut soit se transformer en toxique, soit communiquer une angine toxique. Il serait préférable de dire que la diphthérie est maligne ou bénigne. Cette expression donne une idée plus nette, plus scientifique. Le mot *toxique* indique un empoisonnement général et par cela même transmissible.

M. *Féréol* vient d'essayer le bromure de potassium : les résultats ont été mauvais; les pulvérisations étaient douloureuses au bout de quinze à vingt minutes, les attouchements sont mieux supportés.

M. *Créquy* fait remarquer qu'un grand nombre d'enfants guérissent naturellement, mais un traitement local énergique est des plus importants. Il a l'habitude de détacher les fausses membranes, puis de faire des attouchements avec du tannin pur, et de faire respirer de l'acide tannique.

M. *Constantin Paul* admet une distinction plus complète; la diphthérie peut être bénigne, grave et maligne. Mais le degré de gravité varie selon le terrain et n'est pas en rapport direct avec la diphthérie dont la seconde procède; autrement dit, une diphthérie bénigne peut donner par contagion naissance à une diphthérie maligne.

M. *Cadet de Gassicourt* fait remarquer que, dans son mémoire, il n'a pas eu l'intention de déterminer les différences de forme de la diphthérie : ce travail aurait de beaucoup excédé les limites qui lui étaient assignées par le mémoire dont il avait à rendre compte.

Dr Joseph MICHEL.

REVUE DES JOURNAUX

Absence du réflexe tendineux dans un cas de paralysie consécutive à la diphthérite, par M. TH. BUZZARD.

A la suite d'une angine diphthéritique, un homme de trente et quelques années fut pris d'impuissance motrice et d'affaiblissement de la sensibilité dans les membres; les phénomènes paralytiques se limitèrent aux extrémités, la voix, la vue, etc., étant intactes.

Parmi les symptômes relatés, il en est un qui a tout particulièrement attiré l'attention : c'est l'absence du réflexe tendineux du genou. L'auteur considère ce phénomène comme fournissant la preuve « que cette paralysie particulière dépend, quand elle affecte les extrémités, d'une lésion soit des nerfs spinaux, soit de la substance même de la moelle. »

L'existence d'une lésion des racines a été démontrée antérieurement, et, pour la première fois, croyons-nous, par M. Déjerine, dans une communication faite au Congrès international de Genève, en 1877. (*The Lancet*, 17 avril 1880.)

De l'occlusion des vaisseaux liés, par SENFTLEBEN.

Le mécanisme de cette occlusion est mal connu : ou plutôt on ne s'accorde pas sur le point de départ du processus cicatriciel. L'école de Virchow prétend que le point de départ est une prolifération endothéliale à laquelle se joint plus tard une prolifération granuleuse des parois du vaisseau, véritables bourgeons charnus qui pénètrent dans l'intérieur par les fentes de la tunique interne (Raab, Baumgarten, Pfitzer). A cela les élèves de Cohnheim répondent que la prolifération endothéliale existe souvent, mais n'est pas indispensable, que le gros du travail de réparation est dû aux leucocytes. Ils le démontrent par une ingénieuse expérience due à Senftleben. On prend sur un animal *mort depuis quelques jours*, un morceau de carotide muni d'une double ligature, et on le plonge dans de l'eau à 50 degrés. Il est bien probable que dans cette portion de tissu les épithéliums sont morts et incapables de proliférer. Eh bien, si l'on introduit le morceau ainsi préparé dans la cavité abdominale d'un animal vivant (il s'agit de lapins et de chiens) on trouve au bout d'une huitaine de jours une cicatrisation parfaite des bouts liés. Ce qui démontre, suivant Senftleben, que l'occlusion des vaisseaux liés peut se faire et probablement se fait toujours sans l'intervention de l'endothélium (*Virchow's Archiv*, t. LXXVII.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine, embryogénie, éléments anatomiques tissus et systèmes, par M. le docteur L. O. CADIAT, professeur agrégé à la Faculté de médecine. T. I. In-8 de 512 pages, avec 210 figures. — V. A. Delahaye et Cie.

En écrivant le *Traité d'anatomie générale*, dont l'auteur nous donne aujourd'hui la première partie, laquelle forme un tout bien déterminé, puisqu'elle comprend ce qui concerne les éléments anatomiques, tandis que la seconde doit traiter plus spécialement des tissus, M. le docteur Cadiat n'a pas eu simplement pour but la description et la classification des éléments anatomiques d'une part, et des tissus

d'autre part, au point de vue de leurs propriétés physiques, chimiques et organiques, mais bien l'étude des parties composantes des êtres vivants et la recherche des lois de leur organisation. Si complexe et si délicate que soit cette étude, s'appuyant sur cette idée de Bichat que la vie n'est pas une émanation d'un principe abstrait, invisible, animant les êtres, mais la résultante d'une multitude de forces distinctes, dont chacune a son origine dans les propriétés spéciales des parties élémentaires qui composent les organismes, M. Cadiat s'attache a établir les relations du fonctionnement physiologique et pathologique des tissus, en les étudiant depuis leur formation embryonnaire jusque dans leur état d'évolution complète. Le but que l'anatomie générale parvient à atteindre, dit M. le professeur Robin, dans la préface qui précède le Traité de M. Cadiat, est la détermination de ce qu'il y a de caractéristique dans l'état d'organisation; des divers degrés que cet état présente normalement, c'est-à-dire de ce qui constitue les conditions d'existence de la vie, de l'équilibre et du mouvement d'ordre organique, et non plus simplement chimique, physique ou mécanique. « Elle détermine ainsi avec précision dans quel ordre de complication croissante les formes élémentaires, véritables *unités physiologiques*, dont les manifestations communes se traduisent à l'extérieur en actes fonctionnels de l'économie, unités physiologiques tant cellulaires que non cellulaires que constitue la substance organisée, s'associent aux tissus, dont les parties similaires forment par leur ensemble les systèmes anatomiques; elle détermine inversement avec autant de netteté comment les organes proprement dits se subdivisent en organes premiers, dont la texture et la constitution intime ou élémentaire spécifient la nature et le rôle physiologiques essentiels. »

On conçoit, d'après cette méthode, le rôle assigné à la pathologie générale, c'est-à-dire, comme la définit très heureusement M. Cadiat, les lois suivant lesquelles évoluent les altérations des tissus et les maladies des systèmes organiques. C'est sur les bases fournies par l'anatomie générale, c'est-à-dire sur la connaissance des éléments anatomiques, leur distribution dans les tissus, l'organisation de ceux-ci et leurs propriétés physiques, chimiques et organiques, qu'il est permis d'établir les principes de la pathologie générale. Comme le fait remarquer avec raison M. Cadiat, déjà, en physiologie expérimentale le professeur Claude Bernard a démontré que les mêmes corps vivants, placés dans les mêmes conditions, manifestent toujours les mêmes phénomènes; pourquoi n'en serait-il pas de même en pathologie? Bien plus, les lésions déterminées par les causes occasionnelles sont limitées dans leur apparition, et, comme l'a dit Bichat, la lésion primitive n'atteint jamais un organe tout entier, mais un de ses tissus composants. Adoptant cette idée, M. Cadiat ajoute : « Nous verrons, en étudiant la façon dont le sang se distribue à chaque système et la nature de ses éléments composants, comment on peut expliquer cette loi fondamentale qui a servi de point de départ à l'anatomie générale; mais déjà on peut admettre comme un fait constant et positif cette première loi : *toutes les maladies spontanées, toutes celles qui ne sont pas engendrées par une action extérieure violente, sont des maladies de systèmes.* Une articulation est-elle enflammée? C'est l'os ou la séreuse, ou les cartilages, ou les ligaments sur lesquels porte la lésion primitive. Le cerveau est-il frappé? c'est ou son enveloppe séreuse ou son tissu propre. L'anatomie pathologique a même dépassé les limites des organes; pour le rein, par exemple, on se demande chaque jour si ce sont les tubes épithéliaux ou le tissu conjonctif intermédiaire (p. 20). » En un mot, les déterminations locales ne se produisent pas sur tous les systèmes simultanément : elles les envahissent successivement et dans un ordre marqué par la période de la maladie. « Ainsi, le rhumatisme se traduit à certaines époques par des fluxions sur les séreuses, fluxions intenses et rapides; à d'autres, par des douleurs musculaires, des lésions des tissus fibreux, des ostéites ou des congestions cutanées. » Et ce qui est vrai pour le rhumatisme est vrai aussi pour toutes les diathèses, syphilis, scrofule, goutte, etc.; les phénomènes pathologiques, en un mot, sont liés de la façon la plus rigoureuse à l'état normal, physiologique, les tissus normaux produisent des tissus morbides à certains moments de leur évolution, en vertu de lois fixes que M. Cadiat a cherché à déterminer d'une façon plus rigoureuse qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Telles sont, en quelques mots, les idées principales qui ont guidé l'auteur du travail dont nous ne pouvons donner qu'une trop courte analyse.

Adoptant la classification de son maître, M. le professeur Robin, M. Cadiat, après avoir donné quelques notions préliminaires d'embryogénie, c'est-à-dire du développement des éléments et des tissus, pour servir à l'histoire du développement des systèmes anatomiques, aborde l'étude spéciale des éléments, puis celle des systèmes. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans chacune de ses divisions, il suffira, pour donner une idée de son mode d'exposition, d'analyser un des chapitres les plus intéressants et les plus originaux de l'ouvrage. A propos du système des séreuses, par exemple, après avoir étudié la texture et la structure de ces membranes, ainsi que leur fonction physiologique, M. Cadiat recherche les variations qu'elles présentent selon le rôle qu'elles ont à remplir (péritoine, plèvre, péricarde, gaînes tendineuses, synoviales articulaires, etc.), ainsi que les lésions propres à chacune d'elles. Dans un chapitre spécial sur le siège des lésions du rhumatisme, M. Cadiat insiste sur ce point que l'expression rhumatisme articulaire consacre une erreur, en ce sens qu'elle semble supposer toutes les parties composant une articulation (os, cartilage, séreuse, tendon, etc.) lésées au même titre ; ce qui est évidemment inexact. « Il est bien certain, en effet, que, dans les manifestations du rhumatisme sur les jointures, c'est tantôt un tissu, tantôt un autre, qui est atteint, suivant la forme que revêt la maladie; mais dès le début, tous ne sont pas pris en même temps. Ce qui le prouve, ce sont les épanchements articulaires et surtout la coïncidence de lésions identiques sur les membres analogues. » Si, en effet, dans les autopsies, les synoviales articulaires paraissent généralement normales, il ne faut pas en conclure que, pendant la vie, elles n'ont pas été le point de départ de lésions et, pour ainsi dire, le centre de poussées congestives : après la mort, les lésions caractéristiques des congestions simples, même les plus intenses, ne sont plus que rarement constatées : c'est un fait fréquent dans les cas d'érysipèle, et presque constant dans les cas de congestion des séreuses.

M. Cadiat, dans sa courte introduction, nous dit que son but a été de résumer ce qu'un médecin doit savoir d'une science qui représente la partie la plus élevée de ses connaissances. Il s'agit ici, nous ne l'avions pas encore dit, de leçons déjà professées à la Faculté de médecine, alors que M. Cadiat suppléait son maître M. le professeur Robin, en s'inspirant de sa méthode et de sa théorie; ces leçons réunies en volume avec des modifications considérables, renferment non seulement une revue critique des faits les plus importants publiés, soit en France, soit à l'étranger, mais, de plus, de nombreuses recherches personnelles qui en font un livre vraiment original. Sans aucun doute, on y relèvera d'assez nombreuses lacunes et quelques erreurs, mais nous pouvons dire que M. Cadiat a atteint le but qu'il s'était proposé. Tout en voulant être bref et clair, il a abordé les questions les plus délicates et les plus controversées; défendant ses idées avec vivacité souvent, mais toujours avec une entière bonne foi, M. Cadiat a fait un bon livre dont l'utilité sera grande pour les étudiants et les médecins, en leur indiquant nettement sur quelles bases doit être établie la pathologie générale.

Dr Joseph Michel.

Index bibliographique.

Des localisations dans les maladies cérébrales, par J. Grasset, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (2e édition). — Montpellier, C. Coulet. — Paris, V. A. Delahaye et Cie, 1880.

Depuis que la grande question des localisations cérébrales passionne le monde scientifique, des travaux considérables ont été publiés sur cet intéressant et difficile sujet.

Les observations cliniques se sont multipliées ; l'expérimentation a été entreprise partout, en France, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, en Italie, etc. ; et presque chaque année une revue a dû être publiée pour résumer les conclusions de toutes ces recherches. Dix ans se sont écoulés depuis que Fritsch et Hitzig ont fait part de leurs premières découvertes. Il était donc nécessaire de grouper tous les faits publiés, de présenter de toutes ces tentatives éparses une synthèse qui permît au public médical d'en connaître et d'en apprécier les résultats, sans avoir à se livrer à des investigations bibliographiques rendues longues et arides par la quantité des documents publiés de tous côtés. C'est la tâche qu'a entreprise M. Grasset, en publiant une deuxième édition de son livre : *Des localisations dans les maladies cérébrales*. On sait avec quelle précieuse clarté M. Grasset a exposé, dans son *Traité des maladies du système nerveux*, les symptômes, l'anatomie pathologique, le traitement des maladies du cerveau et de la moelle. Qu'il nous suffise de dire que la nouvelle publication ne le cède en rien à son aînée, et que l'auteur a, de tous points, atteint le but difficile qu'il s'était proposé.

Cet ouvrage, dans lequel sont résumés et appréciés les travaux publiés depuis l'enfance de la question des localisations cérébrales jusqu'à aujourd'hui, est divisé en trois parties.

M. Grasset étudie d'abord l'*aphasie*, l'*hémianesthésie* et l'*hémichorée* avec tous les détails qu'exige l'importance de ces questions. Dans un second chapitre il expose l'anatomie de la *capsule interne* et la symptomatologie des lésions de cette intéressante région, de manière à rendre facile à tous la lecture des observations qui s'y rapportent. Une mention spéciale est faite des questions encore mal élucidées de l'*athétose* et de l'*amblyopie* d'origine cérébrale. La deuxième partie est consacrée à l'étude des altérations de l'écorce grise cérébrale. Une analyse complète des travaux publiés, résume les renseignements anatomiques relatifs à la disposition des circonvolutions, à leur structure, à leur irrigation artérielle, aux divers systèmes de fibres blanches intra-cérébrales, etc.

La physiologie expérimentale, qui a tant fait pour les solutions du problème délicat des localisations encéphaliques, est l'objet d'un examen approfondi. Les expériences de Fritsch et Hitzig, de Ferrier, de Carville et Duret, de Tripier, de Schiff, Goltz, Onimus, Bochefontaine, Frank et Pitres, Luciani et Tamburini, Lussano et Lemoigne, Dupuy, etc., y sont soigneusement rapportées et discutées.

La clinique a la part qu'elle mérite dans cet ouvrage. L'histoire des convulsions, paralysies, etc., d'origine corticale est faite à l'aide d'un grand nombre d'observations résumées et recueillies dans tous les auteurs. Signalons une étude très complète de la déviation conjuguée de la tête et des yeux, appuyée sur 117 observations précises.

Enfin, la dernière partie se compose des observations personnelles que M. Grasset a recueillies. Le sommaire même en serait trop long ; nous ne pouvons que mentionner une observation, intéressante entre toutes, d'aphasie avec spécimen de l'écriture du malade et ses modifications progressives jusqu'à la guérison. M. Grasset est placé à Montpellier dans des conditions qui lui ont permis de donner à cette partie originale de son livre un soin tout spécial. L'hôpital général dont il est le médecin est une véritable petite Salpêtrière pleine de précieuses ressources. On voit par cet exposé le parti qu'il a su en tirer. Cette deuxième édition est, comme le dit son auteur, revue et considérablement augmentée. C'est donc un livre nouveau et qui fait le plus grand honneur au laborieux professeur de Montpellier.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine. — Enseignement pratique de l'anatomie pathologique. — Nous n'avons point voulu parler des discussions qui ont eu lieu dans la presse ou au sein de la Faculté, sur le projet de création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique. Mais, laissant encore de côté, comme nous l'avons fait jusqu'à ce jour, toutes les questions personnelles et les questions irritantes, nous devons signaler la récente délibération de la Faculté. Elle vient de reconnaître, après une discussion assez animée, l'utilité et l'urgence de réorganiser l'enseignement de l'anatomie pathologique pratique, mais en conférant à un chef des travaux, auquel une situation indépendante pourrait être faite, le soin de diriger tout ce qui a trait à la pratique des autopsies. Nous n'avons jamais demandé nous-même qu'une autre solution fût donnée à cette question si mal engagée et si imprudemment conduite.

Conseil supérieur de l'instruction publique et comité consultatif de l'enseignement. — Décrets.

Sont nommés pour quatre ans membres du Conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce Conseil : (La loi laisse au choix du Président de la République la nomination de neuf membres appartenant à l'enseignement officiel et de quatre membres appartenant à l'enseignement libre).

MM. Bréal, directeur à l'Ecole pratique des hautes études ; Buisson, directeur de l'enseignement primaire ; Dumont, directeur de l'enseignement supérieur ; Fustel de Coulanges, directeur de l'Ecole normale supérieure ; Gavarret, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Gréard, ancien directeur au ministère de l'instruction publique ; Manuel, inspecteur général de l'enseignement secondaire ; Du Mesnil, directeur honoraire de l'enseignement supérieur ; Zévort, directeur de l'enseignement secondaire

— Sont nommés pour quatre ans membres de la section permanente : MM. Paul Bert, délégué des Facultés des sciences ; Berthelot, membre de l'Institut ; Beudant, délégué des Facultés de droit ; Giraud, délégué de l'Institut ; Janet, membre de l'Institut délégué des Facultés des lettres ; Vulpian, délégué des Facultés de médecine.

— Sont nommés pour quatre ans membres du Conseil supérieur de l'instruction publique, les membres de l'enseignement libre dont les noms suivent : MM. Boutmy, Dubief, Godart, Josserand.

— Sont nommés pour une année : *Vice-président du Conseil supérieur :* M. Berthelot, membre du Conseil ; *secrétaire :* M. Dumont, membre du Conseil.

— Suivent deux décrets, l'un portant règlement intérieur du *Conseil supérieur de l'instruction publique*, l'autre portant reconstitution du *Comité consultatif de l'enseignement public*, lequel est divisé en trois sections correspondant aux trois ordres d'enseignement supérieur, secondaire et primaire.

— Le Conseil supérieur se trouve ainsi composé : MM. Jules Ferry, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, *président ;* Berthelot, *vice-président ;* Dumont, *secrétaire.*

Membres du conseil : (Les membres du Conseil sont énumérés dans l'ordre adopté par la loi du 27 février 1880) : MM. Jules Simon, Egger, Bertrand, le vicomte H. Delaborde, Giraud.

Membres nommés par le Président de la République : MM. Bréal, Buisson, Dumont, Fustel de Coulanges, Gréard, Gavarret, Manuel, Du Mesnil, Zévort, Laboulaye, Berthelot, Frémy, l'abbé Guinand, Bois, Beudant, Demolombe, Vulpian, Moitessier, Chatin, Lespiault, Bert, Janet, Ferraz, Boissier, Sainte-Claire Deville, Quesvin, Quicherat, Schefer, le colonel Laussedat, Dubois, Hervé-Mangon, Burat, Rissler, Lebaigue, Morel, Marion, Melouzay, Vintejoux, Voigt, Huschard, Haraucourt, Fournier, Jacquier, Carriot, Brouard, Aubert, Creutzer, Cuissart, Hilaire.

Membres de l'enseignement libre nommés par le Président de la République : MM. Boutmy, Dubief, Godart, Josserand.

Assistance publique. — Par arrêté du ministre de l'intérieur et des cultes, en date du 4 mai 1880, rendu sur la proposition du préfet de la Seine, M. Charles Quentin, membre du Conseil muni-

cipal de Paris, a été nommé directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de M. Michel Moring, décédé.

Conseil municipal; hopitaux, secours extérieurs, hygiène publique. — A propos d'un incident soulevé par M. Rigaut, le Conseil a voté l'ordre du jour suivant : « Le Conseil, désirant que » les malades des hôpitaux ne soient pas séparés des secours ex- » térieurs, et confiant dans la vigilance de l'administration pour » empêcher toute obsession religieuse, passe à l'ordre du jour. »

— Dans la séance du 8 mai, M. le président Thulié a donné lecture d'une lettre de M. Quentin, nommé directeur de l'Assistance publique, qui donne sa démission de membre du Conseil.

Le Conseil a adopté ensuite, sur le rapport de M. Bourneville, des projets d'avis favorables relativement à divers travaux d'amélioration ou de réparation à exécuter dans divers hospices et hôpitaux. Il a émis en outre les vœux suivants : « 1° que l'adminis- » tration soumette à bref délai au Conseil municipal le projet » d'un service balnéaire et hydrothérapique à la Salpêtrière; » 2° que l'administration profite de toutes les occasions qui se » présenteront pour isoler la maison municipale de santé. »

Le Conseil a appelé l'attention de l'administration sur les réformes suivantes à apporter à l'hospice de Bicêtre : « 1° transfor- » mation des cabinets d'aisances, installation de nouveaux uri- » noirs; 2° amélioration du service des eaux, des salles de bains » et d'hydrothérapie; 3° établissement de lavabos dans tous les » principaux dortoirs; 4° transformation des petites voitures à » l'usage des grands infirmes. »

Enfin le Conseil a renouvelé les vœux exprimés les années précédentes en ce qui concerne l'hospice de Bicêtre, et plus particulièrement sur la nomination par le concours d'un médecin suppléant résidant, et sur la mise en bon état du logement de ce médecin.

Asie Mineure, hygiène publique. — On écrit au *Journal des Débats*, en date du 30 avril, que le gouverneur de Constantinople vient de désigner trois médecins chargés d'aller en Asie Mineure pour étudier l'état sanitaire du pays et veiller à ce que des mesures soient prises par les autorités locales afin de prévenir, s'il est possible, les épidémies dont l'Anatolie est menacée. Van, Erzeroum et Solimanié sont les trois villes où ces médecins doivent se rendre. Ces mesures sont insuffisantes : car les médecins que l'on envoie en Asie-Mineure n'ont pas de fonds à leur disposition. Il n'y a que la Commission sanitaire internationale dont l'intervention serait efficace dans cette circonstance. Or, il y a urgence : les chaleurs de l'été approchent, la famine continue à sévir, et la mortalité est effrayante en Anatolie.

Faculté de médecine. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur A. Fournier commencera ce cours, *à l'hôpital Saint-Louis*, le vendredi 21 mai, et le continuera les mardis et vendredis suivants. Vendredi, leçon à l'amphithéâtre (neuf heures et demie). Mardi, leçon au lit des malades.

Cours de pathologie mentale. — *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le docteur Luys reprendra son cours sur la structure du cerveau et la pathologie mentale le dimanche 23 mai, à 9 heures 1/4, dans le nouvel amphithéâtre, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Annexe des Quinze-Vingts. — Le ministre de l'intérieur a posé aujourd'hui la première pierre de l'annexe des Quinze-Vingts, de rue de Charenton, où doit être installée la Clinique ophthalmologique fondée sur la proposition du directeur actuel. Désormais, l'hospice des Quinze-Vingts recueillera des aveugles indigents. Des médecins spéciaux seront chargés des cures. Une vaste salle d'attente recevra chaque jour les aveugles qui se présenteront à la visite. Les nouvelles constructions seront adossées d'une part à la rue Moreau, de l'autre à la salle de lecture de l'hospice.

Souscription en faveur de la Société nationale d'assistance pour les aveugles travailleurs. — On nous prie d'annoncer l'ouverture de cette souscription, que M. le ministre de l'intérieur a prise sous son patronage. On peut souscrire chez M. le directeur de l'*Hospice national des Quinze-Vingts.*

Nécrologie. — Le docteur Ch. Sayre, fils du chirurgien bien connu de New-York, vient de succomber aux suites d'une fracture comminutive de la cuisse. Cette perte a causé une douloureuse impression dans le corps médical américain, où notre confrère était vivement apprécié pour sa science autant que pour son caractère professionnel.

Mortalité a Paris (18e semaine, du vendredi 30 avril au jeudi 6 mai 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1144 (1), se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. Variole, 48. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 13. — Diphthérie et croup, 39. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 15. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 57. — Autres affections générales, 148. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 95. — Diarrhée infantile et athrepsie, 67. — Autres maladies locales : aiguës, 79; chroniques, 198; douteuses, 67. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 39. — Causes inconnues, 5.

Bilan de la semaine. — Il y a une légère augmentation de décès, pourtant elle ne paraît pas dépasser les limites ordinaires que présentent toujours les faits sociaux dans leurs oscillations.

On constatera que les affections épidémiques sont à peu près stationnaires; mais il faut s'empresser de noter la sensible diminution survenue depuis quinze jours dans les décès par fièvre puerpérale. Déjà très marquée la semaine dernière, cette atténuation se maintient et même se prononce en celle-ci.

Nous avons dit, dans notre dernier bulletin, les sévices certainement attribuables au dépôt varioleux du 20e *quartier* (et non du 20e arrondissement comme nous l'a fait dire le typographe), et siégeant dans l'annexe de l'Hôtel-Dieu. Nous avons vu aussi que cette annexe ayant été évacuée dans le courant du mois d'avril, les méfaits de l'épidémie variolique se sont immédiatement amoindris; mais d'un autre côté les varioleux qui eussent dû entrer dans l'annexe étant allés en partie à l'hôpital Saint-Antoine, aussitôt le quartier des Quinze-Vingts vit augmenter très notablement les décè par variole des domiciliés de ce quartier (voyez et comparez les 16e, 17e et 18e bulletins). Ce quartier des Quinze-Vingts avait déjà ressenti très gravement, en janvier et en février, les funestes effets des deux dépôts de varioleux déjà fonctionnant à Saint-Antoine et à Sainte-Eugénie. En effet, ce quartier compte environ 44 000 habitants. C'est à peu près 1/45 de la population totale; il semble donc qu'il eût dû fournir à peu près le 1/45 de tous les décès par variole (569), ou environ 13 décès. Or, on en a compté 33, ou presque *trois fois* davantage en janvier et février ! Mais, à en juger par ce qui se passe dans ce quartier depuis trois semaines, c'est-à-dire depuis que les varioleux de Saint-Antoine se sont accrus, les sévices de la variole y sont en voie de notable accroissement. Ayant seulement à enregistrer des faits accomplis, je me garderai bien de sortir de mon modeste rôle et de rien présumer sur l'avenir ; mais je le demande, si rien n'est entrepris contre ce mouvement ascendant de l'épidémie dans le 48e quartier, n'est-il pas à craindre qu'il se maintienne?

Cependant ce quartier des Quinze-Vingts ne contient pas seulement des dépôts de varioleux, il en est encore un de diphthérie dans un très beau pavillon de l'hôpital Sainte-Eugénie. Dans un prochain bulletin, nous en constaterons et en mesurerons la désastreuse influence.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

(1) Il faut ajouter 14 décès dont la notification n'avait pas été faite en temps utile. Soit 1158 décès.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant,*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 20 mai 1880.

Académie de médecine: RAPPORT SUR LA PESTE.

(Deuxième article.)

La peste a, comme on sait, trois modes d'évolution : 1° la forme foudroyante (*pestis siderans* des anciens); 2° la forme ordinaire, classique, plus ou moins grave suivant les épidémies; 3° la forme atténuée, ou fébricule pestilentielle. Cette dernière forme présente un grand intérêt au point de vue de l'origine et devra être plus spécialement étudiée; voici pourquoi. On a décrit, dans ces dernières années, sous le nom un peu prématuré de *peste fruste,* de véritables épidémies composées exclusivement de ces formes légères : bubons fébriles, non contagieux, non mortels. Ces épidémies singulières ont été signalées jusqu'ici dans des pays très suspects au point de vue de la peste : la Mésopotamie, la Tripolitaine, etc., où elles précédaient ou accompagnaient des manifestations de la peste classique. Il paraît incontestable que cette « peste fruste » a quelques relations étiologiques avec la peste ordinaire, mais il est difficile de dire lesquelles. Le point de vue le plus acceptable serait de considérer ces manifestations buboniques comme étant véritablement une forme atténuée de peste pouvant se transformer sous l'influence de diverses circonstances et devenir, au bout d'un temps variable, une épidémie grave. C'est une opinion à laquelle l'autorité de Botkin a donné en 1879 un grand retentissement (1).

Établir quelles sont au juste les relations de la peste fruste avec la peste ordinaire, l'influence qu'exercent sur elles le sol et l'atmosphère; découvrir s'il est des conditions susceptibles de les transformer l'une dans l'autre et quelles sont ces conditions, ce serait là, certes, un beau sujet de recherches pour un délégué scientifique. Malheureusement, des questions de ce genre ne peuvent être résolues que par une observation prolongée et supposent l'existence préalable d'une topographie médicale du pays. — Lorsque j'arrivai à Astrakhan, en avril 1879, on m'apprit que dans cette ville des bubons spontanés assez nombreux régnaient en 1877 et même pendant les années suivantes. A force de chercher, je parvins à en voir trois cas dans le courant de mai (adénite inguinale, crurale et sous-maxillaire) ; mais ces cas n'ont pas laissé dans mon esprit une impression satisfaisante. Il n'y avait pas de syphilis, mais peut-être de la scrofule. En somme, l'aspect clinique avait quelque chose de bizarre, comme l'indiquaient fort bien mes collègues de la ville qui, frappés de cette apparition inusitée, n'avaient pas craint, à un certain moment, de parler de *pestis nostras.* Plus tard, j'appris que les mêmes bubons spontanés passaient pour assez fréquents dans toutes les localités du gouvernement où elles portent le nom curieux de *mamelle de chien.* Il m'a été impossible de savoir ce qu'il y a de vrai et de faux dans ce renseignement, et cela se conçoit. Que faire dans un pays où il n'y a ni médecins ni institution sanitaire? Courir les villages à l'aventure, interroger des gens incompétents qui, lorsqu'ils ont la volonté ou le courage de vous répondre, vous adressent régulièrement à un malade atteint de bubon syphilitique?

(1) On lisait, en avril 1879, dans plusieurs journaux russes, que les bubons spontanés étaient très fréquents autour d'Erivan et de Bayazet, tout près de Makou, théâtre de l'épidémie de 1863. « Le fait est vrai, mais ces bubons ne sont pas pestilentiels, écrivait le docteur Dubelir au journal *le Herald.* » — « Votre observation prouve que nous n'avons pas la même opinion, répondit un rédacteur anonyme de l'école de Botkin, et que vous ne voulez reconnaître la peste que lorsqu'elle est devenue terriblement mortelle et contagieuse ».

FEUILLETON

Bibliographie d'André Du Laurens, premier médecin du roi Henri IV et chancelier de l'Université de Montpellier, avec **Quelques remarques sur sa biographie** (1558-1609).

Si M. Chéreau a éclairci quelques points de la bibliographie de Guy Patin (*Gaz. hebd.,* 1879, n°s 35, 36 et 37, BIBLIOGRAPHIA PATINIANA), il a singulièrement embrouillé celle d'André Du Laurens. Voici, en effet, ce qu'on trouve aux pages 565 et 566 :

« IV. TRADUCTION DU FRANÇAIS EN LATIN DE TOUTES LES ŒUVRES D'ANDRÉ DU LAURENS... Ses ouvrages sont nombreux et presque tous écrits en français. On doit savoir gré à Guy Patin d'avoir entrepris et mené à bonne fin une entreprise qui était considérable, et qui consistait à mettre en latin, non seulement tous ceux de ces ouvrages qui avaient vu le jour, mais encore d'enrichir l'œuvre de plusieurs leçons données par le célèbre archiatre de Henri IV du haut de sa chaire professorale de Montpellier. En 1628 paraissaient à Paris, chez Martin Durand, deux beaux volumes in-4 portant ce titre : *Andreæ Laurentii... opera omnia... Studio et opere Guidonis Patini.* On y trouve, outre deux beaux portraits, celui de Henri IV et celui d'André Du Laurens, les traités suivants :

» *A.* La traduction latine de tous les ouvrages déjà imprimés en français par Du Laurens, savoir :

» 1. *Historia anatomica. Libri XII;*

» 2. *Tractatus de crisibus. Libri III;*

» 3. *Tractatus de strumis. Libri II;*

» 4. *De visu et eum conservandi modo;*

» 5. *De morbis melancholicis et eorum curatione;*

» 6. *De catarrhorum generatione et eos curandi modo ;*

» 7. *De senectute, ejusque salubriter transigendæ ratione;*

» 8. *De arthritide;* 9. *De elephantiasi ;* 10. *De lue venerea,*

Ce sont là des difficultés presque insurmontables pour des médecins qui ne pratiquent pas dans le pays même. Néanmoins, la commission a eu grandement raison d'insister sur l'importance de ces épidémies, qui n'est d'ailleurs méconnue par personne. Hirsch, qui est cité dans le rapport, ne nie pas d'une façon absolue leur nature pestilentielle, y compris celle d'Astrakhan en 1877 : il se contente d'indiquer les points qui lui paraissent douteux, et l'on ne peut qu'approuver sa réserve.

A la question de la peste fruste s'en rattache une autre non moins importante et à laquelle l'épidémie de Wetlianka a donné un regain d'actualité (1). La peste indienne est-elle une forme pathologique spéciale, ou bien doit-on la confondre avec la peste bubonique, dont elle ne serait qu'une forme clinique, analogue par exemple à la variété hémorrhagique de la variole? Hirsch en Allemagne, L. Colin en France, sont dualistes; la commission paraît plutôt uniciste. Il me semble difficile de se décider dans un sens ou dans l'autre, attendu que les observations des médecins anglais qui ont vu la peste de Pali sont notoirement insuffisantes. C'est pourquoi j'ai signalé dans le dernier article, comme un des desideratas les plus pressants, la description minutieuse des symptômes thoraciques : il est possible, en effet, que dans certains climats les lésions pulmonaires de la peste ordinaire soient aussi importantes que dans la peste des Indes. Dans ce cas il n'y aurait plus lieu de maintenir le dualisme actuel.

J'arrive maintenant à la nature et à l'origine de la maladie.

Lorsqu'un médecin envoyé pour étudier celle-ci arrive sur le théâtre d'une épidémie de peste, la première question qui se pose à lui est celle de l'origine de l'affection. Cette question d'origine, purement scientifique en apparence, est l'objet de continuelles préoccupations de la part des administrations locales et supérieures, des habitants, etc., et est représentée à chaque instant à l'attention du savant étranger. C'est qu'en effet la peste n'a pu qu'être importée ou naître spontanément dans le pays. Or, il n'y a au monde aucun pays, quelque arriéré qu'on puisse le supposer, qui tienne à passer pour un lieu de production de la peste, et tous les efforts des autorités tendront à éloigner de l'esprit du délégué étranger cette idée compromettante. Je ne crois pas qu'il y ait un seul rapport des médecins sanitaires de Constantinople qui ne s'exprime avec sévérité sur « les mensonges intéressés », sur « la duplicité » des pachas, beys, et autres fonctionnaires de l'empire ottoman. On pourrait en dire autant d'autres pays. Ce sentiment naturel et qui est tenu pour patriotique, il faut en tenir compte et rechercher avec d'autant plus de soin les conditions de topographie, de météorologie, de vie sociale qui passent pour engendrer la peste. — Arriver dans les pays infestés sans opinion préconçue et répondre évasivement aux questions multipliées sur ce point, me paraît être la règle de conduite d'un délégué prudent et qui désire consacrer son temps à des études sérieuses plutôt qu'à des discussions stériles.

La peste peut être importée sans qu'il soit toujours facile de dire de quel endroit, et sur cette intéressante question on est trop souvent réduit aux hypothèses. Prenons par exemple la peste d'Astrakhan. La logique la plus élémentaire commandait de chercher l'origine du côté de la Perse, pays relativement rapproché, en relations fréquentes avec la Russie, et où la peste avait régné d'une manière indiscutable deux ans auparavant. Eh bien! bon nombre de médecins, et des plus compétents, ont pensé que l'affection était plutôt d'origine turque et provenait de Bagdad. Il a suffi d'un semblant de coïncidence entre l'apparition de l'épidémie et le retour des Cosaques de la guerre d'Arménie, pour entraîner leur esprit dans cette voie que nous croyons erronée. Je pourrais citer d'autres exemples du même genre : celui-là suffira à montrer que la question d'origine est loin d'être toujours facile à résoudre. D'autant plus, encore une fois, que la question d'origine — comme celle de la prophylaxie — n'est pas exclusivement scientifique, et que chacun a de la tendance à la résoudre conformément aux intérêts (bien ou mal entendus) de sa nationalité.

Si l'on admet que la peste est d'ordinaire importée dans les régions où elle fait son apparition depuis quelques années, on admet aussi implicitement qu'elle a un berceau endémique. Cette question de l'endémicité a été traitée longuement par M. Rochard, qui arrive à la conclusion assez inattendue que le foyer d'origine de la peste est la Chine.

L'opinion du savant rapporteur de la commission se base sur des renseignements fournis par M. Rocher, attaché à la douane chinoise d'Amoy, lequel les avait recueillis dans le cours d'un long voyage dans le Yunnan. Quelles que soient la précision des détails et la confiance que mérite le compatriote en question, il est impossible d'accepter ses dires autrement que comme simples renseignements, et la question de l'endémicité de la peste reste encore ouverte; d'autant

(1) On se rappelle l'émotion produite par le discours de Botkin à la *conférence de Saint-Pétersbourg* lorsque, rompant avec les errements traditionnels de la Russie, il proclama à la face de l'univers « que l'épidémie de Wetlianka était la forme pestilentielle la plus grave que connût la science, la peste indienne ou mort noire du moyen âge ».

---

dictés en français par Du Laurens aux chirurgiens de Montpellier dans les années 1587-1588.

» *B.* L'impression de deux ouvrages qui n'avaient pas encore vu le jour, savoir :

» 1. *Brevis commentarius in Artem parvam Galeni*, dicté à Montpellier par Du Laurens dans les années 1589-1590, écrit de la main même de l'auteur, et que Patin dut à la générosité de Jean Auber (de Moulins), élève de Du Laurens.

» 2. *Consilia medica*, écrit également par Du Laurens, et que Gabriel Naudé confia à son ami.

» Patin a enrichi de quelques notes ou scholies les traités *De arthritide* et *De elephantiasi*, et il a interprété le traité *De lue venerea*. Il y a même tout un chapitre de lui à l'occasion de l'origine tant combattue de la maladie vénérienne.

» Il y défend la provenance américaine, et soutient que ce sont les soldats de Christophe Colomb qui l'ont apportée en Italie. Les Italiens l'ont communiquée aux Français lors de l'expédition de Naples, et les Français n'ont pas tardé à en contaminer leurs compatriotes. Une deuxième scholie établit les diverses formes de la maladie telles que les avait proposées Fernel. »

Il faut bien le dire, tout cela est inexact. D'abord « les ouvrages imprimés en français par Du Laurens » se bornent à un petit volume in-12 de 274 feuillets : *Discours de la conservation de la vue; des maladies mélancholiques; des catarrhes, et de la vieillesse.* Le *De crisibus*, l'*Historia anatomica*, le *De mirabili strumas sanandi*, etc., sont en latin. Les « *Opuscules recueillis des leçons de M. André Du Laurens, lorsqu'il lisait publiquement aux chirurgiens de l'Université de Montpellier ès années* 1587 *et* 1588 », publiés pour la première fois en 1613, avec la traduction en français des œuvres de Du Laurens par Théophile Gelée, sont, avec les quatre discours dont je viens de parler, les seules choses que Guy Patin ait eu à traduire; car les deux publications nouvelles, « Bref commentaire sur l'*Ars parva* de Galien »

mieux que la marche de la maladie du nord de la Chine vers le littoral de la Méditerranée est loin d'être aussi claire que semble l'admettre M. Rochard. On peut bien supposer une transmission du Yunnan à la Birmanie, puis à l'Hindoustan; mais comment a-t-elle passé en Asie Mineure? « Nous la voyons apparaître, dit le rapport, en Perse et en Arménie, à *très petite* distance de l'Inde anglaise, par conséquent. » Il s'agit en réalité de six à sept cents lieues entre les pays les plus dépourvus de communications qui existent au monde, ce qui ne laisse pas d'être un écart très sensible (1).

Pour ceux qui étudient sans parti pris les apparitions modernes de la peste, le pays le plus suspect est la région montagneuse comprise entre les lacs de Van et d'Ourmiah, et aux environs de ces lacs. Mais sur ce point délicat il serait imprudent d'émettre une affirmation.

Cette question de l'endémicité de la peste ne rentre pas à proprement parler dans le sujet que nous étudions, et ne peut être résolue par un seul homme. Il était utile néanmoins, ainsi que le dit fort justement le rapport, d'indiquer quel est l'état de la science sur la nature, l'origine et la prophylaxie de la peste. Pour le médecin envoyé sur le théâtre de l'épidémie, il fera bien de ne pas trop s'occuper de ces querelles de théorie et, tout en faisant la part des exagérations ou des mensonges intéressés auxquels j'ai fait allusion plus haut, de consacrer son activité aux recherches suivantes qui pourront permettre à d'autres de conclure.

1° Étude attentive de la topographie et de la météorologie du pays. — Des notions même très imparfaites seront reçues avec reconnaissance: des détails qui paraissent sans valeur peuvent conduire à des conclusions fort importantes.

2° Suivre avec beaucoup de soin et sans parti préconçu les manifestations de la contagion. Bien vérifier toutes les circonstances qui peuvent induire en erreur, mettre en lumière les faits probants. — Le rôle de la contagion dans la peste ne sera jamais trop démontré, et il ne faut pas oublier que la transmissibilité de la maladie est la base de notre système quarantainaire.

3° Rechercher, la contagion étant probable ou démontrée, comment la transmission a pu se faire. — Ces recherches sont, il faut en être prévenu, très arides et ne conduisent guère à des résultats certains: il n'y en a pas de plus utiles, et c'est pourquoi elles ne sauraient être assez recommandées.

(1) Je signale, en passant, une erreur (sans doute typographique) du rapport, à propos de l'épidémie bubonique de Moursouk, capitale du Fezzan, « à deux lieues environ de Benghazi » (p. 233). C'est probablement deux cents lieues qu'il faut lire.

Lorsque le médecin envoyé pour étudier la peste aura rempli ce petit programme, il sera bien près d'avoir accompli sa tâche. En effet, il n'aura pas à traiter les questions de *prophylaxie*, qui ne se présentent à son observation que sous un jour assez défectueux: de ce côté il ne peut que constater un fait accompli et dans un cercle très limité. A ce propos la commission n'a pas parlé du cas, qui peut se présenter, où l'on ait à observer une épidémie dans un pays où règnent des règlements quarantainaires sévères, comme la Russie par exemple. Dans ce pays, toute localité où sévit la peste doit être entourée d'un cordon militaire très serré, pendant *quarante-deux jours* après le dernier cas constaté! Il n'est pas besoin d'insister sur les conséquences d'une pareille mesure au point de vue des études internationales.

Il resterait maintenant à suivre le rapport de M. Rochard à propos des recherches à faire dans les laboratoires, expériences d'inoculation d'un côté, de culture et d'élevage du parasite de l'autre. Ce sont là sans doute des études à faire, et nous nous félicitons d'avoir sur ce point les conseils si compétents d'hommes tels que MM. Pasteur et Davaine. Mais ces recherches ne pourront être faites que dans des circonstances rares et qu'il fallait cependant prévoir. Si la peste faisait son apparition dans une des grandes villes de l'Europe, il va sans dire que toutes les expériences dont il est question seraient bien vite instituées et menées bon train. Il est vrai, selon M. Rochard, « que la peste serait promptement éteinte si elle était importée sur un des points de notre territoire ». Nous aimons à le croire sans partager absolument la conviction du savant académicien.

C. Zuber.

ÉTUDES CLINIQUES

ECZÉMA GÉNÉRALISÉ. ACCÈS DE DYSPNÉE.

Nous avons publié l'année dernière (numéro du 7 mars) une analyse de quelques travaux relatifs aux lésions nerveuses qui peuvent coïncider avec certaines dermatoses, et nous avons vu que ces coïncidences, très fréquentes dans le zona, peuvent également se rencontrer dans d'autres affections de la peau. Reprenant la question à un autre point de vue, nous donnons aujourd'hui une observation dans laquelle on verra des phénomènes de la plus haute gravité se manifester du côté de l'appareil pulmonaire dans le cours d'un eczéma chronique. Sans contester les relations sympathiques

---

et les « Consultations médicales, » étaient aussi en latin.

Voilà donc l'entreprise jugée « considérable » par M. Chéreau, réduite à ses justes proportions. Il est facile d'ailleurs de s'en faire une idée plus nette encore en compulsant l'édition de Guy Patin. L'*Historia anatomica* comprend tout le premier volume, 731 pages. Dans le deuxième volume, le *De crisibus* en a 108; le *De mirabili strumas sanandi*, etc., 79; les quatre traités *De visu, De morbis melancholicis, De catarrhorum generatione, De senectute*, 141; les trois opuscules, *De arthritide, De elephantiasi, De lue venerea*, 84; le Bref commentaire, 50; et les Consultations, 82. Ainsi, sur 1275 pages, il n'y a que 225 pages de traduction. C'est bien peu *considérable!* Le plus grand travail de Guy Patin a été, il me semble, de revoir et de corriger les œuvres latines. Nous verrons bientôt, en examinant cette précieuse édition, que l'infatigable et soigneux docteur régent s'est donné la peine de dire exactement et à plusieurs reprises ce qu'il avait traduit.

Auparavant il est nécessaire d'énumérer les ouvrages d'André Du Laurens dans l'ordre de leur apparition. Il n'a pas commencé par l'*Historia anatomica*, et d'ailleurs les publications premières ont été négligées par Guy Patin. C'est une petite discussion avec Simon Piètre sur les anastomoses ou communications des vaisseaux du cœur chez le fœtus ou l'embryon. Simon Piètre (1564-1618), que Guy Patin appelait le grand Piètre (1), avait fait paraître à Tours, en 1593, une petite plaquette de 10 pages in-8: *Nova demonstratio*,

(1) Il était gendre de Michel Maroscot, un docteur régent célèbre, et oncle de Riolan le fils. Sa fille avait épousé Claude Charles, qui fut doyen (1610-1612). Son père, appelé aussi Simon, mort en 1584, était l'illustre doyen (1564-1566) par lequel fut établi le mode d'élection des doyens qui servit si longtemps de règle dans l'ancienne Faculté. Sa sœur Anne avait épousé le premier Jean Riolan. Son frère, Nicolas Piètre, mort en 1649, âgé de quatre-vingts ans, était le doyen de la Faculté de novembre 1626 à novembre 1628. Jean Piètre, mort en 1665, qui fut aussi doyen de 1648 à 1650, immédiatement avant Guy Patin, était fils de Nicolas. Un autre Jean Piètre, doyen de 1628 à 1630, était neveu du premier Simon Piètre, par conséquent cousin du grand Piètre et de Nicolas.

des maladies de la peau avec celles des muqueuses internes, les médecins redoutent moins qu'autrefois, en abordant le traitement des affections cutanées, de provoquer des répercussions sur les organes internes, source de terreur pour les anciens praticiens. Trousseau, en particulier, tout en reconnaissant que ces craintes étaient quelquefois justifiées, s'était attaché à spécifier les cas dans lesquels le traitement radical des maladies cutanées devait être tenté, principalement chez les enfants, et à indiquer les précautions à prendre pour enlever tout danger à ce traitement.

Il est certain que, bien souvent, sous l'influence des doctrines régnantes, on a mis sur le compte d'un traitement plus ou moins actif l'apparition d'accidents graves qui ne lui étaient nullement imputables. Il est utile, en tous cas, de relever les faits dans lesquels ces accidents se manifestent indépendamment de toute influence pouvant déterminer une répercussion, une métastase. Peut-être serait-il plus sage de ne voir dans ces cas que l'expression symptomatique d'une même diathèse s'inscrivant simultanément ou successivement sur des appareils organiques similaires.

C'est à ce titre que nous publions la double observation suivante, dont nous chercherons à tirer quelque enseignement pratique.

Obs. — Enfant de B..., âgé de vingt-trois mois, en dentition de ses dernières molaires. Depuis l'âge de cinq mois, cet enfant est atteint d'un eczéma généralisé qui ne l'a jamais quitté. Il est dans un état continu d'excitation et, par moments, il dort à peine deux heures consécutives, et se gratte jour et nuit avec fureur. Malgré cela, l'enfant est d'assez bonne apparence. Il a été nourri au sein par une femme d'aspect assez délicat, mais dont le lait était très abondant. Cette femme avait un enfant très vigoureux. L'eczéma n'a jamais été traité énergiquement. Des bains de son, des lotions chaudes; quelques onctions avec le glycérolé d'amidon additionné d'oxyde de zinc, des pansements secs à la poudre d'amidon ont fait tous les frais du traitement. L'enfant a quatre frères ou sœurs dont la santé est bonne. L'aînée des sœurs, âgée de quinze ans, est chlorotique. L'enfant n'a jamais eu de maladie sérieuse.

Le 14 mars, sans aucune cause appréciable, il est pris de malaise, de fièvre et d'une dyspnée qui s'accroît avec une rapidité extrême. Je le trouve dans une véritable orthopnée. Le pouls à 160, la peau chaude. La poitrine est sonore, remplie de râles sibilants et sous-crépitants, sans souffle bien marqué. Un vomitif, immédiatement administré, ne détermine qu'un soulagement très passager; la dyspnée augmente toujours. Dans la journée, l'enfant est cyanosé et presque mourant. Un large vésicatoire est appliqué sur la poitrine, et on donne une potion au cognac. Les accidents se calment dans la nuit. Le lendemain matin la poitrine est encore pleine de râles, mais la respiration est beaucoup meilleure. Le mieux s'accentue rapidement et l'enfant est rétabli quarante-huit heures après le début des accidents. Le troisième jour, les râles ont presque complètement disparu, le malade mange de bon appétit, joue sur son lit, est vif et de bonne humeur.

L'éruption, dont les démangeaisons avaient paru se calmer pendant la crise, ne s'est pas modifiée et paraît avoir subi, les jours suivants, une sorte de recrudescence.

Quelques jours après, je fais commencer un traitement arsenical. En même temps, on enveloppe de caoutchouc vulcanisé, tantôt un bras, tantôt une jambe, en agissant toujours sur une surface limitée. Sous l'influence de l'enveloppement, l'éruption se modifie très rapidement. En cinq ou six jours elle disparaît presque sur les parties enveloppées. Mais, dès que le pansement est suspendu, elle se reproduit en quelques jours. Le traitement arsenical est continué. Quelques frictions avec une pommade légèrement alcaline et additionnée de fleurs de soufre sont faites sur la figure. Tout cela sans grand succès. Des purgatifs sont administrés de temps en temps. La santé générale de l'enfant est bonne. Les quatre dernières molaires ont percé sans accident.

Le 1er mai, sans cause appréciable, l'enfant est repris de dyspnée. Il a été un peu maussade la veille au soir; mais il a bien dîné, il a même dormi une partie de la nuit. La dyspnée s'est montrée dans la matinée et rapidement est arrivée à un degré d'intensité inquiétant. Quand je le vois, il est couché sur les bras de sa mère. La respiration haletante à 64, la figure pâle, les lèvres cyanosées. Le pouls à 160, la peau brûlante. La poitrine est sonore et remplie de râles vibrants sans mélange de râles humides. On applique des sinapismes et un vomitif énergique est immédiatement administré. L'état s'est aggravé dans la journée; vers cinq heures la dyspnée est extrême, on compte 84 inspirations. Le pouls est à 180, petit, mais régulier. La peau est ardente, mêmes signes d'auscultation, pas de râles humides; peu de toux. Un large vésicatoire est appliqué sur la poitrine. Des toniques, sous forme de vin d'Espagne coupé d'eau, de potion légèrement alcoolisée, sont prescrits. Le soir, l'état est toujours menaçant; la nuit est très agitée. Le lendemain matin, l'enfant, quoique fort oppressé, paraît un peu mieux; il demande incessamment à boire. La respiration est à 70; le pouls, 164; mêmes signes d'auscultation. Même médication, on ajoute la teinture de lobélia à la dose de 40 gouttes dans la journée. Le mieux se prononce dans l'après-midi; la nuit est bonne, et le lendemain, 3 mai, je trouve l'enfant jouant sur son lit et relativement calme. La respiration est à 40; le pouls à 120. Cependant il ne tolère pas d'aliments et vomit son lait. Malgré les précautions usitées en pareil cas, le vésicatoire a déterminé une cystite assez vive et les urines, fréquemment rendues, contiennent une quantité notable de sang. Sous l'influence de cataplasmes arrosés d'eau-de-vie camphrée et de lavements émollients, la cystite se calme et, le

---

et verâ Historia anastomoseωn vasorum cordis in embryo; cum corollario de vitali facultate cordis in eodem embryo non otiosa. Ad senatum amplissimum et triumviros regios. Auctore Simone Pietre, doctore medico parisiensi. Turonis, excudebat Jametius Mettayer, typographus regius, MDCXIII. C'est 1593 : le C a été mis par erreur avant l'X.

Simon Piétre croit avoir fait une découverte importante. Il la met sous le haut patronage du parlement qui siégeait à Tours depuis plus de quatre années, pendant les troubles de la Ligue. Simon Piétre n'est pas de l'avis de Galien, et il prend les lecteurs pour juges :

Judicio de me ipse ero, vos eritis judices.

A. Du Laurens relève le gant d'une manière très vive, sans nommer Simon Piétre : *Apologia pro Galeno et impugnatio novæ ac falsæ demonstrationis de communione vasorum cordis in fœtu... Auctore Andrea Laurentio, regis medico ejusdemque in Monspeliensi academia professore.* Turonis, excudebat Jametius Mettayer, 1593. In-8 de 48 pages. A la trente-quatrième : *Impugnatio corollarii de vitali facultate.*

Il blâme les nouveaux, et finit par cette phrase : *Vos vero φιλίατροι hortor ne a Galeni et veterum, dum vera docent, decretis unquam recedatis.*

Simon Piétre s'adresse alors à André Du Laurens. *Simonis Petrei medici parisiensis disputatio, de vero usu Anastomoseωn Vasorum cordis in embryo, ad Andream Laurentium, medicum Monspeliensem clarissimum.* Augustæ Turonum excudebat Jametius Mettayer, 1593, 27 pages in-8. En marge, sont indiqués les renvois aux différents passages de l'ouvrage précédent qui sont l'objet de ses critiques.

André Du Laurens réplique aussitôt par *Andreæ Laurentii regis medici, ejusdemque in Academia Monspeliensi professoris admonitio ad Simonem Petreum, medicum Parisiensem clarissimum.* Augustæ Turonum, 1593, in-8 de

4 mai, l'enfant est tout à fait dans son état normal. On a supprimé toute médication interne et particulièrement la teinture de lobélia, et les vomissements, qu'elle déterminait, selon toute apparence, se sont aussitôt arrêtés.

Nous remarquons que les démangeaisons, qui s'étaient calmées pendant la violente crise de dyspnée, reparaissent plus vives que jamais. L'enfant se gratte avec fureur, mais il est gai et demande à manger.

Il est assez difficile de déterminer, en pareil cas, la nature précise de l'affection pulmonaire à laquelle nous avons eu affaire. Toutefois nous croyons que le diagnostic doit se circonscrire entre deux maladies : une congestion pulmonaire ou un emphysème rapidement généralisé. Il nous semble qu'une congestion assez intense pour déterminer de pareils accidents aurait dû se traduire par quelques signes que nous n'avons pas rencontrés, bien que nous les ayons recherchés avec soin. C'est ainsi que nous n'avons jamais trouvé de diminution dans la sonorité de la poitrine ; les râles, en quelque point que l'oreille fut appliquée, étaient toujours sibilants ou ronflants et généralisés dans toute la poitrine. Jamais nous n'avons constaté de souffle. Le caractère uniforme des bruits morbides a toujours été très manifeste. Les vomissements ont toujours amené des mucosités aérées, légères, incolores, sans viscosité, sans mélange d'aucune teinte sanguine.

Ces caractères, tirés de l'auscultation, de l'expectoration, se rapportent plus à un état d'emphysème aigu qu'à une véritable congestion.

Nous ne voulons d'ailleurs pas attacher à ce diagnostic anatomique une importance inutile. Ce qui nous a paru prédominer serait plutôt un trouble de l'innervation, qui expliquerait bien plus naturellement la rapidité avec laquelle les accidents se développaient, l'influence aussi subite que profonde exercée sur l'hématose, soit par une sorte de paralysie des éléments contractiles des radicules bronchiques, soit par la production instantanée d'un flux sécrétoire obstruant les alvéoles pulmonaires. Naturellement, on a beau jeu à disserter sur le mécanisme des accidents en l'absence de toute preuve anatomique.

Ce que nous voulons mettre en évidence, c'est la soudaineté même de ces accidents, leur violence extrême portée au point de faire craindre une terminaison funeste immédiate.

Il est clair, d'un autre côté, qu'on ne saurait incriminer une intervention thérapeutique intempestive qui aurait modifié rapidement la sécrétion cutanée. Nous répétons qu'aucun traitement actif n'avait été institué lors de l'apparition de la première crise. Depuis, quelques enveloppements avec le caoutchouc avaient été tentés avec succès sur des parties peu étendues ; mais les accidents n'ont jamais coïncidé avec l'amélioration locale que ces enveloppements avaient déterminée, et, lorsque survint la seconde crise, l'éruption était en pleine activité.

S'il en eût été autrement, si nous avions réussi à éteindre l'éruption sur une région un peu étendue, nous aurions eu peine à nous défendre d'avoir contribué, dans une certaine mesure tout au moins, à provoquer l'explosion des accidents pulmonaires. Mais notre traitement était hors de cause.

De quelque façon qu'on explique les faits, des observations de ce genre nous paraissent bonnes à faire connaître.

On parlait beaucoup autrefois des sympathies nerveuses provoquées par les affections de la peau. On va plus loin aujourd'hui, et on cherche à déterminer nettement les altérations anatomiques du tissu nerveux : centres, rameaux, ganglions. Des faits positifs ont récompensé ces recherches, et les noms de Charcot, Hamilton, Bærensprung, Leudet, etc., restent attachés à ces fécondes études.

Un des derniers travaux publiés à ce sujet est celui du Dr Marcacci, de l'Institut royal de Florence (Voy. la *Gazette* du 7 mars 1879).

L'auteur a particulièrement porté son attention sur les lésions du *grand sympathique* qui coïncident avec certaines dermatoses. Une de ses observations se rapporte à un malade enlevé par une pleuro-pneumonie au cours d'un eczéma généralisé, datant de trois mois. Une lésion profonde du ganglion cervical supérieur et du ganglion cœliaque fut constatée : hypérémie, prolification abondante de noyaux conjonctifs, gonflement, trouble des cellules nerveuses, etc. ; en un mot, toutes les altérations qui caractérisent l'inflammation du tissu nerveux.

En présence des symptômes aussi graves que fugaces que je constatais chez mon jeune malade, ces coïncidences des lésions cutanées avec les altérations plus ou moins profondes des rameaux ou ganglions sympathiques me revinrent en mémoire, et je me demandais si elles ne fournissaient pas l'explication la plus rationnelle des accidents que j'observais.

BLACHEZ.

---

40 et quelques pages (les dernières manquent). Il éclate dès le commencement : « Legi eam avidissime, relegi et intra » unius horulæ spatium totam percurri. Commovit me statim » et gaudio pene incredibili perfudit disputationis nomen » quod ipso præfert titulo. »

Il se moque de Simon Piétre, p. 5, qui a osé écrire : « *Ego primus tenebras discussi quas sibi et veritati Galenus obtenderat.* » Cette phrase se trouve à la page 9 de la pièce précédente.

Simon Piétre oppose alors à l'âpre avertissement de son adversaire une douce critique. *Simonis Petrei medici parisiensis lenis censura in acerbam admonitionem Andreæ Laurentii, medici Monspeliensis clarissimi.* Turoni, apud Claudium Montr'œil et Joannem Richer, 1593, in-8 de 22 pages.

Ainsi finit cette dispute. Car une autre pièce indiquée avec cette mention, dans le catalogue des sc. méd. de la Bibl. nat., Tb. 71, 4 : *Triumphus veræ et Galenicæ demonstrationis de vasorum cordis in fœtu communione. Autore Andrea Laurentio...* Turonis, J. Mettayer, 1593, in-8 (et qui n'existe pas), me semble bien plutôt être un deuxième titre de l'*apologia pro Galeno*, etc., qu'une dernière réponse d'André Du Laurens.

J'ai dû insister sur ces petites pièces parce qu'elles n'ont pas été mises en bon ordre dans le catalogue de la Bibliothèque nationale ; parce qu'elles ont été mal indiquées par M. le docteur Hubert Rodrigues (*Nouvelle biographie générale*, Firmin Didot, 1858), d'une manière par trop incomplète dans le *Dict. hist. de la méd. anc. et mod.* de Dezeimeris, et dans les autres bibliographies ; et parce que Haller lui-même, qui parle de cette dispute, n'a pas pris le temps de faire la lumière sur ce point.

A. Du Laurens, au septième chapitre du livre VIII de l'*Historia anatomica* (1600) reprenant cette discussion, a inséré l'opinion de Simon Piétre telle qu'elle se trouve exprimée dans la première pièce : *Nova demonstratio*, etc.,

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

OBSERVATIONS DE TROUBLES NERVEUX INSOLITES LIÉS A LA FIÈVRE TELLURIQUE, par M. F. SOREL, médecin-major de deuxième classe.

On sait combien fréquemment des troubles nerveux, sensitifs, moteurs ou vaso-moteurs, accompagnent les accès de fièvre tellurique et parfois en masquent le début. La rachialgie lombaire ou cervicale, les crampes de tout siège et de toute nature, l'urticaire, etc., sont rencontrées communément, et déjà ces symptômes par leur association ou leur exagération peuvent donner une physionomie spéciale à l'accès. Voici deux exemples de ce genre.

En 1878, à Milianah, j'étais appelé à dix heures du soir, le 8 septembre, auprès d'un soldat du train des équipages, qui, bien qu'à son troisième été d'Algérie, n'avait jamais contracté la fièvre. Vers les six heures il avait été pris de diarrhée avec coliques et vomissements aqueux, il rejetait tout ce qu'il essayait de boire. La souffrance était vive, la peau froide et le pouls fréquent. J'ordonnai un peu d'éther et d'opium et l'application de linges chauds sur le ventre; la douleur se calma et peu après, avec l'apparition de la période de chaleur, les symptômes pénibles disparurent. La fièvre tombait le lendemain dans la matinée.

Quelques jours plus tard, le 19 septembre, un sous-officier du 5e hussards, depuis dix mois en Algérie et indemme jusque-là de la fièvre, était pris après le repas du soir de vertige, nausées avec douleur épigastrique, suivies bientôt de vomissements alimentaires, puis bilieux; en même temps survenaient des coliques et plus tard une sensation d'engourdissement dans les membres avec crampes musculaires. Je reste auprès du malade de neuf à onze heures du soir: ni vomitifs, ni antispasmodiques n'apportent de soulagement; enfin une injection morphinée dans la région épigastrique fait renaître le calme en quelques minutes. La période de chaleur arrive alors, mais l'accès ne se terminait que le 20 dans la soirée, c'est-à-dire après une durée d'environ vingt-quatre heures.

Ce sont là des cas où les symptômes vulgaires exagérés masquent le frisson et remplissent la première période de l'accès. Mais, d'autres fois, les troubles nerveux accompagnent l'accès dans son entier et peuvent en dépasser la durée, et il en est que leur rareté ou leur localisation tout à fait insolite laissent à l'état de phénomènes curieux. Les observations suivantes sont la relation de deux faits de cette nature.

OBS. I. — ***Fièvre tellurique, toux nerveuse et hyperesthésie avec troubles vaso-moteurs dans la région de l'articulation coxo-fémorale gauche.*** — Escar..., gendarme âgé d'environ trente-cinq ans, entre à l'hôpital militaire de Constantine le 5 juillet 1879.

Renseignements. — En Algérie depuis 1868, contracte la fièvre en 1874 et reste sujet depuis à des accès qui l'obligent à aller en congé de convalescence en 1876. A la fin de 1877 il est envoyé à l'Oued-Jenati, poste malsain; la fièvre le force à entrer à l'hôpital en mai, puis en août 1878. Il obtient une permission pour la France, mais revient ensuite à son poste. Jusqu'ici les accès, espacés ou non, prenaient fin dans les vingt-quatre heures; mais le 28 juin 1879 la fièvre tend à la continuité et dure encore à l'entrée du malade, le 5 juillet.

État actuel. — Etat fébrile modéré accompagné d'une toux nerveuse fréquente et pénible par sa répétition; le timbre en est aigu et voilé à la fois, et la voix présente le même caractère. Aucun signe physique à noter. Rien à la percussion ou à l'auscultation. Le malade éprouve aussi une douleur vague à gauche dans la région sacrée. La fièvre tombe le 8 juillet au matin et les troubles nerveux disparaissent.

Traitement par les reconstituants et le sulfate de quinine. Escar..., bien constitué, mais très anémié, reprenait rapidement des forces, lorsque, après avoir ressenti un peu de lourdeur de tête le 15 juillet, il est repris par la fièvre le 16 dans la journée.

Rechute. — Les symptômes laryngés se reproduisent, mais sont primés par une autre manifestation nerveuse. La peau et les tissus qui entourent l'articulation coxo-fémorale gauche sont le siège d'une hyperesthésie, avec irradiation limitée vers la cuisse et la paroi abdominale; elle augmente le 17 et s'accompagne alors de gonflement œdémateux. Le malade immobilise l'articulation, le moindre mouvement lui arrachant des plaintes très vives; cependant la percussion sur le grand trochanter est assez bien tolérée et n'est douloureuse que par retentissement sur les parties voisines. Un vésicatoire morphiné et des injections sous-cutanées de morphine soulagent un peu le malade.

Au quatrième jour, le 19 juillet, la chute de la fièvre entraîne la disparition de ces accidents.

Cette rechute a beaucoup éprouvé Escar..., qui néanmoins, sans nouvel incident, se rétablit d'une façon lente, mais continue; il sort de l'hôpital pour aller se reposer en ville, le 20 août, un mois après la disparition de toute fièvre.

Fièvre à l'entrée. — Le 5 juillet soir, 38°,0; — le 6 au matin, 38°,7; le soir, 40°,2; — le 7 au matin, 38°,3; le soir, 38°,0; — le 8 au matin, 36°,8.

Rechute. — Le 16 juillet matin, 37°,2; le soir, 40°,2; — le 17 au matin, 40°,0; le soir, 39°,5; — le 18 au matin, 38°,2; le soir, 38°,6; — le 19 au matin, 36°,7.

Les troubles sensitifs, bien que présentant une maladie rare, dominent dans l'observation qui précède; mais voici un cas où le système nerveux moteur est seul en jeu et qui est remarquable par la localisation tout à fait singulière des phénomènes observés.

OBS. II. — ***Fièvre tellurique. Tic convulsif des muscles grands droits de l'abdomen.*** — Lab... Michel, cavalier au 10e hussards, dans sa vingt-sixième année, employé à la forge, entre à l'hôpital militaire de Sétif le 23 février 1880.

---

depuis *Naturæ primum institutum* jusqu'à *toto gestationis tempore otiari*, in-fol., p. 319.

Le premier ouvrage d'André Du Laurens, publié à Lyon en 1593, a pour titre : *Andreæ Laurentii doctoris medici et in celeberrima Monspeliense academia regii professoris* OPERA ANATOMICA *in quinque libros divisa, in quibus, etc.* Lugduni, sumptibus Joannis Baptistæ Buysson, 1593. Cet in-8 de 840 pages, assez rare, se trouve à la bibliothèque de l'Ecole de médecine, n° 31557.

Il n'a pas de dédicace. Richard du Laurens, médecin, frère de l'auteur, l'offre au lecteur en ces termes: « Habes, studiose lector, in hoc opere plane aureo ac divino, tanta fide, facilitate, ac diligentia expressam humani corporis vivam ac veram anatomen, ut nihil de jure desiderari possit; sive quod viam ad Hippocratis, Galeni, ac aliorum tum veterum tum recentiorum auctorum locos anatomicos inter se invicem dissidentes conciliandos ac intelligendos paret, spectes; sive quod eos qui in re anatomica diligenter versati sunt, confirmet, memoriam augeat, judicium roboret, sive denique quod ad perfectam et integram anatomes cognitionem conducat, etc. » Parmi les éloges en grec et en latin, je prends ce sonnet :

A monsieur Du Laurens sur son œuvre de la dissection de la fabrique humaine.

Tes escriptz (mon Laurens) faicts à perfection
Me semblent ung iardin garny de fleurs plus belles,
Qui ne tumbent iamais, ains rendent immortelles
Leurs plantes et l'auteur de leur production.

Des médecins de l'arbre et grecque nation
Les traicts plus signalez parcelle par parcelle
Tu nous verses icy d'une abondance telle,
Que tu nous ravis tous en admiration.

Icy l'on apprendra mainte philosophie,
Maintes commoditez de nostre fresle vie
De tout le corps humain par la description.

Renseignements. — Aucun antécédent de famille; aurait craché du sang de onze à quatorze ans(?) Incorporé au 10e hussards en garnison à Lyon, le 23 juillet 1876. Au début, séjour de quelques jours à l'infirmerie pour embarras gastrique; plus tard, en septembre 1877, vingt-huit journées d'hôpital pour sciatique légère. Embarqué avec son régiment pour l'Algérie le 3 novembre 1877, il arrive tenir garnison à Sétif à la fin de ce mois et va faire, en avril 1878, un détachement de cinq mois à M'sila.

D'octobre 1878 à octobre 1879, occupe avec son escadron la garnison de Bone et fait partie alors d'un détachement envoyé en juillet 1879 à Sidi-Nouar, dans les environs, pour protéger les forêts contre les causes d'incendie. C'est dans ce détachement que pour la première fois il contracte la fièvre tellurique; il est malade pendant cinq à six jours sans présenter rien de particulier. De retour à Bone, en août, il est pris à un mois d'intervalle à peu près de deux accès accompagnés de secousses convulsives d'une durée de deux heures environ. L'escadron quitte Bone pour revenir à Sétif en octobre 1879, et Lab..., employé à la maréchalerie, fait son service sans nouvel incident jusqu'au 18 février 1880.

Le 19 février il ressent un peu de malaise avec sensation de défaillance, et, le lendemain 20, il éprouve des frissons, de la fièvre avec secousses convulsives. Il entre à l'infirmerie, les accidents se calment; il se trouve très bien le 21, et demande à sortir le 22 au matin.

Le 23 février dès le réveil, il est en proie à des frissons avec tremblement, vomit un peu de bile, et les secousses convulsives réapparaissent pour prendre une telle intensité qu'il est pour ainsi dire projeté hors du lit de troupe, étroit il est vrai. Il entre à l'hôpital dans ces conditions à neuf heures du matin.

Etat actuel. — Homme bien constitué, teint olivâtre de l'anémie.

Examen d'ensemble à l'entrée. — Lab... se présente soutenu par deux camarades qui lui donnent le bras, son allure est vive, précipitée, le tronc penché en avant. Si on l'arrête, le corps est projeté en avant par des secousses rhythmiques qui augmentent de fréquence et d'intensité par l'interrogation du malade. Les bras paraissent ne subir que des mouvements communiqués. La parole est brève, saccadée, entrecoupée par les secousses du tronc, de sorte que les syllabes lancées presque une à une rapidement et dans une expiration brusque et prolongée, analogue au *han* du boulanger, sont comme aboyées. Tous les symptômes augmentent par l'examen et l'interrogation, en même temps qu'il s'y joint une sensation pénible de vertige et de vide dans la tête. Lab.. commande à ses camarades de l'entraîner, trouvant du soulagement dans le recueillement et la marche rapide. Conduit dans la salle des malades il est couché, et je procède à un nouvel examen à midi.

Examen détaillé des symptômes. — Etat fébrile accuse 40°,3, état gastrique peu prononcé, urine rouge, urticaire dessinant des festons surtout aux membres supérieurs et sur le côté droit de l'abdomen; l'éruption se déplace du reste pendant l'examen. Mais ce qui caractérise le malade, ce sont les secousses convulsives qui projettent le tronc en avant et l'altération de la parole.

En analysant les symptômes, on reconnaît tout d'abord que les bras, tout à fait passifs, ne sont agités que par des mouvements dus à la projection en avant du tronc, et on s'aperçoit vite que celle-ci est sous la dépendance de contractions rapides, isochrones, semblables à celle que ferait naître une décharge électrique, des deux muscles droits de l'abdomen dont les segments font relief à chaque secousse. A chaque contraction succède un relâchement complet. On a sous les yeux un véritable tic convulsif des muscles droits. Tous les autres muscles, aussi bien des parois abdominales que du tronc, restent passifs.

L'altération de la parole est, elle aussi, sous la dépendance de la contraction spasmodique de ces mêmes muscles droits. Le refoulement brusque et intermittent du diaphragme par les viscères abdominaux comprimés à chaque secousse en est l'origine. Je ne puis mieux comparer l'émission des mots qu'à ceux prononcés par une personne qui, menacée d'un choc sur le ventre, se replie brusquement pour éviter le coup. Le mécanisme est du reste le même, seulement dans notre cas il y a répétition rapide et fréquente. Le diaphragme reste, en effet, passif lui aussi et la respiration n'est nullement gênée. Les secousses augmentent de fréquence et d'intensité quand on s'occupe du malade. Dans l'isolement et le repos absolu elles diminuent, deviennent incomplètes, et disparaissent à peu près complètement. La pression sur les muscles droits n'exagère guère plus les mouvements que la simple contention d'esprit ou l'appréhension du malade. Il n'existe aucun trouble sensitif et la pression sur le rachis ou l'origine des nerfs rachidiens ne donne aucun résultat. La fièvre tombe dans la soirée et le malade passe une assez bonne nuit.

Traitement. — Bromure de potassium, ventouses scarifiées le long du rachis et sulfate de quinine (1 gramme) à prendre le lendemain matin.

Le 24 février, apyrexie; les secousses spasmodiques, absentes au repos ou quand on est loin du malade, se reproduisent quand on s'approche. 30 centigrammes de sulfate de quinine sont encore donnés dans la journée ainsi qu'un nouveau gramme le 25 au matin.

La fièvre ne reparaissant pas, je me borne à observer le malade en le nourrissant bien et en lui faisant prendre une douche journalière; il en prend sept du 3 au 9 mars inclus. Peu à peu la susceptibilité diminue, les contractions avortent et bientôt ne se produisent plus qu'à la pression; enfin le 6 mars je puis pour ainsi dire malaxer les muscles sans rien provoquer; cependant en causant avec le malade debout au pied du lit, son attention se fatigue, il éprouve des vertiges, les membres sont agités d'un léger tremblement, la sueur perle sur son front, et il se sent prêt à tomber. Le repos sur le lit calme immédiatement tous les symptômes.

Le 9 mars, il ressent un peu de lourdeur de tête dans la soirée.

Rechute. — Le 10 mars, frissons vers onze heures du matin, préludes d'un accès de fièvre qui s'éteint dans la soirée, mais ramène avec lui les mêmes contractions spasmodiques des muscles droits, bien qu'atténuées. Il n'y eut pas d'urticaire. 1 gramme de sulfate de quinine est donné le soir.

Le 11 mars, apyrexie, les troubles moteurs ont disparu. Le sulfate de quinine est continué pendant quelques jours, et Lab... sorti de l'hôpital le 26 mars, part pour la France en congé de convalescence le 30 mars.

Accès de l'entrée. — Le 23 février à midi, 40°,3; à 4 heures, 40°,0; — le 24 au matin, 37°,7; à 4 heures, 37°,2.

Icy s'estoffera d'un Apelle la gloire,
Qui d'un corps commencé fait bruir la mémoire,
Duquel se voit icy la consommation.

F. Perreau, médecin (de Lyon probablement), qu'il ne faut pas confondre avec Jacques Perreau, docteur régent de Paris.

Ce n'est pas une première édition de l'*Historia anatomica*, laquelle a 12 livres. L'ordre des matières n'est plus le même. L'ouvrage a été complètement remanié.

La même année 1593, paraissait à Tours *Andreæ Laurentii regis medici ejusdemque in Academia Monspeliensi professoris* De Crisibus *libri tres. Adjecta est universalis quædam methodus ad prognosin, et crises omnium morborum, sed præcipue acutorum conferens.* Cæsaroduni Turonum excudebat Jametius Mettayer, 1593. In-8 de 165 feuillets.

André Du Laurens dédie son livre au premier président du parlement de Paris (alors à Tours), Achille de Harlay (1536-1616), écuyer, S. de Beaumont. Quand il était professeur à Montpellier, on l'avait prié de publier ses leçons sur les jours critiques. Ayant maintenant plus de loisir, il s'est mis à les revoir pour les faire paraître: « Quæ nunc magno fruens otio, et polire et illustrare cœpi ». Il venait de sentir les morsures de l'envie et la dent de la jalousie. Que d'orages avait soulevés en effet la vraie et galénique démonstration de la communication des vaisseaux du cœur chez le fœtus? Les *Opera anatomica* édités cette année-là n'avaient guère plu à ceux (qui ne trouvent rien de bien que ce qu'ils font), dit-il entre parenthèses. Tout cela l'avait rendu anxieux, hésitant..., mais avec une si puissante protection que n'oserait-il pas? Et alors il a écrit ses livres sur les crises et les jours critiques. Cette dédicace est datée de Tours, le 10 septembre (4 id. septemb.).

Parmi les éloges, on trouve ce *sonnet au sieur Du Laurens.*

Rechute. — Le 10 mars à 2 heures du soir, 40°,0; le soir, 38°,0; — le 11 au matin, 37°,4.

Je me bornerai, après l'exposé détaillé de cette observation, à appeler l'attention sur les deux points suivants :

La persistance bien qu'atténuée des troubles moteurs après la chute de la fièvre et leur exacerbation indépendante de toute périodicité, mais liée aux circonstances fortuites qui troublent le repos et l'isolement du malade;

En second lieu, en dehors de toute question étiologique, la localisation insolite de l'hyperkinésie, vrai tic convulsif, avec absence absolue de troubles sensitifs, localisation d'autant plus singulière que les muscles droits ne jouissent pas d'une innervation motrice qui leur soit spéciale.

Faut-il tenir compte de l'influence professionnelle? mais, dans l'action de forger, les muscles, qui, prenant leur insertion sur le tronc, mettent en mouvement les membres supérieurs, entrent bien autrement en action que les muscles abdominaux.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Syphilis conjonctivale.

Athènes, 6 mai.

Le cas de syphilis conjonctivale observé par M. Sichel fils, et inséré dans le n° 17 de la *Gazette hebdomadaire*, me rappelle un autre cas de syphilis conjonctivale que j'ai pu observer il n'y a pas longtemps, et qui n'a pas d'autre rapport avec le précédent que la communauté de nature et la difficulté qu'il a offerte pour le diagnostic. En vous l'adressant ci-inclus, je viens vous prier de lui ménager une petite place dans votre savant journal.

OBS. — *Manifestation syphilitique conjonctivale.* — Vers la fin du mois de septembre 1879, se présentait à notre consultation un brigadier de gendarmerie se plaignant de son œil gauche. D'une bonne constitution, il était âgé d'une quarantaine d'années, et il disait n'avoir pas eu de maladie antérieure de quelque importance; son visage cependant était amaigri et le teint avait une apparence cachectique; mais il attribuait tout cela à la fatigue qu'il aurait éprouvée pendant une excursion à l'intérieur et à des accès de fièvre intermittente irréguliers qui le visitaient de temps à autre.

Mais c'est l'état de son œil gauche, le droit étant tout à fait normal, qui attira vivement notre attention; nous nous trouvions là devant des altérations insolites, dont nous ne pouvions pas nous rendre un compte exact.

Au dire du malade, son œil serait arrivé à ce degré d'altération que nous observions et que nous allons bientôt décrire, insensiblement et sans lui occasionner d'importantes souffrances.

En soulevant la paupière, qui est incomplètement fermée et médiocrement œdématiée, on constate que la conjonctive bulbaire est fortement œdématiée, formant un épais bourrelet chémotique analogue à ceux qu'on observe dans les ophthalmies purulentes graves, à cette différence très importante près, qu'il n'était accompagné ici d'aucune espèce de sécrétion purulente ou autre; il n'y avait même pas de larmoiement ni photophobie; le chémosis recouvre la plus grande partie du limbe cornéen, laissant seulement à nu un petit disque central de cette membrane un peu plus grand que l'ouverture pupillaire, qu'il circonscrit et que l'on distingue parfaitement occuper son milieu et conservant sa parfaite régularité et une sensibilité normale. La partie de la cornée restée libre garde sa transparence et son poli naturel, son épithélium n'offrant pas la moindre atteinte appréciable. Le renversement de la paupière supérieure, que nous n'obtenons qu'à grand'peine à cause de l'état œdémateux, ne présente pas de granulations; les culs-de-sac conjonctivaux ainsi que toute la surface de la conjonctive n'offrent non plus rien autre chose à noter.

Les mouvements du globe, autant que la gêne apportée par le chémosis le permet, s'exécutent régulièrement sans la moindre déviation appréciable; la vue, quand elle peut s'effectuer par le soulèvement de la paupière supérieure, est normale. Le malade se plaint d'un peu de céphalalgie qui affecte la forme d'une migraine s'exacerbant le soir.

Le traitement tant général que local auquel nous avons soumis notre malade, et qui consistait en préparations quiniques et une alimentation réparatrice d'un côté, et de l'autre en scarifications répétées, auxquelles nous avions joint à la fin une excision partielle et limitée en bas et en dehors du bourrelet chémotique, n'amenèrent aucune amélioration, et la migraine même, augmentant en intensité, prenait la forme de plus en plus accentuée d'une névralgie affectant les branches sus et sous-orbitaires de la cinquième paire.

La ténacité du mal aussi bien que sa forme insolite, en même temps qu'elles augmentaient notre embarras, redoublèrent aussi notre attention, qui finit par nous faire découvrir des manifestations syphilitiques non douteuses; de rares papules peu accentuées sur la face nous font constater d'autres plus nombreuses sur la poitrine et sur les bras, et l'examen détaillé du côté gauche de la face et surtout de la région orbitaire et péri-orbitaire nous fait découvrir des ganglions lymphatiques engorgés formant une chaîne ininterrompue depuis l'arcade sourcilière jusqu'au tragus, et dont le principal, ayant le volume et la forme approximative d'une fève, siégeait sous l'arcade sourcilière et avait une consistance cartilagineuse.

Le malade avouait bien alors qu'il avait eu des accidents primitifs cinq ou six années auparavant, mais il n'y attachait aucune importance, parce qu'ils avaient cédé assez facilement à quelques remèdes locaux que lui avait procurés un pharmacien. Il n'avait été soumis à aucun traitement interne.

Le traitement mixte fut alors institué, et depuis ce moment l'amélioration ne se fit pas attendre et alla toujours en progressant jusqu'à la disparition complète de tous les accidents locaux et le rétablissement de l'état général.

Ce n'est point Hippocrate, Æsculape, Chiron,
Nicandre, Paracelse, Avicenne, Mercure,
Mélampe, Machaon, ni la docte écriture
De ce grand Galien, Podalyre ou Péon :

Ce n'est point Mesué, moins c'est Apollon,
Qui suscita les morts hors de leur sépulture :
Ce n'est pas ce Geber, qui singe de nature
Convertit les méteaux en le rouge lyon.

Ce n'est ce Prométhée, duquel la main funeste
Pour un homme animer pilla le feu céleste
Donnant vie à la terre, ainsi que les grands dieux.

Mais c'est un qui à nul, fors qu'à lui seul ressemble,
Laurent plein de lauriers, la scytale des cieux,
Qui seul en sait autant, qu'ils savaient tous ensemble.
Rien de mortel ne soupire mon âme.

LE PLESSIS-SOHIER, conseiller,
maistre d'Hostel ordinaire du roy.

Cet in-8, d'une belle impression, a 165 feuillets. (Bibl. nat., Td. 19, 13). Les autres éditions ont paru : à Lyon, chez Horace Cardon, 1605, in-8 de 137 pages; à Francfort de la typographie de Nicolas Hoffmann, aux frais de Jean Rodius, 1606, in-8 de 160 pages, pareil au précédent; à Lyon, aux frais d'Horace Cardon, 1613, in-8 de 137 pages aussi, mais imprimé de nouveau; à Lyon, 1596, in-8, TREW. indiqué par Haller, m'est inconnu.

Le catalogue des Sciences médicales de la Bibliothèque nationale indique, pour 1594, une première édition (introuvable) des DISCOURS *de la conservation de la vue; des maladies mélancholiques; des catarrhes; et de la vieillesse.* Il est certain qu'il y en a eu une, puisque celle de 1597 (assez commune) porte : *Composez par M. André Du Laurens médecin ordinaire du roy et professeur de sa majesté en l'université de Montpellier, revus et augmentés de plusieurs chapitres. Paris, chez Jamet Mettayer*, in-12 de 274 feuillets.

André Du Laurens a dédié cet ouvrage à la duchesse

Le malade ayant repris son service, nous l'avons perdu de vue depuis.

De peur de trop nous étendre, nous nous dispensons de tout commentaire sur ce fait; mais il nous paraît impossible de ne pas admettre une corrélation directe entre la syphilis et la manifestation conjonctivale.

D[r] Jules GALVANI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

COMMISSION DU PRIX MONTYON (physiologie expérimentale). — MM. Vulpian, Marey, Milne Edwards, Ch. Robin et Bouley réunissent la majorité absolue des suffrages. Les membres qui après eux ont obtenu le plus de voix sont MM. de Quatrefages et de Lacaze-Duthiers.

STÉRILITÉ. — M. *Dechaux* adresse, pour le concours des prix de médecine et chirurgie, un mémoire intitulé : *De la stérilité de la femme*. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

ANALYSE PAR LA MÉTHODE GRAPHIQUE DES MOUVEMENTS PROVOQUÉS PAR LES EXCITATIONS DU CERVEAU. Note de MM. *François-Franck* et *Pitres* (1).

Les excitations électriques, appliquées aux régions de l'écorce du cerveau qu'on a désignées sous le nom de *zones motrices*, provoquent des mouvements que nous nous sommes proposé d'analyser par la méthode graphique. A cet effet, nous avons fixé au tendon détaché d'un muscle du membre antérieur ou du membre postérieur, chez le chien, le chat ou le lapin, le myographe à transmission mis en rapport avec le tambour à levier inscripteur; un signal électro-magnétique de M. Deprez enregistrait le temps, pendant qu'un second signal inscrivait les excitations.

I. *Caractères des mouvements.* — Le mouvement provoqué dans un groupe de muscles du côté du corps opposé au côté excité du cerveau est une simple secousse musculaire, quand l'excitation corticale est elle-même une excitation simple; les excitations en série ne dépassant pas quarante par seconde produisent des secousses musculaires dissociées; si le nombre des excitations atteint quarante-cinq par seconde environ, chez le chien, les secousses musculaires se fusionnent en une contraction parfaite. Il faut un nombre égal d'excitations par seconde, chez un animal donné, pour provoquer le tétanos complet, qu'on agisse sur le cerveau, sur le nerf moteur ou sur le muscle. Quand, au lieu d'employer des excitations assez énergiques pour qu'une seule décharge électrique (courant induit ou décharge de condensateur) détermine sûrement une secousse musculaire, on emploie des excitations un peu moins fortes, on observe le phénomène de la *sommation;* les premières excitations ne donnant lieu à aucune réaction musculaire, on voit apparaître les secousses au bout de quelques excitations.

Si les excitations sont fortes ou prolongées, il se produit, à la suite du mouvement simple, directement provoqué, un accès épileptique localisé dans le groupe de muscles correspondant au centre excité. Cet accès peut rester localisé à ce groupe musculaire, s'étendre aux deux membres du même côté ou se généraliser au corps tout entier. L'accès est constitué régulièrement par deux périodes successives, l'une de contracture ou période tonique, l'autre de dissociation des secousses ou période clonique; quelquefois la période initiale tonique fait défaut. Quand un premier accès a été provoqué, il suffit souvent de la moindre excitation pour en déterminer de nouveaux.

Ces convulsions localisées ou généralisées ne se produisent pas quand, au lieu d'appliquer les excitations à l'écorce elle-même, on les transporte à la coupe des faisceaux blancs sous-jacents, après avoir soigneusement enlevé la substance grise des circonvolutions excitées. Dans ces conditions on n'obtient, avec les excitations les plus intenses, que des mouvements simples, cessant avec l'excitation. Nous avons noté que l'excitabilité des faisceaux blancs augmente à mesure qu'on se rapproche de la capsule interne, si bien qu'à ce niveau de faibles excitations suffisent pour provoquer un tétanos violent, à renforcements souvent rhythmiques, et qui mérite, en raison de ses caractères spéciaux, le nom de *tétanos capsulaire*.

II. *Retard des mouvements sur l'instant de l'excitation.* — 1° Le retard du mouvement sur l'instant de l'excitation corticale est constant pour un même groupe musculaire, chez le même animal, quelle que soit la forme ou l'intensité de l'excitant électrique.

2° Une partie notable de ce retard est due à la *résistance physiologique* de la substance grise corticale. En effet, si, après avoir enlevé la mince couche d'écorce qui recouvre le centre ovale au point excité, on irrite électriquement la coupe blanche ainsi obtenue, on voit que le retard total diminue d'un quart et souvent d'un tiers.

3° Les mouvements provoqués par les excitations appliquées à un seul côté du cerveau ne se limitent pas toujours aux muscles situés du côté opposé du corps; il s'en produit de symétriques du même côté, si les excitations dépassent une certaine intensité. Dans ce cas, le retard est plus grand pour les mouvements associés, qui surviennent du même côté que l'excitation.

4° Quand on excite simultanément deux points du cerveau situés du même côté et correspondant l'un au membre antérieur, l'autre au membre postérieur, on voit apparaître plus tardivement le mouvement de ce dernier membre; la différence des retards peut permettre de déterminer la vitesse de transmission dans la moelle des incitations motrices de provenance corticale.

SUR LES ANALOGIES ET LES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE LA MALADIE DU SOMMEIL ET LE NELAVAN. Note de M. *Ad. Nicolas*. — L'auteur conteste les analogies qu'a voulu établir, dans une des dernières séances, M. Talmy. Il rappelle qu'il a le premier insisté sur ce point caractéristique que la *somnose*,

(1) Recherches exécutées au Collège de France, dans le laboratoire de M. le professeur Marey, et développées dans les *Comptes rendus des travaux du laboratoire de M. Marey* (t. IV, 1880).

d'Usez, comtesse de Tonnerre (1), sa bienfaitrice, pour laquelle il avait été fait. Cette femme distinguée était alors retirée à l'abbaye de Marmoutier, tout près de Tours, sur la rive droite de la Loire. Du Laurens ne cessait de lui prodiguer ses soins et ses attentions. Et ce n'est qu'après sa mort, arrivée en 1596, qu'il devint médecin ordinaire du roi.

« Je crois, madame, dit Du Laurens dans son épistre, que Dieu s'est voulu servir de moy pour alonger vos ans, et rendre vostre vieillesse plus heureuse; vous l'avez assez experimenté depuis deux ans (2). Car ayant esté vivement affaiblie des trois les plus violentes et extraordinaires maladies qu'on eust sçeu voir, et qui estaient assez fortes pour esbranler la meilleure complexion du monde, et faire courir fortune à un aage plus florissant que le vostre, vous n'en avez senty aucune diminution en vostre vigueur..... Il ne vous est resté que vos trois maladies ordinaires, lesquelles nous combattons tous les jours avec un bon régime, et avec des remèdes si benins, qu'ils ne peuvent en rien altérer vostre bon naturel. Vous avez un petit commencement de taye à l'œil droit, mais l'autre est du tout sain; vous sentez parfois quelques attaques de l'hypochondriaque, mais si légères, qu'elles s'esvanouissent aussi tost que fumée, ce qui vous fasche le plus sont ces petits catarrhes qui tombent sur les yeux, sur les dents, sur les bras, et sur les jambes. Vostre esprit qui est capable de tout ce qui est de plus rare au monde, a esté curieux d'en cognoistre les causes, et savoir d'ou procedoient tous ces accidents : je vous en ay fort souvent entretenue, et en propos vulgaires, et en termes exprès de la médecine. Enfin, mes discours vous ont esté si aggréables, qu'estant retirée à l'abbaye de Marmoustier pour jouir avec la beauté du lieu, de la bonté de

(1) Louise de Clermont-Tallard, comtesse de Tonnerre, qui avait épousé : 1° François du Bellay, mort en 1553; 2° en 1556, Antoine de Crussol, vicomte d'Usez, duc et pair de France en 1572, mort en 1573, sans postérité. C'est à ce dernier qu'A. Paré a dédié ses DEUX LIVRES DE CHIRURGIE : *De la génération* e *Des monstres*.

(2) On est en 1594.

comme il l'a appelée depuis (Thèses de Paris, 1872, p. 59), est essentiellement constituée par les manifestations physiologiques du sommeil se prolongeant au delà de ses limites normales. Elle débute par la somnolence, qui ne diffère en rien de la somnolence normale, et ses progrès sont marqués par les nuances qui séparent la somnolence du sommeil profond, de plus en plus prolongé, jusqu'à ce que, finalement, le malade ne se réveille plus. Il a pris soin également d'ajouter à sa description toute une série de symptômes *négatifs*.

Le seul point sur lequel on ait fait des réserves est l'éventualité accidentelle de phénomènes convulsifs. Or, sur dix cas que l'auteur a eus sous les yeux, ces phénomnèes ont toujours manqué, et, quoiqu'on l'ait attribué à l'inattention de l'observateur, il semble difficile que des convulsions aient échappé à l'observation.

Or, dans le *nelavan*, d'une part, absence fréquente du symptôme essentiel et unique de la *somnose;* d'autre part, tout un cortège de symptômes qu'on a reproché à l'auteur de n'avoir pas aperçus, vraisemblablement parce qu'ils n'existaient pas : quelle meilleure preuve pourrait-on donner de la différence des deux affections?

L'auteur regarde le parasitisme comme très probable en ce qui concerne le *nelavan*, mais comme très douteux dans la maladie du sommeil.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HENRI ROGER.

L'Académie reçoit: *a*. Une note de M. le docteur Jacquemart, accompagnant l'envoi d'un otoscope, construit sur ses indications par M. Ch. Dubois. — *b*. Une note de M. le docteur Eugène Verrier, relative à un appareil pour la réduction des déviations utérines. (Présenté en séance par M. de Villiers.) — *c*. Une lettre de M. le docteur A. Ferrand, médecin de l'hôpital Laennec, accompagnant l'envoi de son livre, intitulé : *Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire*. (*Com. du prix Desportes*.) — *d*. Une lettre de M. le docteur Félix Carrigou, à l'occasion du rapport de M. Lefort relatif à la présence du mercure dans les eaux de la source du Rocher à Saint-Nectaire. (Renvoyée à l'examen de la commission.)

M. *Théophile Roussel* présente, au nom de M. le docteur Cesare Lombroso, professeur de médecine légale à l'université de Turin, une série d'ouvrages relatifs à la pellagre.

M. *Delpech* présente, au nom de M. le docteur Bennet, un volume intitulé : *La Méditerranée, la rivière de Gênes et Menton comme climat d'hiver et de printemps*.

M. *Jules Lefort* présente, au nom de M. le docteur A. Petit, médecin consultant à Royat, une brochure intitulée : *De l'action des eaux de Royat dans les maladies des voies respiratoires*.

M. *Noël Gueneau de Mussy* présente : 1° Au nom de M. le docteur Amédée Forget, une brochure intitulée : *Inversion complète de l'utérus ;* 2° En son propre nom, une brochure intitulée : *De l'action physiologique des médicaments sur la sécrétion biliaire*.

PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DES ALCALIS DU GRENADIER.— M. le docteur *Dujardin-Beaumetz* donne lecture d'un travail dont voici les conclusions.

Les alcalis du grenadier jouissent de propriétés physiologiques réelles et énergiques.

Ces alcalis déterminent la paralysie des nerfs moteurs en conservant intacte la contractilité musculaire. Ils n'atteignent pas la sensibilité et paraissent frapper tout d'abord les nerfs moteurs dans leurs terminaisons musculaires : ce sont des poisons curarisants.

Les sulfates de pelletierine et d'isopelletierine jouissent de propriétés tænicides bien actives et à la dose de 30 centigrammes dans une solution renfermant 50 centigrammes de tannin ; ils amènent dans la majorité des cas, 37 sur 39 (Dujardin-Beaumetz), 19 sur 19 (Laboulbène), l'issue du tænia avec sa tête.

On devra désormais faire de nouvelles tentatives pour appliquer les propriétés physiologiques de ces sels à la cure de certaines maladies ; d'abord dans celles où le curare a déjà été indiqué (tétanos, rage), et puis dans les affections oculaires où il est nécessaire de provoquer une congestion vive du fond de l'œil ; enfin, dans certains vertiges et en particulier dans celui de Ménière.

RAPPORTS. SERVICE DE LA VACCINE. — M. *Hervieux* donne lecture du rapport officiel sur le service de la vaccine pour l'année 1879.

Cet important travail, qui sera adressé au ministre de l'agriculture et du commerce et publié dans les *Mémoires de l'Académie*, contient un grand nombre de faits très instructifs d'éruptions irrégulières de la vaccine qui se sont présentés dans le service de l'Académie.

A cette occasion, M. *Depaul* rappelle que les cicatrices de la vaccine et même celles de la variole n'ont qu'une valeur secondaire en ce qui concerne l'immunité. Il cite à l'appui de cette assertion le cas d'un régiment de turcos qu'il a vacciné à l'Académie, alors qu'il dirigeait ce service. Ces hommes, qui portaient presque tous des cicatrices indiquant l'existence d'une variole antérieure, ont cependant été inoculés avec succès par la vaccine.

M. Depaul rappelle également qu'il a fait autrefois des tentatives d'inoculation de la variole sur l'espèce humaine, malgré les vives protestations de quelques-uns de ses confrères. Il a inoculé du pus pris sur des individus atteints de varioloïde, et il a obtenu tantôt une éruption locale sur le siège même de l'inoculation, tantôt une éruption générale survenant huit ou dix jours après, et présentant tous les caractères d'une varioloïde sans gravité.

Pour M. Depaul, les éruptions générales survenant huit ou dix jours après la vaccine, ne sont autre chose que des éruptions varioliques. Ces faits s'observent surtout lorsque le vaccin a été pris sur des animaux.

M. *Hervieux* dit qu'il est très heureux d'entendre les

---

l'air, vous m'avez commandé de les mettre par escrit et de leur faire voir le jour sous votre autorité. Je n'ay peu honnestement vous le refuser, encores qu'un si gros subject meritast d'estre enrichy d'une infinité de belles autoritez, que ma mémoire ne pouvait fournir pour estre despourveu de livres. Je vous ai donc dressé trois discours touchant vos trois maladies : J'y ay adiousté sur la fin un petit traicté de la vieillesse, qui vous pourra servir à l'advenir, car de vous appeler à présent vieille il n'y a point d'apparence, veu que vous ne ressentez encores aucune incommodité de la vieillesse... L'ouye vous est demeurée aussi subtile et le goust aussi friand que jamais ; le cœur si vigoureux, que toutes les ataques que vostre hypocondriaque lui aye sceu faire, ne l'ont jamais peu esbranler ni faire perdre sa cadence : le foye si libéral, qu'il fournit plus de sang au corps qu'il ne lui en faut ; de sorte que nous sommes contraints vous en faire tirer une fois l'année,... puis donc que vostre âme exerce si dignement toutes ses actions, peut-on dire que son instrument soit usé ou vieilli? Je croy, madame, qu'on ne vous peut appeler vieille, sinon pour ce que vous avez passé cinquante ans, » etc.

Il dit, dans l'avertissement de *L'auteur au lecteur* : « Mais s'ils ne veulent avoir esgard que je ne fay pas profession d'escrire en françois, je leur diray avec tous les sages, que ceste trop curieuse recherche des mots est indigne d'un philosophe, » etc.

Comme on devait s'y attendre, cet ouvrage eut un grand nombre d'éditions. Toutes ont le même titre que celle de 1597, qui est la deuxième. Une (*s. l.*) ce qui veut dire sans indication de lieu, 1598, pour Théodore Samson se trouve à la bibliothèque de l'Ecole de médecine, n° 33505 A. in-12 de 516 pages. Vilain papier, assez mauvaise impression. On y remarque « *L'Hauteur* (*sic*) au lecteur ». — Rouen, 1600, sans nom de libraire, in-12 de 276 pages, caractères plus fins. Le titre porte : dernière édition. — Paris, 1606, chez P. Mettayer, in-12 de 274 feuillets, imprimé de nouveau page

observations de M. Depaul, qui ne font que confirmer la plupart des faits exposés dans son rapport.

A l'occasion du régiment de turcos dont a parlé M. Depaul, M. *Broca* dit qu'il ne pense pas que l'influence de la race soit absolument étrangère à la contagion des maladies infectieuses.

Chaque fois que la variole a été observée dans une race où elle n'avait pas encore existé, elle y a fait des ravages beaucoup plus considérables que dans les races où elle sévit habituellement.

M. Broca cite ensuite un fait qui confirme les observations de M. Depaul. Il s'agit d'une femme sur laquelle il avait ouvert un abcès par congestion, en laissant séjourner dans la poche une certaine quantité de liquide iodé. Trois jours après l'opération cette femme éprouve des symptômes prodromiques qui sont suivis de l'apparition d'un nombre considérable de papules. On observa ensuite des pustules, et tous les symptômes d'une variole discrète. On apprit ensuite que cette femme avait été vaccinée le jour de l'opération.

M. Broca est persuadé qu'il a eu sous les yeux un exemple d'inoculation de la variole.

M. *Hérard* proteste contre l'opinion émise par M. Depaul, à savoir que les cicatrices de la vaccine ne prouvent rien pour ou contre l'immunité. Cette assertion est de nature à discréditer la vaccine. Les cicatrices prouvent toujours que la vaccine a été pratiquée avec succès ; c'est une garantie qui a bien son importance.

— A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 MAI 1880.— PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Tuberculose du pharynx : M. Laboulbène.— Endocardite végétante : M. Ferrand. — Intoxication aiguë par l'alcool : MM. Dujardin-Beaumetz et Cornil.

M. *Laboulbène* présente à la Société une malade offrant des traces évidentes de scrofule antérieure et qui fut atteinte, il y a deux mois, d'une angine violente suivie, après disparition des phénomènes aigus, d'une ulcération presque indolore, qui a rapidement détruit la luette, une grande partie du voile du palais et une portion notable de la paroi postérieure du pharynx. Des granulations jaunâtres ont précédé l'ulcération dans les points envahis par cette sorte de lupus. Cette malade présente en outre des signes non douteux de tuberculose pulmonaire au sommet gauche. M. Laboulbène établit le diagnostic de tuberculose du pharynx chez un sujet scrofuleux ou scrofulo-tuberculose pharyngienne.

— M. *Ferrand* communique l'observation relative aux pièces anatomiques d'endocardite végétante qu'il a présentées dans la dernière séance. L'autopsie a montré des lésions profondes et multiples de l'endocarde du cœur droit, peu en rapport avec l'absence d'infarctus pulmonaire, et des végétations polypiformes de l'endocarde gauche n'ayant donné lieu à aucun signe stéthoscopique marqué. Foie congestionné ; reins offrant des lésions brightiques au début; quelques infarctus spléniques; pas d'infarctus dans le cerveau. — Chez ce malade, qui présentait des antécédents d'impaludisme et une fièvre à accès avec accidents cérébraux, la marche même de l'affection a écarté le diagnostic de fièvre intermittente pernicieuse ; l'absence de symptômes intestinaux, de taches rosées, le cycle thermique ont permis d'éliminer la dothiénentérie, de même que les caractères du pouls, l'absence des vomissements, ont éloigné l'idée de méningite ; en dehors de la coloration ictérique on ne retrouvait pas les signes de l'atrophie grave du foie; enfin, trois semaines après l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire trois semaines avant sa mort, l'apparition de bruits cardiaques obscurs, mobiles et changeants rapprochée de l'état typhoïde a permis, malgré l'absence de symptômes d'infarctus hépatique, rénal ou cérébral, d'établir le diagnostic d'endocardite ulcéreuse et végétante septique. M. Ferrand pense qu'il s'est produit dans ce cas une sorte d'intoxication du sang par des parcelles emboliques trop ténues pour donner lieu à des infarctus. La longue durée de l'affection serait due, sans doute, à la forme mixte typhoïde et pyohémique qu'elle a présentée. — La courbe thermique est remarquable par des écarts de quatre et même cinq degrés à douze heures d'intervalle de (35°,5 à 40°,3) et par ses paroxysmes réguliers dans la matinée. L'administration du sulfate de quinine abaissait les sommets de la courbe au début et en relevait les dépressions; mais son emploi a été suspendu lorsque, avec des ascensions moins élevées, les chutes atteignirent 35°,5; peu avant la mort la température était de 35 degrés.

M. *Féréol* demande si des accès de fièvre intermittente antérieure ont été expressément notés.

M. *Ferrand* répond que le malade, peu intelligent et très abattu, fournissait peu de renseignements, mais qu'il a accusé des accès de fièvre intermittente traités dans son pays, cinq ans auparavant, par le sulfate de quinine. Il était de plus manifestement alcoolique.

M. *Féréol* fait remarquer que les lésions de l'endocarde et l'athérome artériel, ainsi que l'a signalé M. Lancereaux, seraient souvent sous la dépendance de l'impaludisme. Il a présenté à la Société un fait de ce genre, et se souvient d'un

---

par page. La même édition : Paris, 1606, chez Orry. — Rouen, 1608, chez Claude Levillain, in-12 de 276 pages. Pareille à l'édition de 1600 et portant comme elle : dernière édition. — Rouen, 1615, chez Claude Levillain, in-12 de 204 feuillets, avec l'ancien titre, « revus de nouveau et augmentés de plusieurs chapitres ». — Rouen, 1620, *id. id.* — Rouen, 1630, chez Louys Loudet, in-12 de 204 feuillets; même titre, mais impression nouvelle page par page. Et de plus, en 1613, 1621, 1639, 1646 et 1662 avec la traduction en français *de toutes les œuvres* comme nous le verrons bientôt.

Je trouve dans Haller (Bibl. anat., I, 271) l'indication d'une traduction en anglais : London, 1599, in-4, BODL. *Discourses of preservation of the sight, of melancholy*, etc..... Et (Bibl. méd. II, 276), une autre traduction en allemand « *ut germanicè vertente* J. L. Gottfried, Francofurti, 1627, in-8, TREW ».

J'ai vu à la bibliothèque Mazarine, n°s 29498 et 29518, la traduction suivante en latin :

Monachii (Munich) 1618, in-12 de 166 pages. *Discursus de visus nobilitate et conservandi modo. — à Joanne Theodoro Schönlino phil. et med. doct. Seren. Bavariæ ducis consil. et medico, physico provinciali Landishutano. — ex clariss. Andreæ Laurentii regis Gall. consil. et archiatri gallico libello latino adscriptus. — philosophis medicis ac politicis usui futurus.* La dédicace de J. Th. Schönlin, au sérénissime prince et seigneur Maximilien, comte palatin du Rhin et duc de Bavière, est datée de Landshut, le 31 décembre 1617.

Augustæ Vindelicorum (Augsbourg), 1620, in-12 de 247 pages. *Discursus philosophicus et medicus de melancholia et catarrho in quo de eorum differentiis, causis, signis et curandi ratione accurate disseritur, — à Joanne Theodoro Schonlino* etc., etc. On a supprimé « philosophis, medicis ac politicis usui futurus ».

La dédicace « Reverend. Illustribus, gene. Nobilis. et ampl. inclyti ducatus Bavariæ inferioris statibus » est datée de

cas de cardite suppurée de même origine. Il y aurait des recherches à faire sur l'artérite et l'endocardite palustres.

M. *Ferrand* pense que, dans le cas présent, cette cause ne peut être invoquée; elle n'agirait que lors de cachexie palustre manifeste.

M. *Laboulbène* fait observer qu'il s'agit ici, comme dans le cas de M. Lancereaux, d'une endocardite végétante plutôt qu'ulcéreuse.

M. *Vallin* a relevé la fréquence relative des dégénérescences musculaires dans l'impaludisme comme dans la dothiénentérie. Le cas de myocardite dont parle M. Féréol ne serait-il pas analogue ?

M. *Féréol* a vu l'intoxication palustre se faire sentir sur le système artériel sans cachexie avancée. C'est là, du reste, un sujet à l'étude.

— M. *Dujardin-Beaumetz* communique une note sur l'intoxication par l'eau-de-vie de marc. Récemment, un homme en état d'ivresse tua ses deux enfants, et avala ensuite un litre d'eau-de-vie de marc. Il était cinq heures du matin; une heure après on l'apportait à l'hôpital dans un état comateux avec une température rectale de 30 degrés. Avec la pompe stomacale on retira de l'estomac 480 grammes du liquide ingéré; on essaya de ranimer la respiration au moyen de l'électricité, mais le malade mourut à cinq heures du soir.

M. Dujardin-Beaumetz a constaté dans le cerveau de cet individu la présence d'une certaine quantité d'alcool, au moyen de la distillation et du réactif de Luton (bichromate de potasse et acide sulfurique), dans lequel l'alcool détermine une coloration verte par formation de vert de chrome; mais de plus la réduction du nitrate d'argent ammoniacal a décelé la présence d'aldéhyde dans la substance cérébrale. L'alcool subirait donc dans l'organisme une sorte de combustion, puisque l'aldéhyde est un produit de déshydrogénation de l'alcool.

D'après les calculs établis dans un précédent travail de M. Dujardin-Beaumetz sur ce sujet, il aurait fallu 800 grammes d'eau-de-vie de marc pour faire périr cet individu du poids de 44 kilos; or, sur les 1000 grammes ingérés, on a retiré de l'estomac 480 grammes de liquide contenant une certaine quantité de mucus; le chiffre indiqué comme dose toxique semble donc confirmé, en tenant compte de l'état d'ivresse antérieure. — Si la présence de l'aldéhyde est suffisamment établie, les phénomènes de combustion s'imposent dans la théorie de l'alcoolisme.

M. *Cornil* a pratiqué l'autopsie de cet individu; il appelle l'attention sur un certain nombre de lésions appartenant exclusivement à l'alcoolisme.

Dans le poumon : congestion intense; les vaisseaux des parois alvéolaires sont turgides et forment des réseaux d'étendue trois à quatre fois plus considérable que les parties non vasculaires. En outre, noyaux d'apoplexie pulmonaire d'aspect classique, avec irruption du sang dans les alvéoles. — L'estomac fortement congestionné, ainsi qu'une grande partie du tube intestinal, présente dans la région pylorique des mamelons saillants, les uns rouges, les autres gris-blanchâtres opaques; ces mamelons sont constitués par des glandes muqueuses ramifiées plus considérables qu'à l'état normal; leurs cellules sont claires, transparentes, avec de fines granulations; l'acide osmique a révélé dans les mamelons opaques la dégénérescence graisseuse des culs-de-sac de ces glandes. Pas de glandes à pepsine. Dans d'autres points la muqueuse déprimée, ardoisée, renferme des glandes contenant de petites cellules rondes ou cylindriques offrant du pigment noir ou jaunâtre, résultant sans doute d'ecchymoses. De plus, plaques hémorrhagiques; vaisseaux dilatés. — Dans le foie très congestionné, dégénérescence graisseuse de tout l'îlot hépatique avec épaississement du tissu conjonctif autour des vaisseaux portes; la veine centrale est dilatée et remplie de sang. C'est un début de cirrhose. — Les reins offrent une congestion récente intense, et de plus, de petits kystes, aux dépens de nombreuses capsules de Bowman; leur origine semble due à des congestions répétées ayant amené l'épanchement dans la capsule de plasma sanguin renfermant un certain nombre de globules rouges, et par suite l'atrophie du glomérule. — La rate énorme et congestionnée ne présente pas de lésions particulières. — En résumé: traces évidentes d'alcoolisme chronique et lésions caractéristiques de l'alcoolisme aigu.

— La Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Epithélioma de l'œsophage; cancer secondaire des ganglions du cou. — Corps étranger du rectum. — Amputations de cuisse et désarticulation de la hanche chez des enfants. — Présentation d'un malade.

M. *Le Dentu* a présenté, dans la dernière séance, une tumeur enlevée le matin même à l'hôpital; cette tumeur paraissait être un squirrhe du lobe droit du corps thyroïde; elle était mobile, bien isolée, sauf du côté des muscles, et paraissait être un exemple de cancer primitif des ganglions du cou. Avant de faire l'opération, M. Le Dentu avait exploré le larynx et le pharynx avec le doigt et avec le laryngoscope; il n'avait rien vu d'anormal. Et cependant il existait à la partie supé-

Landshut, 31 décembre 1619. Sur la dernière page on lit : *Augustæ Vindelicorum, apud Andream Aperger, sumptibus Sebastiani Mylii bibliopolæ Augustani. Anno* 1620.

Haller (Bibl. méd., II, 276) complète la série par la traduction du quatrième discours qui aurait pour titre : *Discursus de senio philosophico-medicus in quo de Senii causis disseritur*, per Phil. Maur. Schonlin. Strasbourg, 1626, in-12.

Ces discours traduits en latin se retrouvent dans l'édition des *opera therapeutica* d'A. Du Laurens publiés à Francfort en 1627, chez Guillaume Fitzer, infol.

Il y a encore la traduction de Guy Patin dans les *opera omnia Andreæ Laurentii*, 1628, 2 v. in-4°. Et enfin une 3e traduction en latin du Discours sur les catarrhes, Genève, 1640. *Andreæ Laurentii archiatri regii, etc. tractatus excellentissimus de catarrho è gallico sermone in latinum conversus*, per Jeannem Vigierum (Jean Vigier, écrit par erreur Vigerium, voyez l'*errata*), doctorem medicum Casseronensem, publiée à la suite du *Tractatus absolutissimus de catarrho, Rheumatismo, et vitiis dentium, linguæ, vocis, de immodicâ et indecorâ salivatione et aliis a cerebro distillationibus, de variis authoribus compilatus*. In-8 de 220 pages. La traduction du discours de Du Laurens se trouve à la page 185 et suivantes. Bibliothèque Mazarine, n° 29 508. B.

Il existe aussi à la Bibliothèque nationale (Td. 3, 4, 64) une traduction en italien des quatre discours d'André Du Laurens. Naples, 1626, chez Lazarre Scorigio, in-4° de 276 pages : *Discorsi della conservatione della vista, delle malattie melanconiche, delli catarri, e della vecchiaca*, composti in lingua francese dal sig. Andrea Lorenzo, medico fisico del christianissimo Henri IIII re di Francia, tradotti en Lingua Italiana, e commentati da fr. Gio. Germano francese, medico chirurgico et al presente religioso dell' ordine San Francisco di Paola. La dédicace du frère Jean Germain, français, autrefois médecin-chirurgien et maintenant religieux de l'ordre de Saint François de Paule, au très illustre et très excellent seigneur François Galeas Pinelli, duc d'Acerenga et marquis

rieure du larynx une ulcération, comme va le montrer la pièce ; en effet, le malade succomba cinq jours après l'opération.

L'opération avait présenté certaines difficultés; la veine jugulaire interne fut liée et l'artère carotide disséquée sur l'étendue de quelques centimètres. Pendant l'administration du chloroforme, les battements du cœur étaient intermittents; cette intermittence continua après l'anesthésie; la langue se dessécha et le malade mourut avec les signes de l'adynamie.

A l'autopsie, on ne trouva rien dans les poumons et dans le foie; le cœur contenait des caillots volumineux et l'endocarde était légèrement ulcéré. La pièce pathologique montre les rapports intimes qui existent entre le tissu morbide et le lobe droit de la glande thyroïde. On voit en outre une ulcération épithéliale sur la partie latérale droite du larynx; enfin, la pièce présente une anomalie de siége des nerfs pneumogastriques qui passent en avant des artères carotides. Les cancers primitifs des ganglions sont rares, et parfois il est difficile de trouver le point de départ de la lésion ganglionnaire.

M. *Cruveilhier* a vu une ulcération cancéreuse de l'extrémité supérieure de l'œsophage qui avait déterminé un cancer secondaire des ganglions du cou.

M. *Perrin* a vu un exemple de cancer encéphaloïde primitif des ganglions du cou; l'autopsie montra bien que le mal était primitivement ganglionnaire.

M. *Desprès.* Il y a dans le *Bulletin de la Société anatomique* deux faits analogues à celui observé par M. Le Dentu.

— M. *Verneuil.* L'histoire des corps étrangers est féconde en surprises et il y a intérêt à faire connaître les opérations qu'ils nécessitent. Voici un corps étranger enlevé de l'extrémité supérieure du rectum.

Le 16 avril, entra à l'hôpital un homme de quarante ans, robuste, vigoureux, ancien marin, qui avait eu à deux reprises une dysenterie rebelle. Il restait de ces crises une incontinence des matières fécales. Cet homme avait l'habitude de tamponner son rectum pour se mettre à l'abri des accidents; il employait un tampon entouré de linge pendant toute la journée; le soir, il tirait sur le linge et enlevait le tampon. Il prit un jour un tronçon de merisier et l'introduisit sans linge dans l'anus; à un certain moment, il essaya de pousser pour chasser ce bouchon, mais il ne put y parvenir.

Quand M. Verneuil examina le malade, il ne trouva pas le corps étranger. Le ventre était un peu ballonné; il y avait onze jours que le morceau de merisier séjournait dans le rectum. Pas de fièvre. A la palpation abdominale, on trouvait à gauche une dureté caractéristique; l'exploration par l'anus ne donnait aucun renseignement. M. Verneuil se proposa de faire la laparotonie médiane, de chercher l'S iliaque, de l'amener à l'extérieur, d'extraire le corps étranger, de suturer l'intestin avec le catgut et de le réduire. Dans le cas où l'intestin serait malade, on établirait un anus contre nature.

Le ventre étant ouvert, M. Verneuil reconnut que le corps étranger était appuyé sur la symphyse sacro-iliaque et perpendiculaire à cette symphyse. Il était immobile dans la partie supérieure du rectum, et le rectum était immobile aussi. Par conséquent, il y avait impossibilité d'ouvrir l'intestin hors du ventre; il fallait donc changer le plan opératoire.

M. Verneuil put imprimer un mouvement de bascule au corps étranger, le mobiliser et le faire descendre; il arriva un moment où le doigt introduit dans l'anus put le sentir facilement. M. Polaillon introduisit à son tour la main dans l'abdomen pour continuer cette mobilisation de haut en bas; en même temps M. Verneuil introduisit dans l'anus une tenette désarticulée et s'en servit comme d'un levier; il put ainsi amener le corps étranger à 4 centimètres de l'anus. A ce point, le corps n'avançant plus, M. Verneuil pratiqua la rectotomie linéaire avec le thermo-cautère. Le corps étranger fut facilement extrait. Suture de l'abdomen et pansement de Lister. Injections d'une solution de chloral avec une sonde introduite dans le rectum. Le malade guérit.

Dans ce cas, la laparotomie a été une opération adjuvante; quand M. Verneuil a compris que le corps étranger pouvait être abaissé, il n'a pas eu le désir de le diriger dans l'S iliaque pour l'amener ensuite à l'orifice de la plaie abdominale.

M. *Lannelongue,* appelé près d'une femme qui avait un corps étranger du rectum, s'arma d'un petit forceps rectal et put amener au dehors des matières fécales extrêmement durcies.

M. *Trélat.* Tous les corps volumineux qui ont été extraits du rectum sans accident, l'ont été avec le forceps ou des variétés de forceps; quand on s'est servi de pinces écrasantes ou de daviers, on a échoué; il faut des pinces enveloppantes, des forceps de différentes dimensions.

— M. *Lannelongue* rapporte l'histoire de plusieurs enfants atteints d'ostéo-myélite du membre inférieur, et auxquels il a dû pratiquer l'amputation.

Les deux premiers malades avaient une ostéo-myélite du tibia avec arthrite du genou et abcès sous-périostiques. Ouverture des abcès, trépanation; septicémie; amputation de cuisse; guérison.

Troisième enfant; ostéo-myélite datant de quatre mois : entré presque mourant à l'hôpital. Désarticulation de la hanche par le procédé indiqué par Farabeuf. Mort. Abcès métastatiques dans les reins.

— M. *Le Dentu* présente un malade entré à l'hôpital pour une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la

---

de Galatone, est datée de Naples au couvent de Sainte-Marie de l'Etoile, le 2 août 1626.

Est-ce la même traduction en italien que Haller (Bibl. méd. II. 276) place à Venise, 1637, in-8°?

E. TURNER.

(*A suivre.*)

ASSISTANCE A DOMICILE. — Par décret en date du 4 mai, une commission spéciale est instituée au ministère de l'intérieur dans le but de préparer un projet de règlement d'administration publique pour l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris. Sont nommés membres de la commission :

MM. le ministre de l'intérieur et des cultes, président; le sous-secrétaire d'Etat, vice-président; Tolain, sénateur; Hérisson, député; Paul Pont, conseiller à la Cour de cassation; le conseiller d'Etat, directeur de l'administration départementale et communale; Clamageran, conseiller d'Etat; Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine; Paul Bucquet, inspecteur général des établissements de bienfaisance; Pélicier, inspecteur général des établissements de bienfaisance; le directeur de l'administration de l'Assistance publique à Paris; Pasquier, conseiller de préfecture de la Seine; le docteur Métivier, ancien interne des hôpitaux, membre du Conseil municipal de Paris; le docteur Georges Martin, membre du Conseil municipal de Paris; Antide Martin, membre du Conseil municipal de Paris; le docteur Ulysse Trélat, professeur à la Faculté de médecine; le secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique de Paris; le docteur Goujon, maire du XIIe arrondissement; le docteur Millard, médecin des hôpitaux; le docteur Passant, secrétaire général de l'Association des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris; Camille Lyon, chef du cabinet du préfet de la Seine; Louis de Valbreuze, sous-chef du bureau des hospices.

jambe; résection de trois centimètres du tibia et du péroné sans toucher à l'astragale. Pansement de Lister; immobilisation; guérison.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Tumeur graisseuse chez un pigeon: M. Pouchet. — Présentation de monstres: M. Mégnin. — Tracés de la respiration chez les sauriens: M. Blanchard. — Modification du dynamographe de Hammond; tracés de mouvements chez les aliénés: M. Chambard. — De la piqûre du nœud vital: M. Laborde. — Gourme des chevaux: M. Trasbot. — Elections.

M. *Pouchet* présente une tumeur trouvée dans le muscle grand pectoral d'un pigeon et qui paraît constituée simplement par de la graisse.

— M. *Mégnin* présente un petit chien mort depuis quinze jours et sur lequel on constate un vice de conformation tout à fait semblable à celui que l'on décrit chez l'homme sous le nom de bec-de-lièvre; il rappelle à ce sujet qu'il a vu trois petits chiens mâles d'une même portée présentant une véritable *gueule de loup;* deux petites chiennes nées en même temps étaient bien conformées, et leur progéniture n'a jamais présenté d'arrêt de développement. M. Mégnin montre ensuite un petit chat double depuis l'ombilic, c'est-à-dire ayant deux bassins et quatre membres postérieurs; c'est un monstre de la famille des Monocéphaliens, genre Toradelphe.

— M. *Blanchard*. J'ai étudié, à l'aide de la méthode graphique, la respiration de plusieurs animaux de la famille des Sauriens. Le rhythme est le suivant: une expiration, aussitôt après une inspiration, puis une longue pause, les tracés obtenus chez l'uromastix sont tout à fait typiques; chez le lézard vert, l'expiration est plus longue, l'inspiration se fait plus lentement; le tracé n'a plus du tout le même aspect. L'uromastix fait par minute 12 inspirations, dont chacune introduit 16 centimètres cubes. Pour le lézard vert, le nombre des inspirations est de 7 et l'air inspiré n'est que de 2 ou 3 centimètres cubes.

— M. *Chambard* a étudié, à l'aide de la méthode graphique, les troubles du mouvement chez les paralytiques généraux. Il présente un dynamographe de Hammond, qu'il a modifié de façon à pouvoir s'en servir utilement pour ces recherches; au lieu d'un crayon écrivant sur un papier entraîné au-devant de lui par un simple mouvement d'horlogerie, un levier actionne un tambour à transmission, grâce auquel l'inscription des mouvements peut être recueillie sur un cylindre enregistreur. M. Chambard présente à la Société des tracés obtenus à l'aide de son appareil.

— M. *Laborde* présente un bulbe sur lequel existe une très petite perforation, faite au point indiqué par Flourens comme siége du nœud vital. Le chat chez lequel cette expérience a été faite a été comme foudroyé. En rapportant cette expérience classique, M. Laborde indique que pour la faire il faut, après avoir mis à découvert et fendu la membrane occipito-alloïdienne, enfoncer le perforateur un peu au-dessus du bec du *calamus scriptorius*. Plus haut, on ne détermine que l'arrêt des mouvements respiratoires du thorax; plus bas, on n'arrête que ceux de la face. M. Laborde présente un perforateur arrondi qui lui paraît préférable à celui en croissant qu'employait Flourens.

— M. *Trasbot* offre à la Société un travail sur la gourme des chevaux; il croit que les maladies décrites sous le nom de horse-pox, d'herpès coïtal, ne sont que des variétés de cette affection.

— MM. *Donders*, *Huxley* et *Darwin* sont élus membres associés de la Société de biologie; MM. *Ch. Martin* et *Gosselin*, membres honoraires.

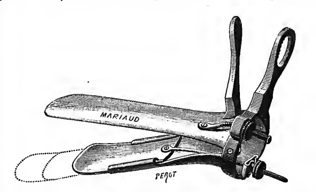
X. Arnozan.

REVUE DES JOURNAUX

Nouveau spéculum, par M.-P. Ménière (d'Angers).

M. le docteur P. Ménière (d'Angers) a présenté à la Société de médecine pratique un nouveau spéculum construit, sur ses indications, par M. Mariaud.

Cet instrument, qui rappelle par sa forme et par son mécanisme fondamental le spéculum Cusco, en diffère essentiellement par la valve inférieure qui, à l'aide d'une vis de rappel placée à son extrémité vulvaire, peut être rendue *supérieure*, *égale* ou *inférieure* en longueur à la valve supérieure.



Grâce à cette modification, l'examen du col devient extrêmement facile dans les déviations ou flexions les plus grandes de l'utérus, alors que les autres spéculums ne permettent d'arriver au but qu'à force de manœuvres souvent dangereuses ou tout au moins fort douloureuses.

S'agit-il d'une antéversion, cas fréquent et dans lequel le col regarde la concavité du sacrum, on allonge la valve inférieure de 5, 10, 15, 20 millimètres, suivant le degré de déviation révélé par le toucher préalable. Le spéculum est introduit fermé, *le manche en l'air*, et quand il a dépassé la vulve, on l'entr'ouvre légèrement jusqu'à ce qu'il soit arrivé au col; à ce moment les valves doivent être écartées de 3 à 4 centimètres, et on s'arrange de telle sorte que la valve inférieure s'insinue entre le col et la paroi postérieure du vagin; durant cette manœuvre, impossible à réaliser avec tout spéculum équivalve, la valve supérieure s'est dirigée vers le cul-de-sac antérieur et on voit le col glisser doucement sur la rallonge, tourner sur son axe, et l'orifice cervical se présenter de lui-même au centre du champ d'exploration.

Dans la rétroversion on raccourcit, au contraire, la valve inférieure, comme le représente la figure ci-jointe, et on aura recours à un manuel opératoire inverse du précédent.

Enfin dans les latéroversions, on utilisera la différence de longueur des valves en introduisant le spéculum *perpendiculairement* aux parois vaginales.

M. Ménière qui, depuis dix-huit mois, se sert presque exclusivement de ce nouveau modèle, affirme en outre que, dans les trois quarts environ des cas, la longueur de 9 à 12 centimètres donnée par les fabricants à la plupart des spéculums est beaucoup trop grande, et, après de nombreux tâtonnements, il est arrivé à la fixer à 6 centimètres pour le sien. On comprend tout le bénéfice que le chirurgien doit retirer d'un tel instrument, si l'on songe au rapprochement considérable du col vers la vulve qui en est la conséquence, et à la facilité avec laquelle on pourra ainsi pratiquer les manœuvres dia-

gnostiques ou chirurgicales dans la cavité utérine. Il n'y a en réalité que chez les vierges et chez les nullipares qui ont peu coïté, que les longs spéculums sont indispensables. (*France médicale*, 14 avril 1880.)

Des injections hypodermiques d'alcool dans les maladies des vaisseaux, par M. Schwalbe.

Autrefois l'auteur pratiquait ces injections dans une foule d'affections : rhumatismes aigu et chronique, névralgies, etc. Aujourd'hui il se borne à les employer dans les affections du système vasculaire (angiomes, varices, anévrysmes, etc.), où il obtient de bons résultats. Il n'y a là rien d'étonnant, dit-il, on connaît les succès extraordinaires obtenus par Langenbeck et autres au moyen des injections d'ergotine (tumeurs diverses, anévrysmes, fibromes utérins, etc.) : ces succès sont dus uniquement au véhicule employé qui est toujours l'alcool.

Ces injections seraient d'ailleurs anodines : la suppuration n'a été observée que huit fois sur plus de trois mille injections. On observe quelquefois une anesthésie plus ou moins durable d'un membre ou d'une portion de membre, lorsque l'injection est faite à proximité d'un nerf important.

La méthode opératoire est simple. L'alcool est dilué par son poids d'eau distillée. On en injecte tous les quatre ou cinq jours le contenu d'une seringue de Pravaz à quelques centimètres du vaisseau malade, dont on se rapproche peu à peu par les injections ultérieures. Il est recommandé de placer d'abord la canule afin de s'assurer que l'on n'est pas dans un vaisseau. L'injection doit être faite lentement. Au bout de quelques minutes la douleur cesse et il persiste un peu d'empâtement pendant une huitaine de jours. (*Virchow's Archiv*, t. LXVI.)

Des relations de l'albuminurie avec la résorption cutanée, par M. Lassar.

Un homme de quarante ans mourut d'anasarque généralisée accompagnée d'albuminurie, et cependant on ne rencontra pas de lésion rénale à l'autopsie. Ce fut une surprise pour tous les assistants. On se rappela que le malade avait été soumis à un traitement antipsorique par le pétrole, que ce traitement avait déterminé chez lui une inflammation étendue de la surface cutanée, et l'on se demanda s'il n'y avait pas lieu d'établir un rapport entre l'albuminurie et ces onctions de pétrole, qui cependant remontaient à plusieurs mois. Pour éclaircir la question, Lassar recourut à l'expérience.

Il fallait arriver tout d'abord à produire artificiellement une inflammation cutanée semblable à celle dont il a été parlé ci-dessus. Sur les lapins épilés on réussit difficilement avec le pétrole, tandis que l'huile de croton détermine rapidement une dermite diffuse et profonde. En même temps, l'albumine apparaît dans les urines. L'huile de croton détermine donc chez les animaux la même série de phénomènes que le pétrole chez l'homme. J'ajoute que le pétrole produit la même action, mais avec plus de lenteur.

L'albuminurie ne s'établit qu'au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. Et cependant dès les premiers moments on trouve dans l'urine un précipité blanc par l'acide nitrique, précipité soluble dans l'alcool et l'éther, et qui est par conséquent très semblable à celui qui apparaît dans l'urine lors du traitement par la térébenthine. Il semblerait que l'huile de croton en pénétrant dans l'organisme se porte immédiatement vers les reins, où son passage, d'abord facile, provoque très rapidement des lésions fonctionnelles, ou même des altérations anatomiques. Ces dernières, si elles existent, sont peu importantes et consistent essentiellement en catarrhe aigu du revêtement épithélial des canalicules.

Cherchant à appliquer ces résultats au cas observé, Lassar pense que les onctions d'huile de pétrole avaient déterminé d'abord une dermatite diffuse, puis une lésion rénale, comme il arrive chez les animaux. Il n'y a pas à proprement parler de relation entre l'affection cutanée et l'albuminurie : l'une n'est pas la suite de l'autre, mais les deux sont les effets d'une même intoxication.

Il n'est pas douteux, d'un autre côté, que les huiles soient capables de traverser la peau et de se répandre dans l'organisme. Chez les lapins, notamment, on peut se convaincre facilement de cette pénétration autrefois niée. Il n'est pas nécessaire de faire des onctions de longue durée (analogues aux frictions mercurielles par exemple); il suffit de laisser tomber sur une région dénudée un filet d'huile de foie de morue pendant quelques minutes, pour qu'à l'autopsie la plupart des viscères abdominaux soient littéralement noyés de globules huileux et répandent au loin l'odeur caractéristique de l'huile de morue. Ceci tendrait à démontrer avec quelle facilité les corps gras traversent la barrière cutanée et à imposer une grande prudence quant au choix des corps gras appliqués à l'extérieur. On devra éviter tous ceux qui peuvent irriter les reins, en particulier le pétrole et l'huile de croton même dilués, d'après les expériences de Lassar.

Et si ces expériences n'ont pas suffisamment éclairé le cas ambigu qui avait été leur point de départ, elles n'ont pas été, comme on voit, inutiles pour la science. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVII.)

Des maladies du pancréas, par M. Chiari.

Dans une intéressante communication faite à la Société des médecins de la Basse-Autriche, Chiari rappelle la rareté apparente des affections de cette glande « impopulaire ». Il serait bien désirable que tous ces cas fussent publiés, afin de permettre une étude générale de ce coin de la pathologie, et c'est pour donner le bon exemple qu'il rapporte deux observations de *séquestration* du pancréas.

Une femme de quarante-six ans était morte de péritonite. A l'autopsie on trouva en effet une suppuration diffuse de la cavité péritonéale, et dans l'arrière-cavité des épiploons le pancréas entièrement libre au milieu d'un amas de sanie hémorrhagique. L'artère et la veine liénale étaient normales; l'artère pancréatique ouverte à 4 centimètres de son origine, le conduit de Wirsung adhérent au duodénum dans une étendue de 3 centimètres; ulcérations perforantes du mésocôlon et du duodénum communiquant à travers l'espace compris entre les deux feuillets péritonéaux, avec la masse purulente.

Le second cas est plus curieux encore. Un médecin de Vienne apporta à l'auteur pour l'examiner une selle rendue par un malade de trente-huit ans, souffrant depuis quelque temps de violentes coliques et de tympanisme abdominal. Cette selle contenait un corps volumineux, cylindrique, long de 13 centimètres, épais comme le petit doigt, qui se trouva être le pancréas parfaitement reconnaissable à sa structure, et à une portion assez longue du conduit de Wirsung. Il n'est pas dit ce qu'il advint de ce malade, ce qui est regrettable.

De pareils cas ont été bien rarement observés. Chiari lui-même en a publié un en 1876, deux autres datent de 1859 et 1861. Ce dernier (Trafoyer-Rokitansky) est la reproduction presque exacte du second cas que nous venons d'analyser. (*Wien. med. Presse*, n° 4, 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie interne, par G. DIEULAFOY. 1er volume. — Paris, 1880. G. Masson. Prix : 6 fr.

Il est plus difficile qu'on ne le croit ordinairement d'écrire un bon manuel. Pour qu'un livre de ce genre puisse être vraiment utile, il importe qu'il soit au courant de la science, c'est-à-dire qu'on y trouve un résumé concis, mais parfaitement clair, de toutes les questions que développent les traités classiques. Il faut que l'auteur, oubliant pour un instant ses études personnelles et ses préférences, s'applique à bien exposer tous les travaux contemporains vraiment sérieux, en leur donnant une place en rapport direct avec leur importance. Il est nécessaire qu'un plan rationnel et rigoureusement suivi facilite l'étude et donne, suivant leur degré d'utilité, à chacun des chapitres de l'ouvrage une étendue et des développements différents. Enfin le manuel devant servir de programme au moment où l'on veut se mettre rapidement au courant d'une question que l'on a perdue de vue, ou de guide quand on aborde pour la première fois l'étude de la médecine, aucune erreur ne doit s'y glisser, aucune assertion contestable ne doit y prendre place; et les bibliographies, quand elles y figurent, doivent être assez précises pour permettre de recourir, s'il est nécessaire, aux sources originales. Pour arriver à rendre les services qu'on attend de lui, un manuel devrait donc être le résumé d'un traité didactique sur la matière dont il s'occupe. Et ce traité complet devrait avoir été, au préalable, presque définitivement écrit. Aussi bien croyons-nous plus difficile de faire un bon manuel de pathologie interne que de consacrer plusieurs volumes à un traité analogue. On comprendra qu'il en doive être ainsi si l'on remarque que, depuis l'excellent traité de Grisolle, nous avons eu, en France, plusieurs ouvrages remarquables consacrés à exposer la pathologie interne, alors que, depuis le manuel de Tardieu, jadis si apprécié et si utile, nous n'en connaissons pas qui puisse obtenir, sans réserve, l'approbation de la critique. M. le docteur Dieulafoy était bien préparé à entreprendre cette tâche ingrate de combler une lacune dans la littérature médicale contemporaine. Nous n'avons pas à apprendre à nos lecteurs avec quel talent il sait exposer clairement les questions les plus difficiles. Il a l'expérience de l'enseignement, et son savoir, fortifié par les luttes vivifiantes des concours, est aussi solide que sa plume est élégante.

Ces qualités, on les retrouve dans son *Manuel de pathologie interne*. Nous recommanderons à ceux qui voudront le juger rapidement de lire les considérations générales relatives aux mouvements et aux bruits du cœur, le chapitre qui traite de la bronchite capillaire et de la pneumonie lobulaire, celui dans lequel l'auteur discute les questions relatives à la phthisie et à la tuberculisation pulmonaire; plus loin, nous signalerons aussi le chapitre consacré à l'hémorrhagie cérébrale, celui qui a pour objet la discussion des opinions émises au sujet des localisations cérébrales, l'étude de l'hystérie et bien d'autres articles encore qu'il eût été difficile d'écrire avec plus de précision et de compétence. Mais en lisant quelques-uns de ces chapitres, nous n'avons pu ne pas regretter que l'auteur n'ait pas voulu, au commencement de chaque chapitre, écrire, sous forme de considérations générales d'anatomie et de physiologie pathologiques, un résumé analogue à celui qu'il a fait figurer en tête des chapitres consacrés à l'étude des maladies du larynx ou du poumon. Ce n'est pas, à dire vrai, qu'on ne puisse consulter, en lisant son résumé des maladies du système nerveux, tous les documents nécessaires. On les trouve à propos de l'anatomie pathologique et, dans l'étude des lésions médullaires par exemple, la structure des cordons de la moelle et leur rôle physiologique sont très nettement établis. Mais il eût été intéressant, avant d'étudier en détail ces maladies du cerveau, de la moelle ou des nerfs, de voir condensées et présentées dans un chapitre d'ensemble toutes les notions qui permettent de mieux comprendre et de mieux classer ces maladies. Nous aurions aussi préféré voir une introduction ou tout au moins une courte préface nous exposer le plan suivi par l'auteur, et les motifs qui l'ont engagé à préférer la classification anatomique à la classification nosologique ou à tout autre mode de systématisation. Enfin la première partie de l'ouvrage renferme quelques formules thérapeutiques qui auraient pu être supprimées sans grands inconvénients. Nous ne nous arrêterons pas d'ailleurs à relever quelques imperfections de détail. Quand on lit un ouvrage de ce genre, il importe avant tout et surtout d'en bien apprécier le caractère général, le but et l'utilité. Or il suffit de parcourir ce nouveau *Manuel de pathologie interne* pour s'assurer que toutes les recherches récents, pour peu qu'ils aient une valeur réelle, s'y trouvent mentionnés et bien résumés, que M. Dieulafoy a cité avec la plus scrupuleuse attention les noms de ceux aux recherches desquels il faisait allusion, que des indications bibliographiques nombreuses et précises permettent de recourir aux sources originales; enfin que plusieurs chapitres de son livre présentent une originalité réelle. Nous pensons que les étudiants qui, après avoir bien lu et bien compris ce petit livre, voudront compléter leur éducation médicale, n'auront que peu d'efforts à faire pour se perfectionner dans l'étude de la pathologie interne.

L. LEREBOULLET.

De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, par M. le docteur Henri BARTH. 1 vol. in-8 de 160 pages, avec 2 planches chromo-lithographiées. — Paris, 1880, Asselin et Cie.

Pour bien comprendre l'intérêt qui s'attache au mémoire si complet, si érudit et en même temps si modeste de M. Henri Barth, il suffit de se rappeler que vingt ans au plus se sont écoulés depuis l'époque où l'on publiait les premières observations de tuberculose de la gorge; nous devrons même ajouter que ces premiers jalons restèrent d'abord bien isolés, oubliés en quelque sorte; si la thèse très intéressante de M. Julliard les avait groupés (1865), c'était, on doit l'avouer, au profit de quelques-uns, et le travail n'avait pas eu le retentissement qu'il méritait. Il faut arriver aux premières observations d'Isambert (thèse de M. Kock, 1873), de Bucquoy, Hayem, Martineau (1874), pour voir l'attention éveillée sur cet important sujet. Un peu plus tard, Isambert publiait un premier mémoire (*Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, t. I, p. 77, 1875), bientôt complété par un second (*Ibid.*, t. II, p. 162, 1876); ces deux mémoires marquent, en quelque sorte, le véritable point de départ scientifique et méthodique de l'étude de la tuberculose pharyngée. Si nous signalons le travail de Fraenkel (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1876, p. 46), et les observations de Secchi (1877), Breus (1878), Gee, Sourris, Gelade (1878), et les quelques pages consacrées à cet important sujet par M. Spilmann (thèse d'agrégation, Paris 1878), nous aurons donné le sommaire complet des faits connus sur lesquels pouvait s'appuyer M. Barth pour conduire à bien son travail; il a su y prendre les éléments d'une très intéressante monographie; mais c'est, il faut bien le reconnaître, dans ses observations personelles qu'il a trouvé les matériaux les plus sûrs, les mieux étudiés.

Nous n'entreprendrons pas de rendre compte de la thèse de M. Barth; les éléments en sont trop condensés pour que nous puissions, dans un court article, les faire connaître; mais nous nous efforcerons de montrer ce qu'il a découvert en quelque sorte, et les points sur lesquels ses recherches ont apporté des lumières nouvelles.

Voulant étudier dans son ensemble l'angine tuberculeuse,

l'auteur a dû se conformer à l'usage, et, partant de l'étude des lésions, passer en revue, dans autant de chapitres, les causes, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose du pharynx; il a pu remplir ce cadre d'une manière intéressante, et prouver ainsi que rédiger une monographie de ce genre était actuellement possible.

Avant M. Henri Barth, personne n'avait encore observé une altération des follicules clos, entièrement comparable à celle que l'on constate dans le gros intestin; il s'agissait d'une inflammation aiguë, le follicule gonflé était rempli d'éléments lymphoïdes, petits, pressés les uns contre les autres; au bout de peu de temps les éléments meurent, une ouverture se fait au sommet du follicule, et il en résulte une ulcération lenticulaire de tous points comparable aux ulcérations du côlon. Barth n'a observé ce genre de lésions qu'une seule fois; mais il l'a étudiée avec un soin tel, que nous ne doutons pas que son observation ne serve plus tard de type à des faits nouveaux qui viendront se grouper autour d'elle.

Outre cette altération spéciale, les éléments lymphatiques, Barth l'a montré, sont, dans tous les cas, le siège d'altérations importantes qui jouent un rôle dans le mécanisme de la production des ulcérations.

Nous ne pouvons que faire l'énumération des lésions constatées par Barth dans les diverses parties du pharynx; mais nous devons reconnaître que son chapitre d'anatomie pathologique est aussi remarquable par la précision et la sûreté des détails, que par la minutie des investigations, dans lesquelles aucune lésion n'est omise, aucun élément constituant le pharynx n'est oublié. De plus, Barth a su éviter un écueil; il a laissé de côté l'étude la tuberculose et a su se borner à étudier les tubercules dans le pharynx; peut-être avec les qualités de chercheur qu'il montre, avons-nous perdu certains faits qu'il nous eût bien fait voir, mais, et c'est ce qu'il avait surtout en vue, son travail y gagne en clarté et en concision.

L'*étiologie* n'a fourni à M. Barth que bien peu de renseignements; il a pu attribuer dans quelques cas la tuberculose à une irritation chronique de la muqueuse du pharynx, à un état prédisposant de l'organe; mais outre ces généralités un peu banales, il faudrait, comme il le dit, refaire l'étiologie de la tuberculose, et ce n'est pas le cas.

La description clinique de la tuberculose du pharynx est on ne peut plus intéressante; on sent que l'auteur décrit ce qu'il a vu, qu'il n'a omis aucune précaution pour bien analyser les symptômes, et saisir dans les modifications, dans l'évolution de chacun d'eux, les moindres particularités pouvant permettre de les reconnaître.

Il existe deux formes principales de tuberculose du pharynx, la forme aiguë et la forme chronique, et dans chacun de ces deux états on trouve diverses variétés cliniques qu'on doit à M. Barth d'avoir démontrées.

Pour la commodité de sa description, il a d'abord fait une étude d'ensemble, dans laquelle il expose tous les symptômes physiques et fonctionnels que présente la tuberculose pharyngée à son début, dans sa période d'état, dans sa période de terminaison. Au début, on voit en quelque sorte évoluer le tubercule; la granulation se montre; autour d'elle la muqueuse se congestionne, puis cette granulation meurt et l'ulcération paraît; le pharynx est pris dans presque toute son étendue, et nous entrons dans la période d'état. Alors les ganglions du cou se tuméfient, la gorge devient douloureuse, la déglutition difficile, non seulement à cause de la douleur, mais parce que les muscles, aussi bien ceux du pharynx que ceux du voile du palais, subissant le retentissement de l'inflammation de la muqueuse, deviennent paresseux. La salivation est assez abondante: il y a des douleurs d'oreille, parfois même de la surdité. Pendant ce temps, l'état général s'aggrave, le malade se cachectise quelquefois, surtout à cause de l'angine, et nous arrivons à la période de terminaison, pendant laquelle tous les symptômes s'accentuent et se terminent toujours par la mort.

Tel est le tableau d'ensemble, mais l'enchaînement des symptômes, leurs modifications intimes, varient beaucoup suivant que l'affection revêt une des formes cliniques que Barth admet, et qui sont les suivantes: la *folliculite tuberculeuse aiguë*, dont il n'existe d'observation complète que celle qui lui est propre et peut-être un fait de Krishaber; la *tuberculose miliaire diffuse* et la *tuberculose ulcéreuse chronique*.

Les deux premières formes sont assez faciles à reconnaître; aussi est-ce surtout sur le diagnostic de la troisième que s'étend M. Barth; nous ne pouvons l'y suivre, et nous nous bornons à dire qu'il a su tirer parti de tous les détails de ses observations et de celles de ses devanciers.

Que dire du pronostic d'une affection dont la mort est la terminaison constante, qui dans cette terrible diathèse, *la tuberculose*, vient réclamer en quelque sorte un rang d'honneur parmi les manifestations rapidement funestes? En effet, l'angine tuberculeuse, tant par elle-même que par les circonstances dans lesquelles elle se produit, vient souvent terminer la scène.

Nous avons été heureux de voir M. Barth établir que, dans l'immense majorité des cas, il ne faut pas intervenir par une cautérisation intempestive, et que si dans quelques cas rares d'ulcérations chroniques on a vu la teinture d'iode, l'acide chromique, l'acide phénique, produire une légère amélioration, celle-ci n'a jamais été durable, et de plus que, dans bien des cas chroniques et dans tous les cas aigus, toute intervention est funeste. Le nitrate d'argent a toujours produit de mauvais effets.

Tel est dans son ensemble le mémoire de M. Barth, aussi remarquable par la forme, par l'élégance et la concision du style, que par la justesse des aperçus cliniques; il marque une période nouvelle dans l'étude de la tuberculose du pharynx, et constitue à son auteur un titre scientifique des plus sérieux.

H. Chouppe.

Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale, par le docteur A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, 1 vol. in-12, de 750 pages, avec figures dans le texte; 2ᵉ édition. — Paris, 1880, H. Lauwereyns.

Il y a trois ans à peine que nous avons donné à nos lecteurs une analyse détaillée de l'ouvrage de M. Lutaud. Ce que nous en disions alors explique le succès obtenu par ce manuel, qui présentait toutes les qualités nécessaires pour la pratique journalière de la médecine légale.

L'auteur n'a rien changé à la distribution des matières et s'est simplement borné à tenir son livre au courant des travaux les plus récents. C'est ainsi que nous y trouvons une note très intéressante sur les modifications apportées par M. Brouardel à la symptomatologie de la pédérastie. On sait que l'éminent professeur de notre Faculté a récemment présenté à la Société de médecine légale un mémoire qui infirme complètement les assertions fournies par Tardieu sur cette importante question. D'après M. Brouardel, les signes de la pédérastie active, c'est-à-dire ceux fournis par le pénis des pédérastes, doivent perdre une grande partie de leur importance médico-légale. Quant au signe de la pédérastie passive, l'anus infundibuliforme, M. Brouardel en donne une explication toute différente. Au lieu de l'attribuer, comme le faisait Tardieu, aux tentatives fréquentes des rapprochements contre nature, il l'explique par une contraction passagère ou permanente du releveur de l'anus.

M. Lutaud a également introduit, dans la deuxième édition de son manuel, le résultat des travaux publiés pendant ces dernières années sur la question des ecchymoses sous-pleurales; résumant les mémoires de MM. Legroux et Gros-Claude et les discussions de la Société et du Congrès de médecine

légale, il est arrivé à cette conclusion que les ecchymoses sous-pleurales, ou *taches de Tardieu*, ne sauraient plus être considérées comme caractéristiques de la mort par suffocation.

Nous trouvons encore, dans cette édition, les modifications importantes introduites par le décret du 20 juin 1879 dans l'enseignement de la médecine dans nos Facultés.

On voit, par ce court exposé, que notre laborieux confrère n'a rien négligé pour tenir son livre au courant de la science, et qu'il a su mettre à profit les nombreux travaux de médecine légale publiés pendant ces dernières années. Nous ne pouvons que souhaiter à cette édition le succès obtenu par son aînée et engager l'auteur à persévérer dans cette étude de la médecine légale, dans laquelle il reste encore tant de progrès à accomplir.

Index bibliographique.

Pronostic de l'aliénation mentale, par le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, chargé du cours de clinique des maladies mentales. Broch. in-8. — Paris, 1880.

Dans ce travail un peu hâtif, l'auteur a rassemblé tout ce que les manigraphes ont écrit sur le pronostic de l'aliénation mentale. Il le divise en deux parties, l'une consacrée à la pathologie générale, l'autre à la pathologie spéciale. Nous ne croyons pas que ce petit traité de pathologie mentale remplisse le but que l'auteur a cherché à atteindre. Au lieu de commencer par des généralités sur l'aliénation mentale, qui sont les lieux communs de la science, n'eût-il pas mieux valu étudier d'abord les différents types morbides dans leurs symptômes, et surtout dans leur marche et leurs causes, et chercher dans cet examen les véritables éléments du pronostic? C'était là le terrain le plus sûr, celui de la clinique, et il n'est pas douteux qu'après l'avoir exploré avec soin, l'auteur n'en eût rapporté des généralités utiles pouvant être d'un grand secours pour porter un jugement éclairé sur l'avenir d'une affection mentale donnée. Mais pour cela il aurait fallu sortir de l'ornière de la vieille école psychiatrique, ce qu'a incomplètement fait M. Lagardelle. Aussi, en acceptant encore toutes les anciennes entités morbides, que Morel pourtant avait si bien travaillé à tuer, il prend une foule de symptômes pour des maladies, il accepte une kleptomanie, une pyromanie, que sais-je encore? et rend ainsi impossible toute conception nette d'une espèce morbide.

Dans son introduction, l'auteur rappelle les paroles suivantes de Double : « Les maladies ont une marche fixe, une physionomie constante, que les médecins découvrent fort bien au milieu de toutes les modifications infinies dépendantes du sexe, de l'âge, du tempérament, des saisons, etc., qui viennent les marquer. » Pourquoi ne pas s'être inspiré de cette pensée? N'est-ce pas, en effet, dans la connaissance de cette marche fixe des maladies et de leurs variations ou modifications secondaires que peuvent se trouver les éléments sérieux du pronostic? Mais pour cela il faut de toute nécessité pouvoir s'appuyer sur des renseignements fournis par une observation patiente et prolongée du malade, en un mot sur la clinique.

Congrès international de médecine mentale, tenu a Paris du 5 au 10 aout 1878. Compte rendu sténographié. 1 vol. in-8. — Paris, 1880. Imprimerie nationale.

Le congrès de médecine mentale, par la variété et l'importance des questions qui y ont été traitées, a été un des plus importants de ceux qui ont été tenus à Paris en 1878. Le volume qui en contient le compte rendu sténographique, vient d'être publié, et nous croyons devoir en recommander la lecture à tous ceux qu'intéresse cette partie si difficile de la médecine, qui a pour objet l'étude des troubles intellectuels et moraux. On y trouvera des communications intéressantes sur la paralysie générale, faites par MM. Fabret, Espian de Lamaëstre, Doutrebente, Brunet, etc.; un discours de M. Lasègue sur les délires instantanés, transitoires (délires par accès), au point de vue de la médecine légale des aliénés; d'autres travaux sur l'épilepsie, par MM. Christian et Echeverria. Nous recommanderons encore tout particulièrement le mémoire de M. Mierzejewski, professeur à Saint-Pétersbourg, sur l'anatomie pathologique de l'idiotie; ce travail est accompagné de deux planches, dont l'une donne les figures de trois cerveaux d'idiots et la seconde nous montre le rapport de la calotte et du pédoncule dans les cerveaux mal conformés.

Les questions relatives à l'administration des asiles, à la législation et à la statistique des aliénés, ont tenu dans ce congrès une grande place; et on lira avec intérêt les communications qui ont été faites, par exemple, sur les aliénés dits criminels et les discussions qu'elles ont soulevées. On sait que, sur cette importante question, le congrès a adopté un vœu présenté par M. Barbier, conseiller à la Cour de cassation. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1878, n° 34.)

La publication du volume des actes du congrès de médecine mentale est due à M. Motet, secrétaire général du congrès et de la Société médico-psychologique; il nous semble juste de ne pas l'oublier ici, et de le remercier du soin et de la persistance qu'il a mis pour mener heureusement à terme un tel travail.

Étude critique sur la septicémie et la pyohémie; clinique et expérimentation, par M. E. Tédenat. — Paris, V. A. Delahaye, et Cie, 1879.

Après un avant-propos exposant l'état actuel de la question, l'auteur, dans un court historique, nous montre les doctrines successivement émises aboutissant à deux théories. Dans l'une, la septicémie et la pyohémie sont des affections de même nature; dans l'autre, elles constituent des entités morbides distinctes. Tous les chirurgiens admettent une forme mixte, la septico-pyohémie. L'étude des substances septiques, de la physiologie des micro-organismes, de la septicémie expérimentale et des fièvres chirurgicales fait pencher Tédenat vers la théorie de l'unicité. La nature de l'agent septique reste jusqu'ici discutable. Les antiseptiques n'ont pas l'action spécifique qu'on leur attribue. Telles sont les conclusions de ce travail, où la critique tient la plus grande place.

La chirurgie et le pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre, lettres adressées à M. le professeur Van der Corput, par M. Gaston Du Pré. — Paris, V. A. Delahaye et Cie, 1879.

Faire connaître la pratique des chirurgiens les plus éminents de l'Allemagne et de l'Angleterre, tel est le but de l'auteur. Un voyage de deux ans lui a permis de suivre les cliniques de Berlin, Strasbourg, Leipzig, Vienne, Londres, etc. Partout le docteur Du Pré a vu mettre en usage, avec un succès constant, le pansement antiseptique, soit dans toute sa rigueur, soit plus ou moins modifié. En Allemagne, la méthode aseptique jouit de toute la faveur. A Londres, la confiance est moins grande. Résections osseuses, injections sous-cutanées dans la syphilis, distraction dans les affections articulaires, ovariotomie, pneumo-thérapie; tels sont les sujets sur lesquels l'auteur attire principalement l'attention. Son livre très intéressant montre le profit qu'on peut tirer d'un voyage scientifique, et la vérité de l'adage : Voir c'est savoir.

Recherches cliniques sur la diphthérie, et de son traitement en particulier, par M. le docteur Floris Rouffé. In-8. — Paris, 1879, Berthier.

L'auteur n'a pas la prétention de faire un traité de la diphthérie, il se borne à étudier quelques points spéciaux de l'affection pour arriver à la conclusion qui est le but final de son mémoire, c'est-à-dire à préconiser une thérapeutique personnelle. Il considère la diphthérie comme une maladie générale d'emblée miasmatique, et dont la virulence n'est pas démontrée. Il consacre un chapitre à l'étude de la fièvre et de la température dans la diphthérie, et montre avec raison que l'intensité des phénomènes fébriles est d'une grande importance, abstraction faite de l'étendue des accidents locaux, pour établir le pronostic de l'affection. Nous signalerons encore au lecteur l'étude des modifications des urines dans la diphthérie : l'albuminurie, l'oligurie et enfin comme conséquence l'urémie diphthéritique. Après avoir émis quelques données sur l'élément nerveux du croup; s'être étendu sur le diagnostic différentiel de la diphthérie pharyngienne vraie et de l'angine couenneuse scarlatineuse, il arrive enfin au traitement : nous allons résumer brièvement son opinion. L'auteur passe en revue tous les traitements employés et montre leur peu d'effica-

cité, qui n'est malheureusement que trop réel. Enfin il arrive à sa méthode. Nous ne dirons rien de son traitement local, mais l'innovation consiste dans l'emploi du *phénol;* à l'appui de ce traitement, M. Rouffé rapporte dix observations, *toutes des succès*. Sur ces observations trois ont été recueillies *depuis* 1877 dans le service de M. Archambault. Nous ne regrettons qu'une chose : c'est qu'à l'hôpital des Enfants, où la diphthérie fait tant de victimes, un traitement qui a donné *trois succès sur quatre cas* (et d'après l'auteur cette dernière observation ne doit pas être comptée) n'ait pas été *généralisé* davantage. Comment l'auteur n'a-t-il pas insisté auprès de chaque médecin? comment n'a-t-il pas obtenu que M. Archambault prescrivît plus souvent le phénol? Nous attendons le pourquoi.

VARIÉTÉS

PROJET DE CRÉATION D'UNE CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRATIQUE.

Les difficultés pendantes entre le ministre de l'instruction publique et la Faculté de médecine de Paris tendent de plus en plus à se dénouer pacifiquement. Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro (p. 327), que la Faculté avait reconnu l'avantage qu'il y aurait à soumettre les travaux pratiques d'anatomie pathologique à une direction spéciale, par la nomination d'un chef des travaux. Cette pensée vient d'être portée devant le pouvoir législatif par M. Henri Liouville, député, sous forme d'un amendement au paragraphe 4 du projet de budget du ministère de l'instruction publique. Cet amendement, déposé à la commission du budget, est ainsi conçu :

« Au lieu de l'augmentation de 27400 fr. demandée pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique à l'Hôtel-Dieu de Paris,

» Inscrire la somme de 25000 fr. pour assurer l'organisation à la Faculté de médecine de Paris d'un institut central d'anatomie pathologique, par la création d'une direction des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'un laboratoire de recherches et de démonstrations. »

On voit par le chiffre inscrit dans le texte de l'amendement, chiffre si rapproché de celui qui était demandé pour la création d'une chaire magistrale, qu'une très belle situation paraît être faite au chef des travaux. Il y aurait dès lors à examiner s'il ne serait pas convenable d'améliorer en même temps la situation du chef des travaux anatomiques, dont tous les instants sont consacrés à l'instruction des élèves. En second lieu, ce serait là une sorte d'essai, qui n'engagerait pas l'avenir autant que la création d'une chaire, et permettrait de voir si, réellement, comme on l'a tant répété, sous le coup des procédés un peu brusques et autoritaires de l'administration, l'enseignement magistral d'anatomie pathologique pratique ne pourrait subsister avantageusement à côté de l'enseignement théorique.

Si l'amendement est accepté par les Chambres, il n'y aura plus qu'un vœu à former, c'est que cette nouvelle situation soit offerte à M. Cornil et qu'il l'accepte.

A. D.

Vaccination obligatoire. — M. Henri Liouville a également distribué à MM. les députés une proposition de loi dont voici le texte :

Art. 1er. — La vaccination est obligatoire ; elle doit être pratiquée dans les six premiers mois de la naissance.

Art. 2. — La revaccination est également obligatoire tous les dix ans, dans le cours des dixième, vingtième, trentième, quarantième et cinquantième années.

Art. 3. — Lors de la déclaration de la naissance d'un enfant, il sera gratuitement remis aux déclarants un *Bulletin de vaccine*, détaché d'un livre à souche, sur lequel Bulletin devront être inscrits les résultats de la première vaccination et des revaccinations subséquentes. Lors de chaque inscription, ce Bulletin sera signé par un des docteurs en médecine exerçant dans l'arrondissement; la signature en sera légalisée.

Il devra être représenté à toute réquisition de l'autorité.

Art. 4. — Les parents et tuteurs, ainsi que toutes personnes convaincues d'infractions aux articles précédents, seront passibles d'une amende de 1 à 25 francs, et en cas de récidive, d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 5. — En cas de récidive, les noms des contrevenants seront affichés, à leurs frais, à la porte de la mairie de leur domicile.

Art. 6. — La présentation du Bulletin de vaccine, portant application de la présente loi, sera obligatoire à l'entrée des établissements d'instruction primaire, secondaire, à l'arrivée dans l'armée, à l'entrée de toutes les administrations de l'Etat.

Art. 7. — Un règlement d'administration publique assurera l'exécution de la présente loi, conformément à l'ordonnance du 20 décembre 1820, et aux arrêtés ministériels des 16 juillet 1823, 10 août 1848 et 7 octobre 1879.

Art. 8 (disposition transitoire). — La présente loi entrera en vigueur sur tout le territoire de la République dans le délai d'un an à dater de sa promulgation.

Concours de l'agrégation. — Les sujets de thèses du concours de l'agrégation (chirurgie et accouchements) ont été distribués de la manière suivante, après tirage au sort entre les candidats :

Section de chirurgie. M. Bouilly : Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité pré-vésicale (cavité de Retzius). — M. Duret : Les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale. — M. Kirmisson : De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques; de son influence consécutive sur la marche des blessures. — M. Peyrot : De l'intervention chirurgicale dans les obstructions intestinales. — M. Reclus : Des mesures propres à ménager le sang dans les opérations chirurgicales. — M. Schwartz : Les ostéosarcomes des membres. — M. Boursier : De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. — M. Guibal : Du spasme uréthral. — M. Levrat : Des embolies veineuses d'origine traumatique. — M. Piéchaux : Que faut-il entendre par l'expression de choc traumatique? — M. Piqué: De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus. — M. Tédenat : Des gelures. — M. Weiss : De la tolérance des tissus pour les corps étrangers.

Section d'accouchements. — M. Budin : Des varices chez les femmes enceintes. — M. Porack : De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. — M. Ribemont : Des hémorrhagies chez les nouveau-nés. — M. Duchamp : Des altérations des villosités choriales. — M. Dumas : De l'albuminurie chez la femme enceinte. — M. Gaulard : De l'influence de la grossesse sur la tuberculose. — M. Hirigoyen : De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin. — M. Lefour : Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. — M. Poullet : De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. — M. Stapfer : De l'hydrorrhée pendant la grossesse.

Récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner aux membres des Conseils d'hygiène et de salubrité publiques qui se sont plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1877, les récompenses honorifiques suivantes :

Médaille d'or : M. le docteur Drouineau, à la Rochelle.

Rappel de médaille d'or : M. Rabot, pharmacien.

Médailles d'argent : M. le docteur Bourgade, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; M. Delcominète, professeur suppléant à l'École supérieure de pharmacie de Nancy; M. le docteur Fauvelle, à Laon; M. le docteur Guillier, à Paris; M. le docteur Laennec, à Nantes; M. le docteur Paul Levasseur, médecin en chef à l'hôtel-Dieu de Rouen; M. Loret, pharmacien; M. Marchand, pharmacien à Fécamp; M. le docteur Martellière, à Paris; M. le docteur Maurice, à Saint-Etienne; M. le docteur Alph. Mauricet, à Vannes; M. le docteur Nivelet père; M. le docteur Pamard, à Avignon; M. Philippe, vétérinaire à Rouen; M. le docteur Pujos, à Auch; M. le docteur Rampal, président

du conseil des Bouches-du-Rhône; M. le docteur Ritter, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; M. le docteur Rousselin, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon; M. le docteur Thouvenet, à Limoges; M. le docteur Voyet, à Chartres;

Rappels de médailles d'argent : M. le docteur Bancel, à Melun; M. Barny, pharmacien à Limoges; M. le docteur Bouteiller, à Rouen; M. le docteur Chartier, à Nantes; M. le docteur Evrard, à Beauvais; M. le docteur Nivet, à Clermont-Ferrand; M. le docteur Perret (Félix), à Rennes; M. Verrier, vétérinaire, à Rouen.

Médailles de bronze : M. Bobière; M. Caunonne, à Vaux-sous-Laon; M. le docteur Dehée, à Arras; M. le docteur Delacour, à Rennes; M. Gebhart, à Epinal; M. le docteur Giustiniani, à Ajaccio; M. le docteur Jaubert, à Périgueux; M. le docteur Lallement, à Charleville; M. Larue-Dubarry, à Limoges; M. Lejourdan; M. le docteur Lachèze, à Angers; M. Magen, à Agen; M. le docteur Méplain, à Moulins; M. Pillon, à Saint-Just-en-Chaussée; M. le docteur Rebory, à Digne; M. le docteur Recipon, au Puy.

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre prochain, pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Missions scientifiques. — Anthropologie. — M. Cauvin, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission à l'effet de continuer, à Melbourne, ses recherches anthropologiques. — M. le docteur Hacks, membre de la Société d'anthropologie, est chargé d'une mission à l'effet de poursuivre ses recherches anthropologiques à Malacca, dans les îles de la Sonde, l'Indo Chine, la Chine et le Japon.

Exercice illégal de la médecine. — La 10e chambre correctionnelle a rendu son jugement dans l'affaire de M. Von Schmidt, condamné par défaut à 1000 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, et qui, on se le rappelle, avait fait opposition à cette condamnation. Conformément aux conclusions du ministère public, le tribunal a confirmé son premier jugement en condamnant le prévenu à 1000 francs d'amende.

Lait contaminé et fièvre typhoïde épidémique. — Pour la troisième fois depuis deux ans, rapporte la *Pall Mall Gazette*, une épidémie de fièvre typhoïde, occasionnée par l'usage de lait contaminé, vient d'éclater à Bristol. Grâce à l'activité déployée par le médecin de la municipalité, il a été possible de remonter jusqu'à la cause première de cette nouvelle épidémie et d'en arrêter les ravages. Les personnes atteintes de la fièvre buvant toutes du lait provenant de la même laiterie, le médecin se rendit à la ferme suspecte, et là le fermier lui déclara qu'il nettoyait ses pots au lait dans un ruisseau situé près des étables. Le docteur eut l'idée de remonter le courant de cette eau; après avoir parcouru une distance de deux milles, il découvrit un endroit où l'on déversait toute sorte de débris et où s'était formée sur les bords une nappe d'eau stagnante que les pluies faisaient déborder et qui était remplie de carcasses de veaux et de moutons, ainsi que d'autres restes en quantité suffisante pour empoisonner le ruisseau tout entier et donner la mort à tous les habitants de Bristol. Des mesures sanitaires ont été prises.

Voies urinaires. — M. le docteur H. Picard commencera, le mercredi 19 mai, à cinq heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, et il le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Jonathan Lauglebert commencera, le mardi 25 mai, à quatre heures, dans le local de sa clinique, boulevard Saint-Germain, 93, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Mortalité a Paris (19e semaine, du vendredi 7 au jeudi 13 mai 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1204, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 33. Variole, 71. — Rougeole, 31. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 10. — Diphthérie et croup, 58. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 11. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 60. — Autres affections générales, 137. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 105. — Diarrhée infantile et athrepsie, 54. — Autres maladies locales : aiguës, 88; chroniques, 181; douteuses, 81. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 42. — Causes inconnues, 3.

Bilan de la 19e semaine. — Aggravation subite de la mortalité par variole; même aggravation pour celle due à la diphthérie, toutes deux considérables, car, mesurées par le nombre des décès dénoncés à notre service, elles se sont élevées, pour chacune, dans le rapport de 100 à 148. Aggravation encore plus marquée (100 à 163) dans la nocuité de la rougeole, ordinairement si bénigne. En définitive, augmentation de la mortalité, mais moins qu'il ne semblerait par le rapprochement des deux totaux, 1204 décès pour cette semaine, et 1144 pour la semaine passée, car nous avons déjà annoncé (voyez le 18e bulletin) que 14 décès manquaient au total de la semaine précédente, et, de plus, 10 autres bulletins de décès, confiés à la poste, ont subi un retard inexpliqué et ne nous ont été remis que le lendemain, ensemble 24 décès manquent à la 18e semaine et sont en trop à la 19e. En outre, l'introduction de nos questionnaires dans le service des hôpitaux (mesure ordonnée par M. le préfet de la Seine et indispensable pour rendre l'enquête uniforme), a d'abord eu l'effet de toute mesure nouvelle troublant les habitudes prises, elle a produit quelques perturbations dans la régulière récolte de nos bulletins, de sorte qu'il ne serait pas impossible qu'il nous manquât encore cette semaine quelques bulletins de décès de nos hôpitaux.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des paralysies dans les maladies aiguës, par le docteur L. Landouzy. In-8 de 362 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 6 fr.

Recherches cliniques et expérimentales sur le bruit de moulin, symptôme d'épanchement intra et extra-péricardique dans les traumatiques de la poitrine, par le docteur P. Reynier. In-8 de 76 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr.

École de Salerne, traduction en vers français par Ch. Meaux Saint-Marc, avec le texte latin, précédée d'une introduction par le docteur Ch. Daremberg et sa vie de commentaires. In-18, VIII-610 pages, avec fig. J. B. Baillère et fils. 7 fr.

Le régime de Pythagore, d'après le docteur Cocchi. *De la Sobriété, conseils pour vivre longtemps*, par L. Cornaro. — *Le vrai moyen de vivre plus de cent ans dans une santé parfaite*, par L. Lessius. In-18 de 243 pages, avec 5 planches. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

Cours de thérapeutique, professé à la Faculté de médecine, par Adolphe Gubler, professeur de thérapeutique. 1 vol. in-8, VII-568 pages. J. B. Baillière et fils. 9 fr.

Traité d'orthophonie, voix normale, bégaiement, vices de paroles, sons esthétiques, physiognomonie, par E. Colombat (de l'Isère). 1 beau volume in-8 de 576 pages. Paris, Asselin et Ce. 10 fr.

De l'urine normale et pathologique, histoire médicale et analyse chimique, par le docteur Méhu. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. Asselin et Ce. 6 fr.

Traité de pathologie interne, par les professeurs Béhier et Hardy. Tome IV, 1re partie : *Maladies générales fébriles*. 1 vol. in-8 de 400 pages. Asselin et Ce. 6 fr.

Traité élémentaire de physiologie, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par le professeur J. Béclard. 7e édition entièrement refondue. 1re partie : *Fonctions de nutrition*. 1 vol. grand in-8 de XVI-774 pages avec 112 figures intercalées dans le texte. La seconde partie paraîtra à la fin de l'année 1880. Paris, Asselin et Ce. 10 fr.

Des aberrations du sens génésique, par le docteur Paul Moreau (de Tours), 1 beau vol. in-8 de 304 pages. Paris, Asselin et Ce. 5 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

L'iode et ses préparations.

La médication iodée a de très nombreuses applications. La plupart des cachexies, telles que le lymphatisme, le scrofulisme, le rachitisme, le syphilisme, etc., etc., en sont justiciables. Sa puissance thérapeutique, dans ces circonstances, a été proclamée depuis de longues années.

Tout récemment M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dans ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, particulièrement sur le lupus, fait ressortir l'efficacité de la médication iodée chez les scrofuleux, et c'est au sirop de Raifort iodé qu'il donne la préférence, pour le jeune âge surtout. On comprend que cette préparation, entre toutes les autres, soit préférée et jouisse d'une vertu particulière due à ses éléments constitutionnels : le cresson avec l'iode, le Raifort et le cochléaria avec le soufre qu'ils contiennent et l'écorce d'oranges amères avec ses propriétés toniques, dont est constitué le sirop de Raifort de Grimault, et dans lequel l'iode est tellement dissimulé qu'on ne le reconnaît ni au goût ni à l'odorat, et ne peut être décelé que par les réactifs les plus puissants.

Nous avons cru ces quelques lignes préliminaires utiles pour justifier la publication succincte de quelques faits qui militent en faveur de cette puissante médication.

Jos. Kop..., vingt-six ans, tempérament lymphatique, avait contracté une syphilis qu'il n'avait osé avouer à sa famille, et qui avait été d'une lenteur extrême à guérir. A cet effet, il avait fait un long séjour à l'hôpital. Le traitement mercuriel prolongé avait amené chez lui une exagération du système lymphatique, telle que cette médication avait dû être suspendue à diverses reprises, pour être remplacée par la médication iodée (l'iodure de potassium). Le retard de cette guérison (cinq mois et demi de traitement) et le développement du lymphatisme étant attribués, avec quelque raison, à l'atmosphère hospitalière, Kop... fut renvoyé chez ses parents. C'est alors qu'il vint nous consulter. A cette époque, les accidents locaux avaient complètement disparu. Restaient une exagération du tempérament lymphatique, des traces de syphilides encore visibles avec engorgements multiples des glandes au cou et aux aines, où l'une d'elles s'était abcédée et continuait de fournir du pus par une sorte de trajet fistuleux. Sans nous préoccuper de ce dernier fait autrement que pour conseiller la propreté, préférant nous en servir pour juger des progrès de la médication, nous prescrivîmes journellement trois cuillerées à bouche de sirop de Raifort iodé, un régime animalisé, assaisonné à volonté d'une tisane de houblon édulcoré par la réglisse. Cette médication fut très bien supportée et le jeune homme s'en accommodait parfaitement, au point que, au bout de quinze jours, sentant lui-même les bons résultats qu'il en obtenait, il nous demanda à prendre une cuillerée de sirop en plus par jour. Malheureusement, on était entré en hiver, ce qui ralentit la cure; car ce ne fut qu'au bout de près de trois mois que le trajet fistuleux tarit complètement, en l'absence du reste de toute médication locale. A ce moment le jeune homme était tout transformé; restait cependant encore un certain engorgement des chapelets lymphatiques, attestant une cure incomplète. Il ne nous fut pas difficile d'obtenir du jeune homme et de sa famille de continuer ce traitement pendant deux mois encore, en le réduisant à deux cuillerées de sirop par jour, pour arriver à une guérison complète, que nous avons eu la satisfaction de constater ultérieurement.

Nous avons cru utile de publier ce fait, qui atteste l'efficacité de l'iode au point de vue constitutionnel de la façon la plus péremptoire.

Nous empruntons à la *Tribune médicale* l'observation suivante du docteur Delzenne, dans laquelle la même médication a aussi produit de merveilleux résultats :

Mlle Jeanne D..., âgée de quinze ans, est grande, bien développée, jouissant d'un appétit normal. Chez elle, la prédominance du système lymphatique s'est accusée, dès l'âge de douze ans, par un volume exagéré des amygdales avec catarrhe des trompes d'Eustache, accompagné d'un certain degré de surdité et d'un peu d'écoulement séro-purulent des oreilles, se produisant à époques intermittentes. Ces phénomènes avaient disparu sous l'influence d'un bon régime et de l'usage longtemps soutenu du fer et des sulfureux.

Depuis un an, l'éruption menstruelle se fait avec régularité. Tout semblait marcher à souhait, lorsque, il y a six mois, se déclara un coryza persistant qui, après un mois de durée, donna lieu à un écoulement purulent d'odeur désagréable, pénible à supporter, aussi bien pour la jeune malade que pour les personnes qui l'entouraient. On eut de nouveau recours au fer, au soufre, sans aucun résultat. L'iodure de potassium fut employé à son tour et sans plus de succès. C'est alors que, tenant compte de l'état de combinaison particulier que présente l'iode dans le *Sirop de Raifort iodé* de Grimault et me rappelant les effets tout particulièrement favorables qu'il m'avait déjà donnés dans plusieurs cas analogues, je résolus de le prescrire.

Je recommande à la jeune malade d'en prendre une cuillerée à bouche *au milieu* de chaque repas, c'est-à-dire deux par jour. Au bout de huit jours, je fis prendre une troisième cuillerée, au moment du premier repas, et voici ce que je pus observer :

Dès le cinquième jour, la sécrétion est aussi abondante, mais la coloration jaune soufre a diminué ; l'odeur est moins pénétrante. Le dixième jour, la sécrétion est presque muqueuse et l'odeur peu appréciable. A la fin de la troisième semaine, les sécrétions nasales sont normales et l'état général de santé des plus satisfaisants. Les règles survenues pendant le traitement ont été un peu plus abondantes et nullement douloureuses.

Je conseille de continuer l'usage du sirop de Raifort iodé de Grimault pendant un nouveau mois.

Nul doute que l'on éviterait le développement de bien des cas presque incurables de punaisie, si l'on se déterminait à recourir à temps au précieux médicament qui a rendu à Mlle Jeanne D... le service que je viens de signaler.

a.

Avantages du pyrophosphate de fer et de soude de Leras, par les docteurs Follet et Baume, médecins de l'hospice des aliénés de Quimper.

La thérapeutique, dans un asile d'aliénés, ne trouve pas seulement à s'exercer sur les maladies incidentes; alors même qu'il n'y a plus d'espoir de guérir les maladies mentales, il y a encore moyen de retarder le déclin physique, survenant chez presque tous les aliénés de la même manière, par déficit gradué de l'innervation générale, déficit dont l'action se traduit si souvent par la décomposition du sang, d'où résultent ces hydropisies généralisées sur tous les tissus. Il est évident que, dans ce cas, tous les efforts de la médication doivent tendre à reconstituer le sang; ce résultat obtenu, il n'est pas rare de voir l'édifice remonté fonctionner encore plus ou moins longtemps. Quelquefois même une réaction en sens inverse de la maladie se produit. C'est le prélude d'une guérison inespérée.

« De tous les toniques, nous n'en connaissons pas qui agisse aussi promptement et aussi favorablement que le pyrophosphate de fer et de soude préparé par M. Leras sous une forme limpide, facile à administrer, d'une absorption rapide et sans fatigue pour les organes digestifs. Nous n'avons point administré ce sel sur une grande échelle; voici pourtant quelques résultats qui démontrent son action favorable et l'avenir qui lui est réservé en thérapeutique.

» 1° Bégot, maniaque à périodes rapprochées; tissus pâles, décolorés; fièvre sans intermittences franches; prostration. Administrée pendant huit jours à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, la solution de pyrophosphate de fer et de soude ramène les forces et la coloration des tissus. La fièvre disparaît, les périodes d'agitation s'éloignent.

» 2° Berlan, épuisé par une diarrhée chronique, présente de la pâleur et de la flaccidité dans les tissus; petitesse du pouls, prostration complète des forces, commencement d'œdème autour des orbites. La même médication ramène, comme chez Bégot, la coloration des tissus, le retour des forces, la disparition de la diarrhée. La santé n'a pas varié depuis six mois.

» 3° Ségnor est alité pour la seconde ou la troisième fois, pour œdème des extrémités inférieures, commencement d'ascite, pâleur des tissus, bouffissure de la face, symptômes de phthisie pulmonaire. Tous ces accidents, sauf les signes révélés par l'auscultation, cèdent en moins de quinze jours par l'administration du pyrophosphate de fer et de soude. L'amélioration persiste depuis plus de deux mois.

» 4° Blaise éprouve une attaque de choléra dans ses manifestations les plus caractérisées. Nous en combattons les symptômes par l'application de courants électriques sur la région précordiale, par l'emploi des calmants opiacés, des sudorifiques, des excitants diffusibles, etc. Le malade est sauvé; mais après avoir échappé au plus grand danger, il tombe dans une prostration complète avec anémie et menace de décomposition du sang. Il doit à l'administration du pyrophosphate de se rétablir assez promptement et de se porter beaucoup mieux qu'avant d'avoir contracté le choléra.

» 5° M. X..., atteint de paralysie générale progressive arrivée à la dernière période; pâle, ne tenant plus debout, ne pouvant plus articuler un seul mot, exprimer aucune idée; réduit à l'état de gâteux. Après dix jours de la médication ferrugineuse, M. X... reprend des forces, sa figure s'anime, se colore, le délire des grandeurs semble même vouloir reparaître; le malade nous annonce un matin qu'il va se marier à une dame de la cour; il peut marcher seul, son appétit est exagéré. Cette amélioration ne sera sans doute que factice et passagère, la paralysie n'en aura pas moins sa terminaison fatale; mais ce résultat démontre à la fois l'action tonique et la stimulation cérébrale qu'exerce le pyrophosphate de fer et de soude.

» 6° Chavel en est un autre exemple. Plongé depuis son admission dans un état d'inertie voisin de la stupidité, il faut le stimuler pour qu'il réponde aux plus simples questions ou exécute le moindre mouvement. Cette apathie est vaincue par le pyrophosphate de fer. Nous sommes fort surpris un matin d'entendre Chavel s'intituler le prince Jérôme... Avec son air habituellement niais et sa paresse, il parvient à tromper la surveillance des infirmiers pour s'évader en escaladant un mur. Le sel ferrique lui en avait sans doute donné les forces, car il tenait à peine debout à son entrée.

» 7° Colas, militaire détaché au port de Brest comme ouvrier mécanicien, nous arrive dans un état d'excitation qui nous paraît être le résultat d'un défaut d'équilibre entre les systèmes sanguin et nerveux, le premier offrant tous les symptômes de l'anémie. Le sujet est gâteux, incohérent, privé de conscience, se portant à des actes violents. Nous le soumettons au pyrophosphate de fer et de soude et au sulfate de quinine. Amélioration rapide au physique, plus surprenante encore au moral; Colas nous paraît en bonne voie de guérison si le premier résultat se soutient. »

A l'appui de ces observations citons, pour terminer, l'opinion du professeur Gubler dans ses *Commentaires de thérapeutique :*

« Le pyrophosphate de fer ne possède pas le goût styptique désagréable de la plupart des préparations martiales et ne cause aucune répugnance aux sujets difficiles. Son action locale astringente est moins prononcée, mais ses propriétés toniques et réparatrices sont aussi puissantes que celles des composés ferriques solubles. Il y a même lieu de penser qu'il convient mieux que les préparations martiales exemptes de phosphore, pour relever les forces et stimuler l'innervation. »

Traitement du lymphatisme et de la scrofule par l'eau de la Bourboule.

(Suite et fin.)

III

Les trois observations suivantes, recueillies par M. le docteur Poyet, sont tirées de l'ouvrage de M. le docteur Clérault : *La Bourboule, ses eaux minérales, leurs applications thérapeutiques*. Paris, Doin, 1877.

Observation I. — Une petite fille de cinq ans, de tempérament scrofuleux, est envoyée à la Bourboule en 1866, par M. le docteur Isambert, qui, six mois auparavant, lui avait enlevé les amygdales, fortement tuméfiées depuis longtemps.

L'enfant est atteinte d'une conjonctivite purulente, avec taies et ulcérations sur les deux cornées, et photophobie intense. Vingt jours de traitement firent complètement disparaître l'inflammation et la photophobie. Mais l'inflammation étant revenue immédiatement après le retour à Paris, M. Isambert renvoya sa petite malade à la Bourboule. L'amélioration fut manifeste dès le troisième jour de ce second traitement qui dura vingt jours, et consista en bains, douches locales et boisson.

L'année suivante l'enfant, beaucoup plus forte, avait quelques ganglions au cou, et la lèvre supérieure gonflée. Ces symptômes disparurent après quinze jours de traitement à la Bourboule. Plus rien du côté des yeux, mais les taies de la cornée ont persisté.

Observation II. — M. X..., vingt-trois ans. Il avait eu des tubercules suppurants au visage en 1872, et entra à l'hôpital Saint-Louis en décembre 1874. Le nez et la lèvre supérieure sont rouges et tuméfiés. Au bout de quelques mois de séjour, le mal paraissant s'aggraver, le docteur P... enleva une partie du nez. La cicatrisation marcha bien au début; puis un point fongueux résista à plusieurs cautérisations successives.

En juillet 1875, M. X... vint à la Bourboule. Il y resta dix-sept jours, prit seize bains, trente douches locales, et but trois verres d'eau minérale par jour. Le point fongueux disparut, laissant un peu de rougeur et d'empâtement. Pendant l'hiver, il se remit chez lui à l'eau de la Bourboule, douches locales et boisson. Au bout de deux mois toute trace de rougeur avait disparu.

M. X... a recommencé deux fois ce traitement à domicile, à six mois d'intervalle. La guérison s'est parfaitement maintenue, et le malade regrette beaucoup de s'être laissé opérer.

Observation III. — M..., homme de peine, âgé de quarante-cinq ans, est amené au dispensaire du docteur Ch. Fauvel par le docteur G. Poyet. Sa voix est éteinte; il tousse un peu et expectore des mucosités filantes et claires. A l'examen du larynx, M. Poyet reconnaît une paralysie complète de la corde vocale inférieure droite. L'aryténoïde correspondant est immobile et semble avoir basculé en avant. L'autre corde est saine et se meut librement. Il y a donc paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, et probablement paralysie du crico-aryténoïdien latéral et de l'ary-aryténoïdien. Quelle en est la cause?... L'auscultation et la percussion indiquent une tuméfaction ganglionnaire dont la cause échappe. Adénopathie bronchique, de cause inconnue; tel est le diagnostic porté.

Le malade est adressé à M. le docteur Gueneau de Mussy, qui porte le diagnosctic d'anévrysme disséquant de l'aorte, tout en approuvant le traitement qui a été institué, c'est-à-dire : prendre matin et soir un verre d'eau de la Bourboule; et, avant le repas de midi, prendre dans un verre de Malaga une goutte de teinture d'iode non acide, en augmentant tous les jours d'une goutte, sans dépasser 30 gouttes; à partir de ce nombre diminuer d'une goutte chaque jour.

Grande amélioration au bout de quinze jours, la toux a disparu. Au bout de trente jours la voix est revenue. Un peu de gêne subsistant encore dans la respiration vient de ce que la corde n'a pas recouvré toute l'amplitude de son mouvement. Au bout de deux mois la paralysie a *complètement* disparu. La voix et la respiration sont très bonnes. Le malade a parfaitement supporté l'iode et l'eau de la Bourboule. Il continue de prendre un verre d'eau par jour pendant un mois, et la guérison, devenue complète, s'est bien maintenue depuis lors.

Les observations suivantes sont dues à M. le docteur Frédéric Morin :

Observation I. — M. H. P..., âgé de treize ans, vient à la Bourboule en 1878; pâle et visiblement scrofuleux, il est depuis cinq ans sujet à une diarrhée que les remèdes ont amendée, sans la faire disparaître. Le ventre est démesurément gros, en besace, et l'on sent parfaitement les masses ganglionnaires mésentériques fortement hypertrophiées.

Le traitement a consisté, pendant la première moitié de la cure, en bains tièdes prolongés, et en bains chauds plus courts pendant la seconde moitié. Trois demi-quarts de verre d'eau minérale par jour, et 1 pilule contenant 1 centigramme d'extrait d'opium. Diète lactée. La diarrhée a complètement disparu; et, au bout de vingt-cinq jours, le volume du ventre avait diminué de plus de moitié.

Pendant l'hiver l'enfant continua l'usage de l'eau de la Bourboule; et, lorsqu'il revint à la station, pour la saison de 1879, il ne portait presque plus de traces de son ancienne affection. Après une saison il partit complètement guéri, mangeant et digérant bien, et ayant une mine excellente.

Observation II. — Le jeune H. L..., de Clermont, âgé de dix ans, est amené par son père à la Bourboule au mois d'août 1879. Il porte à la jambe droite un appareil sans lequel il ne peut pas marcher. L'atrophie de cette jambe est complète, et l'on n'y retrouve la trace d'aucune masse musculaire. Le soléaire et les péroniers ont disparu, le pied pend inerte au bout de la jambe. Cet état est consécutif à de vastes abcès périostiques, qui ont suppuré pendant deux ans, le long du fémur et vers l'ischion. Les abcès sont fermés, mais l'enfant est atteint d'une *diarrhée incoercible* qui a résisté à tous les remèdes et l'épuise.

Le traitement a consisté en bains chauds excitants, douches locales chaudes sur le ventre et les reins; massage humide et douches locales très chaudes sur la jambe; trois fois par jour un quart de verre d'eau minérale. La diarrhée, supprimée après un jour de traitement, n'a plus reparu pendant les dix-huit jours qu'il a duré. A la fin de la cure l'enfant marchait sans son appareil. L'amélioration s'est maintenue pendant l'hiver.

Observation III. — Marie R..., d'un village élevé du canton de Saint-Amand-Tallende, âgée de vingt-quatre ans, est atteinte depuis six ans d'accidents scrofuleux redoutables, se succédant sans trêve. Les lèvres et les ailes du nez sont hypertrophiées. Les deux yeux sont le siège de blépharites et conjonctivites chroniques, avec poussées aiguës, qui ont laissé des taches et des cicatrices dans la cornée. De chaque côté et sous le maxillaire inférieur, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques est telle que la physionomie est repoussante.

Traitement de dix-huit jours. Bains, douches locales et douches générales écossaises. En boisson, cinq verres d'eau minérale par jour. Teinture d'iode à l'intérieur et à l'extérieur. Ce traitement énergique diminua considérablement les tumeurs ganglionnaires qui, d'une masse unique, compacte et très résistante, se divisèrent en ganglions distincts formant chapelet, et dont l'un, converti en abcès et ouvert par le bistouri, donna du pus louable et commença bientôt à se cicatriser.

Observation IV. — Une jeune fille du Cantal, âgée de seize ans, mal réglée, présente une plaque érythémateuse qui, à cheval sur le nez, couvre les deux pommettes et donne à la figure une physionomie étrange. La plaque est recouverte d'une exfoliation sèche, très adhérente, semblable à une pelure d'oignon; et, sur certains points où l'exfoliation ne se fait plus, la peau très amincie a une teinte bleuâtre.

Premier traitement de dix-huit jours en 1878. Trois verres d'eau en boisson; douches pulvérisées sur le visage; disparition presque complète du lupus érythémateux. Deuxième saison en 1879, à la suite de laquelle il ne reste au visage qu'une cicatrice mince, pâle, et qui n'offre absolument rien de repoussant.

Observation V. — Jeune fille du canton de Maringues (Puy-de-Dôme), quinze ans, réglée depuis l'âge de treize ans. Vient à la Bourboule en 1878 avec un lupus tuberculeux qui a détruit déjà une partie des ailes du nez et de la cloison. Les parties détruites sont recouvertes de croûtes épaisses, noirâtres; en d'autres points paraissent des cicatrices rosées, transparentes. Les joues sont envahies, et la paupière inférieure du côté gauche commence à se renverser en dehors.

Traitement général stimulant. Au bout de six jours, une métrorrhagie force à supprimer les bains et la boisson, en continuant seulement les douches locales pulvérisées. Puis le traitement est repris par des demi-bains tièdes, et de faibles doses d'eau en boisson. Amélioration notable; chute des croutes. La maladie revient en 1879; l'amélioration s'était maintenue. Après la cure de 1879, la malade était bien nettoyée; et décidément les progrès du mal ont été arrêtés depuis la première cure.

M. le docteur Fr. Morin nous a communiqué plusieurs autres observations, que le cadre de cette étude ne permet pas de reproduire; ce sont des cas de scrofule tertiaire, caractérisés par la tuberculisation pulmonaire coïncidant avec des tumeurs blanches, des arthrites, etc. Dans chacune de ces cures, le traitement de la Bourboule, consistant principalement en boissons et en douches locales, a amené une amélioration notable, et l'état des poumons a été chaque fois très nettement atténué.

Enfin, M. Fr. Morin résume, comme il suit, l'histoire de 17 malades qu'il a soignés pendant la saison 1879, tous atteints de fistules consécutives à des abcès profonds des membres, et entretenues par carie osseuse chez le plus grand nombre, et par nécrose chez les autres :

« Le traitement que j'ai fait suivre à ces divers malades » était à peu près identique. Bien convaincu que tout acci- » dent inflammatoire aigu n'est plus à redouter, j'excite les » malades autant que je le puis, par des doses d'eau ther- » male portées rapidement à quatre et six verres par jour, » par des bains chauds prolongés, et des douches chaudes » en arrosoir ou en jet, selon l'état du membre. Au bout de » quatre ou cinq jours, il y a léger gonflement du côté des » fistules; issue d'un pus plus abondant et de meilleure » nature. Je fais faire quelquefois des injections d'eau ther- » male..... Pour les caries simples, le bourgeonnement ne » se fait pas attendre; et j'ai eu, l'an dernier, la satisfaction » de voir partir tous mes malades à peu près guéris. Pour » les séquestres qui ne dépassent pas une dimension moyenne, » les fistules étant agrandies par l'éponge préparée, je n'ai » pas tardé à les voir s'ébranler et arriver au bout de ma » pince du neuvième au quatorzième jour... Pour un de mes » malades, il a fallu l'évidement de toute la partie inférieure » du fémur, opération qui a été faite par M. le docteur Ledru, » de Clermont; et voilà deux ans qu'il vient à la Bourboule » pour achever sa cure. Il se sert aujourd'hui de son » membre inférieur, comme s'il n'avait jamais éprouvé aucun » mal. »

Nous bornerons là nos citations; car les observations que nous avons résumées sont certainement suffisantes pour justifier ce que nous disions en commençant cette étude. L'expérience clinique a, en effet, réalisé toutes les espérances fondées sur la physiologie, et les faits que nous avons rapportés, témoignent du succès de l'eau de la Bourboule dans les manifestations diverses de la diathèse scrofuleuse.

C'est aux praticiens qu'il appartient de profiter des précieuses ressources que leur offre ce médicament naturel, et de déterminer plus exactement encore leur champ d'action dans les cas si variés qui se présentent chaque jour. Nous ne pouvons formuler de meilleure conclusion qu'en citant de nouveau les lignes que nous avons empruntées déjà à M. le docteur Rotureau :

« *Les eaux de la Bourboule sont indiquées spécialement contre la scrofule à toutes ses périodes et à tous ses degrés, depuis le lymphatisme jusqu'aux caries et aux nécroses osseuses, accompagnant le degré le plus avancé de la diathèse strumeuse.* »

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 27 mai 1880.

VACCINATION ET REVACCINATION OBLIGATOIRES

Nous avons donné dans le dernier numéro le texte de la proposition de loi présentée à la Chambre par M. le docteur H. Liouville, à l'effet de rendre obligatoires la vaccination et la revaccination.

L'intérêt qui s'attache à une pareille mesure mérite qu'on s'arrête à l'exposé des motifs qui précède cette proposition. Depuis 1870, la variole n'a pas cessé de se manifester à l'état épidémique dans toute la France et particulièrement à Paris. Dans cette ville seule, et sous l'influence des conditions toutes spéciales créées par le siège, l'épidémie de 1870-71 a fait 10 319 victimes. On a relevé pour 1879, 850 décès. Les quatre premiers mois de l'année 1880 fournissent déjà 1038 décès. Nous sommes donc en pleine épidémie.

En présence d'une pareille situation, il est nécessaire de prendre des précautions, qui sont, du reste, réclamées par toutes les Sociétés savantes et, on peut dire, par tous les gens sensés. — Or, quels que soient les services rendus par la vaccine, on trouve encore aujourd'hui même, dans la classe éclairée, des gens qui en contestent les bienfaits et en exagèrent les moindres dangers. Ailleurs on se heurte contre une incurie absolue, dont on a peine à triompher en offrant aux parents des primes de vaccination. Enfin, certains esprits mal faits prétendent mettre en avant les droits inviolables de la liberté et protestent contre toute mesure coercitive. Est-il besoin de rappeler que la liberté individuelle n'a rien à voir en pareille matière; que les parents n'ont pas le droit d'exposer la vie de leurs enfants à un péril sérieux, pas plus que celui de créer des foyers d'infection qui deviennent un véritable danger public? Dans la plupart des Etats de l'Europe la vaccination est obligatoire. La revaccination l'est également en Allemagne et en Autriche. Il faut souhaiter que la France ne reste pas en arrière et réalise un progrès aussi incontestable. Mais ce n'est pas tout de décréter l'obligation de la vaccination et de la revaccination décennale et de fixer les amendes qui atteindront les délinquants : il faut encore s'engager à fournir largement aux besoins de la vaccination. Aujourd'hui, un tube de bon vaccin, récemment recueilli, ne s'obtient pas à volonté. On sait combien le vaccin sur plaques est infidèle. Beaucoup de médecins reculent devant les démarches nécessaires pour se procurer un bon tube et adressent leurs clients à des vaccinateurs qui ont tout intérêt à fournir un excellent vaccin. Il s'agit de fonder des instituts de vaccination qui fonctionneront gratuitement et préviendront l'encombrement inévitable des salles de l'Académie de médecine aux jours d'épidémie. Déjà, dans les bureaux de bienfaisance, des séances de vaccination ont été instituées. Il importe que des mesures de ce genre soient largement étendues, que toute personne désireuse de se faire vacciner sache à qui elle doit s'adresser et puisse éviter des pertes de temps souvent préjudiciables. Il est peu probable que la vaccination de bras à bras puisse suffire à des besoins qui seront considérables, et on se trouvera nécessairement obligé d'entretenir dans les instituts vaccinaux un certain nombre de génisses qui devront fournir un vaccin de bonne qualité, et recueilli dans les limites de temps convenables pour assurer autant que possible le succès de l'opération.

Nous ne croyons pas que le projet de loi présenté par M. Liouville puisse rencontrer aucune opposition sérieuse; mais il y aura des difficultés pratiques à surmonter pour assurer le fonctionnement régulier et efficace des instituts vaccinaux.

B.

HISTOIRE ET CRITIQUE

SUR LES SIGNES ET LA PATHOGÉNIE DES CARDIOPATHIES D'ORIGINE GASTRO-HÉPATIQUE.

(Premier article.)

Il y a quelques années seulement qu'on a soupçonné entre les affections gastro-hépatiques et certains troubles de la fonction cardiaque un rapport analogue à celui qui était déjà établi entre la néphrite interstitielle et l'hypertrophie ventriculaire gauche. Aujourd'hui, grâce aux recherches persistantes du professeur Potain et de ses élèves, il est devenu nécessaire d'admettre une cardiopathie d'origine gastro-hépatique, comme on admet une cardiopathie d'origine rénale. La différence essentielle consiste en ce que dans l'une c'est le cœur droit qui est en cause, tandis que le cœur gauche est intéressé dans la seconde. Ces deux séries présentent en outre d'autres points de dissemblance: tandis que c'est presque exclusivement la forme interstitielle du mal de Bright qui s'accompagne d'altérations du cœur gauche (à ce point qu'on a pu être mis sur la voie du diagnostic de la lésion rénale par l'examen du cœur), les affections du foie et de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif qui provoquent des troubles du cœur droit sont nombreuses et fort variées; d'autre part, la néphrite interstitielle entraîne l'hypertrophie du ventricule gauche, tandis que les affections gastro-hépatiques produisent une série de troubles fonctionnels qui aboutissent à la dilatation du ventricule droit avec insuffisance auriculo-ventriculaire.

Nous n'aborderons dans cette revue critique que la question des cardiopathies d'origine gastro-hépatique, en restreignant notre étude à deux points du sujet : 1° l'exposé des phénomènes qui accompagnent les troubles cardiaques ; 2° la discussion des rapports qui existent entre ces troubles cardiaques et les affections qui leur donnent naissance.

I. — Phénomènes cardiaques.

Si l'on essaye de constituer, à l'aide des renseignements cliniques, le tableau des troubles cardiaques successifs qui caractérisent la cardiopathie d'origine gastro-hépatique, on arrive à se représenter de la façon suivante l'évolution des phénomènes : dans le cours d'une affection du foie, par exemple sous l'influence d'une colique hépatique, un malade accuse une certaine gêne respiratoire qui attire l'attention du côté de la poitrine. Souvent l'auscultation du poumon ne fournit aucun indice de lésion ou de trouble fonctionnel de l'appareil respiratoire ; mais si l'on examine attentivement les bruits du cœur, on s'aperçoit que *le second bruit présente un renforcement* au niveau du deuxième espace intercostal gauche, c'est-à-dire au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. Les deux bruits de la base résultant de la clôture des sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont encore synchrones ; mais bientôt ils peuvent se dédoubler, le bruit de claquement des sigmoïdes de l'artère pulmonaire anticipant sur celui de l'aorte. En même temps que se produit ce *dédoublement*, le cœur droit, dont l'évacuation dans les réseaux pulmonaires est gênée, comme le prouvent les modifications du second bruit, se dilate ; l'augmentation de volume du cœur qui en résulte modifie la position de la pointe et l'étendue de la matité précordiale. A ce moment apparaît le *bruit de galop*, constitué par l'addition d'un bruit supplémentaire pendant la phase diastolique ; le plus souvent ce bruit surajouté se fait entendre pendant la présystole, mais il peut se déplacer et apparaître en tel ou tel instant de la phase diastolique. C'est à droite et vers l'épigastre que ce rhythme anormal des bruits du cœur est perçu avec la plus grande netteté dans le cas de dilatation du cœur droit ; comme on le sait, au contraire, le bruit de galop symptomatique de l'hypertrophie du ventricule gauche a son maximum à gauche, vers le foyer d'auscultation des bruits mitraux. A une période plus avancée, quand la dilatation du ventricule droit a acquis un certain degré, l'orifice auriculo-ventriculaire droit cède à son tour, et la valvule tricuspide devient insuffisante. Cette *insuffisance tricuspidienne* s'accuse par les signes connus : le souffle du premier temps à la région épigastrique, le reflux veineux jugulaire et les battements systoliques du foie.

Ce tableau, purement descriptif, correspond à un groupement théorique des phénomènes beaucoup plus qu'à la réalité clinique. Il est évident qu'on n'assistera qu'exceptionnellement à l'évolution des troubles cardiaques qui débutent par la gêne à l'évacuation du cœur droit, pour aboutir à l'insuffisance tricuspidienne. Le plus souvent on ne saisira que l'une des modifications indiquées, par exemple l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, le bruit de galop, et tout pourra rentrer dans l'ordre si l'affection gastro-hépatique qui causait les accidents vient à rétrocéder ; ou bien on trouvera, dès le premier examen, la lésion cardiaque établie, s'accusant par le souffle tricuspidien, le reflux jugulaire, etc., et, comme cela est arrivé à M. Potain dans le premier cas qu'il observa (Th. de Mahot, 1869), on sera fort étonné ensuite de noter la disparition des symptômes d'une insuffisance tricuspidienne. C'est qu'en effet la variabilité constitue l'un des caractères de ces cardiopathies d'origine gastro-hépatique ; fait qui s'explique si l'on tient compte de la mobilité des affections du foie, de l'estomac, qui sont le point de départ des accidents.

Ces réserves faites, examinons une à une, dans l'ordre descriptif, les manifestations par lesquelles se révèle le trouble de la fonction cardiaque, en insistant seulement sur celles qui prêtent à la discussion.

1° *Modifications du bruit du second temps.* — Le second bruit se modifie d'ordinaire dès le début des accidents : il commence par se *renforcer* et se *dédouble ensuite*.

a. Le renforcement du deuxième bruit est souvent l'un des premiers phénomènes par lesquels se revèlent les accidents cardiaques : ce bruit, clair et bref dans les conditions normales, aussi bien au foyer d'auscultation aortique qu'au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, prend une intensité anormale au niveau du deuxième espace interscostal gauche, ce qui peut déjà faire soupçonner qu'il existe une pression exagérée dans l'artère pulmonaire, pression qui produit un abaissement plus brusque et par suite plus bruyant des valvules sigmoïdes de cette artère. Cette présomption paraît se confirmer, si l'on voit apparaître ensuite le dédoublement du second bruit, signalé par les différents auteurs qui ont écrit sur la question, mais dont la production est exceptionnelle d'après M. Potain.

b. Ce dédoublement résulterait de l'abaissement des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire précédant l'abaissement des sigmoïdes de l'aorte. Deux conditions différentes peuvent produire cette chute précipitée : ou bien la systole du ventricule droit, étant plus courte, maintient moins longtemps soulevées les sigmoïdes correspondantes, ou bien la résistance opposée au soulèvement de ces valvules par la pression sanguine dans l'artère pulmonaire croît assez rapidement pour surmonter l'effort ventriculaire et détermine dès lors, malgré la prolongation de la systole, la clôture des sigmoïdes. C'est évidemment cette dernière condition qui doit être admise : d'abord parce que toutes les données physiologiques forcent à admettre une égale durée de la systole des deux ventricules, ensuite parce que le dédoublement du second bruit n'est survenu que comme l'exagération, pour ainsi dire, du renforcement de ce même bruit : il suffit, en effet, que la résistance au soulèvement des sigmoïdes pulmonaires se soit notamment accrue pour que celles-ci, s'étant d'abord affaissées plus bruyamment (renforcement du deuxième bruit) aient été ensuite déprimées plus tôt que celles de l'aorte (dédoublement).

Ces modifications du second bruit paraissent donc révéler un excès de pression dans l'artère pulmonaire, et c'est le renforcement de ce bruit qui a servi de point de départ, comme nous le verrons, à l'hypothèse présentée par M. Potain sur la pathogénie des troubles cardiaques dont nous nous occupons.

Il serait intéressant de chercher si l'accentuation du second temps, qui est le phénomène le plus constant, s'atténue ou disparaît quand on a fait exécuter au malade une large inspiration, la dilatation de la poitrine étant maintenue quelques instants. Comme on le sait, en effet, l'ampliation du poumon s'accompagne d'une augmentation dans la rapidité du courant sanguin à travers son parenchyme : il paraît logique de supposer que le claquement renforcé des sigmoïdes de l'artère pulmonaire, étant dû à un excès de pression dans l'artère, doit disparaître quand on favorise l'écoulement du sang par les capillaires du poumon.

D'autre part, le pouls artériel, que toutes les observations s accordent à trouver petit, dépressible, etc., doit se relever dans les mêmes conditions, une plus grande quantité de sang arrivant au cœur gauche.

Ces expériences fourniraient la contre-épreuve de la théorie qui attribue le renforcement du second temps et la faiblesse du pouls artériel à un défaut d'évacuation normale du cœur droit.

2° *Bruit de galop.* — Ce triple bruit, considéré d'abord comme l'indice de l'hypertrophie ventriculaire gauche sans lésion valvulaire qui accompagne la néphrite interstiticlle (Potain, Exchaquet, 1875), a été retrouvé par M. Potain dans les dilatations du cœur droit consécutives à certaines affections gastro-hépatiques. Il y a donc un bruit de galop *gauche*, qui ne se perçoit nettement qu'à la région de la pointe, en dedans et un peu au-dessus du mamelon, dans le voisinage des bruits mitraux, qui s'accompagne d'un pouls dur, résistant, et un bruit de galop *droit* siégeant près du sternum et vers l'épigastre, avec déviation de la pointe en dehors, sans abaissement, coïncidant avec un pouls mou, petit, filiforme.

Que le bruit siége à gauche ou à droite, son interprétation ne doit pas varier, et ce que nous dirons de l'un sera applicable à l'autre.

Laissant de côté le mécanisme invoqué par Sibson (*The Lancet* 1874), c'est-à-dire le dédoublement du premier bruit, M. Potain a montré qu'il existe entre le bruit surajouté, qui est diastolique, et le premier bruit normal, un intervalle plus considérable que l'écart qui peut séparer les deux parties d'un bruit dédoublé. Nous insisterons donc seulement sur la cause de l'apparition d'un bruit supplémentaire pendant la phase diastolique.

Si l'on considère le bruit de galop comme résultant de de l'addition d'un bruit *présystolique* aux deux bruits normaux, l'explication en est simple: le bruit résulte, dit-on, de la projection bruyante d'une ondée sanguine poussée par la systole de l'oreillette dans le ventricule peu tendu ; cette pénétration se fait avec une certaine force, comme le montrent les tracés cardiographiques : sur ces tracés, en effet, apparaît un soulèvement précédant la systole ventriculaire, coïncidant avec l'instant de la systole de l'oreillette, avec un soulèvement de la région jugulaire et de la région hépatique. En un mot, la distension brusque des parois ventriculaires par l'ondée sanguine venant de l'oreillette est à la fois la cause du bruit surajouté et du soulèvement diastolique.

Jusque-là rien que de très logique. Mais, en étudiant les variétés du bruit de galop, on a insisté sur ce fait [Exchaquet (*loc. cit.*); Destureaux (thèse de doct. Paris, 1879) et Mossé (thèse d'agrégation, Paris, 1880)] que le bruit surajouté qui crée le bruit de galop peut apparaître à différents instants de la phase diastolique : par conséquent, l'explication première, sans cesser d'être valable dans le cas où le bruit supplémentaire et le soulèvement surajouté *sont présystoliques*, cesse d'être applicable aux cas où ces phénomènes occupent tel ou tel autre instant de la diastole.

Quelle interprétation nouvelle a-t-on donnée pour répondre à ces faits? « M. Potain tend aujourd'hui à considérer le bruit de galop comme la conséquence d'une distension brusque du ventricule (bruit) produite par l'ondée sanguine ventriculaire pendant la diastole, ondée qui lance le ventricule contre la paroi thoracique (choc). » Tel serait, d'après M. Destureaux (*loco cit.*, p. 78), le mécanisme à invoquer. Ce point mérite discussion.

Si nous représentons par un schéma les rapports qui peuvent exister entre le moment d'apparition du bruit surajouté et les différents instants de la diastole ventriculaire, nous arrivons à la construction suivante (fig. 1).

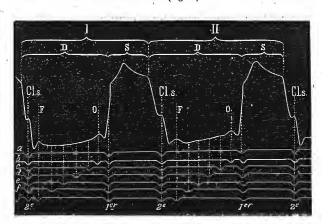


Fig. 1. — Schéma des variétés du bruit de galop.

Deux révolutions complètes des mouvements du cœur étant représentées par les courbes I et II, la phase diastolique de chacune d'elles correspondra à la période D, la phase systolique à la période S. Au début de chaque diastole, on voit (en Cl S) l'indication de la clôture des valvules sigmoïdes, un peu après (en F) le début de la réplétion ventriculaire s'opérant par l'afflux rapide d'une ondée sanguine qui arrive du système veineux et *tombe*, pour ainsi dire, dans une cavité dont les parois sont relâchées. Puis la réplétion diastolique continue graduellement, par le simple écoulement du sang venant de l'oreillette. Enfin cette réplétion s'achève par l'arrivée brusque d'une ondée sanguine, plus ou moins importante, qu'envoie la systole de l'oreillette O.

La systole occupe l'intervalle S: nous n'avons pas, pour le moment, besoin d'insister sur les détails de cette période.

Dans les conditions normales les deux bruits coïncident, l'un avec le début de la systole ventriculaire (premier bruit), l'autre avec le début de la diastole (deuxième bruit); ils sont représentés dans le schéma par les signes ⌣ ⌣, séparés l'un de l'autre par un tiret —, qui correspond à la durée de la systole; ce petit tiret représente par conséquent le petit silence; le grand silence (période diastolique) étant représenté par un trait beaucoup plus long.

La ligne *a* correspond au cas normal, dans lequel on n'entend que deux bruits séparés l'un de l'autre par le petit silence systolique et séparés des deux bruits suivants par le long silence diastolique.

Sur la ligne *b* est représenté le *bruit de galop type*, caractérisé par l'apparition d'un bruit surajouté, en coïncidence avec la systole de l'oreillette O : nous avons vu que l'explication proposée (la distension brusque de la paroi ventriculaire s'accusant par un soulèvement et par un bruit présystolique) s'accorde avec les données physiologiques.

Mais si nous passons aux cas indiqués par les lignes *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, du schéma, l'explication du bruit surajouté + aux différents instants de la phase diastolique nous paraît difficile à soutenir: quelle serait en effet la cause d'une pénétration bruyante du sang à l'un quelconque de ces instants? La cavité ventriculaire reçoit, pendant toute cette période, du sang qui *s'écoule graduellement*, sans aucune cause connue de projection réelle, du système veineux dans le ventricule

relâché. Quelle que soit la tension actuelle du sang dans le système aortique ou dans le système pulmonaire, cette tension n'a rien à voir avec ce qui se passe dans la cavité ventriculaire pendant la diastole : les valvules sigmoïdes isolent à ce moment le système artériel. Ce ne serait que dans le cas d'insuffisance aortique large qu'il pourrait se produire une distension ventriculaire assez brusque pour s'accompagner de bruit et de soulèvement. Nous ne voyons donc pas quelle peut être la cause du bruit surajouté survenant à l'un des instants indiqués sur les lignes *b, c, d, e, f*. Ce bruit se produit-il, au contraire, dès le début de la diastole (ligne *g* du schéma), la théorie est satisfaite : à ce moment, en effet, les parois ventriculaires sont relâchées ; le sang veineux, accumulé en amont de la cavité du ventricule pendant la période systolique précédente, se précipite sous forme de flot (F), et on peut admettre sans difficulté que cet afflux rapide crée, en même temps qu'un soulèvement appréciable, un bruit surajouté. Mais, indépendamment de ce bruit *postsystolique* (ligne *g*) et du bruit *présystolique* (ligne *a*), la production d'un bruit et d'un soulèvement dans la partie intermédiaire de la phase diastolique (lignes *b, c, d, e, f*) nous paraît échapper complètement à la théorie indiquée. De sorte que, ou bien il faut restreindre le bruit de galop aux deux cas correspondant à la ligne *a* et à la ligne *g*, c'est-à-dire à l'apparition d'un bruit surajouté *présystolique* ou *postsystolique*, ou bien il faut chercher une autre interprétation, si l'on maintient la possibilité du bruit supplémentaire dans les instants intermédiaires aux deux extrêmes de la diastole.

En attribuant ce bruit surajouté à une oscillation, une sorte de dicrotisme de l'onde sanguine dans l'intérieur du ventricule, on pourrait se rendre compte des différentes positions qu'il occupe dans l'intervalle diastolique. Suivant la rapidité de cette oscillation, le bruit se ferait entendre à un instant plus ou moins rapproché du début de la diastole. Telle est l'hypothèse qu'a émise M. Potain, auquel je faisais part des difficultés théoriques indiquées tout à l'heure.

Si l'interprétation du bruit de galop présente encore plusieurs points obscurs, sa signification clinique n'en est pas moins établie. Quand, au début, ce rhythme particulier des bruits du cœur a été exclusivement rattaché à l'hypertrophie ventriculaire gauche de la néphrite interstitielle (Potain, Exchaquet), il a fourni au diagnostic de la lésion rénale, soulatente à ce moment, un élément précieux. L'étude clinique ayant montré depuis qu'il y avait lieu d'admettre un bruit de galop propre au cœur droit, distinct du bruit de galop gauche par son siège, par les phénomènes qui l'accompagnent (Potain), ce signe stéthoscopique a pris une importance plus grande ; sans rien perdre de sa valeur au point de vue du diagnostic des lésions rénales, il a pris rang dans la séméiologie des troubles fonctionnels qui accompagnent certaines affections hépatiques et gastro-intestinales, et est devenu l'un des symptômes de la dilatation du ventricule droit d'origine gastro-hépatique.

Il est évident que, pour être nettement perçu, le bruit de galop doit être aussi isolé que possible des autres modifications des bruits du cœur qui peuvent se présenter dans le cours de la dilatation d'origine hépatique ou gastro-intestinale. C'est ainsi, par exemple, qu'il sera très difficile d'en affirmer l'existence quand il existera concurremment un dédoublement du second bruit ; il est même possible que certains bruits de galop dans lesquels on a cru pouvoir localiser le bruit surajouté au début de la diastole ventriculaire, ne fussent autre chose que des dédoublements du second temps. De telle sorte que le vrai type clinique du bruit de galop est celui qui a été le premier décrit, et qui se caractérise par l'addition d'un bruit présystolique aux deux bruits normaux.

3° *Insuffisance tricuspidienne, et souffle systolique.* — Le ventricule droit, ayant à lutter contre un obstacle à son évacuation, reste en permanence gorgé de sang, et présente une dilatation progressive, laquelle aboutit à l'insuffisance de la valvulve tricuspide. Alors apparaissent les signes bien connus de cette lésion : le souffle systolique à la base du sternum, le pouls veineux par reflux dans la jugulaire, les battements du foie. Il n'y a pas lieu d'insister sur le mode de production de cette lésion secondaire pas plus que sur les différents symptômes par lesquels elle se révèle : toute cette question pathogénique et séméiologique est clairement établie. (V. Thèse de Mahot, 1869 ; Thèse d'agrégation de Pitres, Strauss, 1878 ; Thèse de Destureaux, 1879 ; Thèse de Morel (Lyon) 1879.) Mais il peut rester un doute sur l'existence d'une insuffisance tricuspidienne quand cette lésion, peu accentuée, ne s'accuse que par un souffle systolique, sans se manifester par ses signes essentiels, le reflux veineux dans les veines caves (pouls jugulaire, pouls hépatique). Ce doute est surtout permis quand on n'a pas assisté à l'évolution de la lésion et qu'on trouve, dès le premier examen, un souffle au premier temps, dans la région de la pointe. Dans ces conditions, le clinicien, habitué à rencontrer beaucoup plutôt une affection du cœur gauche qu'une affection du cœur droit, sera logiquement amené à poser le diagnostic d'insuffisance mitrale de par les phénomènes d'auscultation. C'est peut être ce qui s'est présenté, au moins dans quelques-uns des cas relatés par M. Gangolphe dans sa thèse : *Le bruit de souffle mitral dans l'ictère* (1875). La réserve que je fais ici m'est inspirée par une remarque que présenta le professeur Teissier père au Congrès de Montpellier, quand la question qui nous occupe fut mise en discussion. M. Teissier émit des doutes sur la réalité de la lésion mitrale chez quelques-uns des malades cités par M. Gangolphe et qu'il avait pu observer lui-même. D'un autre côté, à l'époque où parut la thèse de M. Gangolphe, il faut bien reconnaître que l'idée d'un retentissement des affections hépatiques sur le cœur n'était pas formulée ; cet auteur a eu le mérite d'attirer l'attention sur ce sujet, et d'énoncer nettement, dans son travail inspiré par le professeur Clément (de Lyon), le rapport de cause à effet.

Ce même souffle systolique de la pointe a pu être également considéré comme un souffle *extra-cardiaque*, résultant des battements du cœur contre une mince lame de poumon ; c'est ainsi que M. Potain a interprété certains souffles qui se modifient avec la position du malade, avec la phase de la respiration pendant laquelle on ausculte, etc. Sans vouloir aborder ici la discussion du mode de production de ces souffles extracardiaques, je dirai seulement que, malgré les tentatives qui ont été faites pour les expliquer par la brusque *expulsion* d'une colonne d'air contenue dans la lamelle du poumon percutée par le cœur à chaque systole, ces bruits doivent être attribués à l'*aspiration* brusque que les ventricules exercent tout autour d'eux quand ils diminuent de volume en projetant le sang qu'ils contiennent. De nombreuses recherches ont été faites sur cette question depuis près de vingt ans ; on en trouvera l'exposé dans un travail de Mosso, publié en 1878, dans les *Archives des sciences médicales* de Turin, sous le titre « *Del polso negativo*, etc. ; » j'ai moi-même étudié l'influence des changements de volume du cœur sur la pression intra-pulmonaire dans un mémoire

publié en 1877 dans les comptes rendus du laboratoire du professeur Marey.

Le souffle systolique de la région de la pointe peut donc être attribué à une insuffisance mitrale (Gangolphe), à une insuffisance tricuspidienne, ou considéré comme un souffle extra-cardiaque (Potain). Dans les cas douteux, l'évolution des accidents mettrait sur la voie du diagnostic, soit qu'on se reporte aux phénomènes qui ont précédé (renforcement suivi ou non de dédoublement du second temps, bruit de galop à droite), soit qu'on voie survenir le reflux veineux jugulaire et hépatique : dans ces conditions, le souffle systolique sera nécessairement rapporté à sa véritable origine, l'insuffisance tricuspidienne.

Nous n'insisterons pas davantage sur la signification des phénomènes perçus à l'auscultation du cœur dans le cas de troubles fonctionnels et de lésions secondaires du cœur droit : l'exposé détaillé de tous ces symptômes a été fait dans une série de thèses ou de travaux que j'ai eu déjà l'occasion de citer et que je rappellerai en terminant cette première partie clinique.

Indications bibliographiques. — Mahot, *Des battements du foie* (thèse de Paris, 1869). — Gangolphe, *Bruit de souffle mitral dans l'ictère* (thèse de Paris, 1875). — Fabre, de Marseille, *Des phénomènes cardiaques dans l'ictère* (*Gaz. des hôpitaux*, 1877, p. 916). — Murchison, *Leçons sur les maladies du foie* (traduction française et notes du docteur J. Cyr, 1878, p. 602). — Pitres, Strauss (thèses d'agrégation, Paris, 1878). — Potain, Congrès de l'Association française, Paris, 1878. Du même, Congrès de Montpellier, 1879 (V. *Gaz. hebdomadaire*, comptes rendus de ces Congrès, septembre 1878, septembre 1879).— J. Teissier, Congrès de Montpellier (*Ibid.*). — Destureaux, *De la dilatation du cœur droit d'origine gastrique* (thèse de Paris, 1879). — Morel, *Recherches expérim. sur les lésions du cœur droit* (thèse de Lyon, 1879). — Mossé, (thèse d'agrégation, Paris, 1880). — Ducastel, *Arch. gén. méd.*, janvier 1880.

François-Franck.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique chirurgicale.

Note sur l'emploi de la congélation artificielle en chirurgie, par M. le docteur Tony Saucerotte (de Lunéville).

Le froid n'a jusqu'ici été employé dans la chirurgie opératoire que pour produire l'anesthésie locale. Un fait que j'ai observé m'a conduit à examiner s'il était susceptible d'une autre application. Il m'a paru d'après lui que l'art pourrait, dans cet agent physique, trouver pour la destruction des tissus morbides un moyen rapide, énergique, exempt de douleur. Ce n'est que dans les services chirurgicaux des grands hôpitaux qu'on peut réunir en peu de temps un nombre suffisant de faits pour établir la valeur d'une méthode curative. Je suis, pour cette raison, dans la nécessité de rester sur le terrain de la théorie en soulevant cette question. L'avenir établira si je me suis trompé dans mes déductions. Voici le fait duquel je viens de parler.

Au mois de janvier dernier, ayant à extraire à l'une de mes enfants la première dent molaire gauche de la mâchoire inférieure, je voulus faire bénéficier la patiente de l'anesthésie par la douche d'éther pulvérisé, procédé dont j'avais à maintes reprises déjà constaté l'efficacité. Désireux d'obtenir l'anesthésie dans sa plus large mesure, je prolongeai plus que je ne l'avais fait antérieurement l'action de la douche. Au lieu d'opérer dès que paraît l'auréole blanche qu'elle détermine sur la joue au point d'application, je continuai quelques secondes le jet d'éther et j'obtins une auréole de 4 à 5 centimètres. Ce résultat avait été produit en quinze secondes environ à l'aide de l'appareil de Richardson chargé d'éther sulfurique rectifié à 0,725. L'opération faite, je constatai que le cercle de congélation qui, habituellement, disparaît avec la même rapidité qu'il met à se former, persistait en partie sur la joue. Le point central de 15 à 20 millimètres de diamètre était d'aspect blanc grisâtre, rugueux, parcheminé. J'attendis quelques secondes le retour de la circulation capillaire, ce fut inutilement ; la couleur, le poli, la rénitence de la peau avaient complètement disparu, la congélation était complète. Je frictionnai alors la partie lésée avec de la neige comprimée, et, après plusieurs minutes, je vis la coloration rosée reparaître avec une marche concentrique. Mais dès que je cessais la friction, l'ondée sanguine rétrogradait dans les capillaires et le cercle de congélation reparaissait avec persistance. Finalement ce ne fut qu'après plus d'une heure de frictions et d'applications incessantes de neige et de glace, ce ne fut qu'après de nombreuses oscillations tour à tour concentriques et excentriques, que la circulation capillaire reprit définitivement son cours dans les tissus frappés par le froid. Il ne résulta de tout ceci qu'une phlyctène, un écoulement séro-sanguin sans cicatrice ultérieurement apparente.

Je tirai de ce fait plusieurs enseignements : 1° Dans l'emploi de la douche d'éther, il faut s'arrêter dès l'apparition de l'auréole blanche, qui s'étend d'ailleurs avec une grande rapidité, et qui signale à la fois l'existence de l'anesthésie et l'imminence du danger de congélation ; 2° dans les congélations partielles, il peut être utile, dans certains cas, de continuer longtemps, plus d'une heure, les frictions de neige ou de glace ; il est prudent, quand faire se peut, d'être muni de l'une ou de l'autre de ces substances quand on veut produire la réfrigération par les vapeurs d'éther pulvérisé.

En passant du fait observé à un autre ordre d'idées, il me parut qu'il y avait à en tirer un profit plus général et qu'il pouvait y avoir, dans ce qui s'était passé sous mes yeux, le germe d'une méthode nouvelle, la *congélation artificielle appliquée à la chirurgie opératoire*.

Il appartient à l'expérimentation clinique seule de déterminer : 1° Dans quels cas peut être applicable le moyen que je propose ; 2° quels sont les avantages qu'il présente sur les procédés en usage ; 3° quelles sont les règles à suivre dans son emploi. Cependant on peut, *à priori*, penser sur le premier point : que la congélation artificielle serait applicable aux tumeurs pédiculées ou pédiculisables, aux tumeurs vasculaires, à certains anévrysmes ; aux tumeurs cancéreuses inattaquables par les caustiques en raison de leur volume, de leur ulcération, des douleurs qu'ils occasionnent. Dans ces dernières on pourrait, à l'aide de la congélation, produire dans leur masse des brèches, des destructions successives.

Les avantages qui semblent résulter de l'emploi chirurgical de la congélation sont l'innocuité, la rapidité, l'absence de douleur, la possibilité de suivre du regard l'action de l'agent destructeur. L'expérience clinique aidée par la thermométrie des points périphériques à l'endroit congelé, permettra de déterminer les conditions dans lesquelles peut s'opérer sans danger la mortification des tissus en superficie et en profondeur. Si l'on en juge par ce qui se passe dans les congélations partielles des extrémités, cette profondeur dépasse beaucoup la sphère d'action des caustiques appliqués à la surface des tissus. Dans certains cas, enfin, la lenteur d'élimination des escarres aurait son utilité, et il serait facile de remédier aux inconvénients résultant de ce fait, en désinfectant les escarres ou en les momifiant avec du perchlorure de fer.

En ce qui concerne les règles d'emploi de la congélation, il y aura lieu de procéder au choix de l'agent réfrigérant à mettre dans l'appareil de Richardson, l'éther sulfurique, le

bichlorure de méthylène ou le bromure d'éthyle. Serait-il préférable dans certains cas de recourir, en raison de leur consistance, aux mélanges réfrigérants; par exemple, au mélange de glace et de chlorure de calcium, ou plutôt à celui d'éther et d'acide carbonique solidifié avec lequel on obtient à l'air libre un froid de 70 degrés? Pour déterminer avec rapidité et précision la mortification des parties congelées, l'application d'un corps modérément chaud aurait peut-être son utilité. Toutes ces questions sont à résoudre expérimentalement. L'esprit ingénieux des constructeurs trouvera ici de quoi se donner carrière; mais si l'on se sert de l'appareil à pulvérisation avec l'un des liquides nommés ci-dessus, on pourrait employer un instrument analogue à la cuvette hémorrhoïdaire de Jobert, lequel, de dimensions proportionnées à celles de la tumeur, l'étreindrait entre ses valves. Celles-ci seraient isolées des tissus sous-jacents à l'aide d'un disque de feutre qui limiterait le champ d'action de la douche et empêcherait la transmission du froid aux parties saines.

En donnant plus de développement à ces propositions, je ne veux point paraître tomber dans la faute commune à tant d'inventeurs, et prôner d'ores et déjà comme une conquête chirurgicale une méthode qui est, et demeurera peut-être à l'état embryonnaire. Je laisse à ceux qui ont la possibilité de les effectuer sur un grand théâtre chirurgical le soin ou le mérite des essais que j'indique. Le rôle qui m'est assigné est forcément plus restreint, et je m'estimerais heureux d'avoir mis au jour une idée que d'autres pourront rendre féconde.

Qu'il me soit seulement permis de prendre aujourd'hui date de cette communication.

Pathologie interne.

OBSERVATION DE CALCUL INTESTINAL, par le docteur LOGERAIS, médecin inspecteur de Pougues.

Ce n'est pas comme exemple d'un effet salutaire des eaux de Pougues que cette observation est publiée. Nous avons voulu seulement mettre sous les yeux du lecteur un cas d'*entérolithe* assez remarquable et par le volume du calcul et par l'analyse qui en a été faite.

OBS. — Mme X..., âgée de quarante-sept ans, grosse, très obèse, souffrant depuis longtemps de flatuosités et de digestions difficiles, arrive à Pougues le 25 août 1879. Elle présente, en outre, un diabète assez prononcé se traduisant par une soif intense, des urines abondantes dont la densité n'était pas considérable; elle n'était que de 1020, mais elles fournissaient néanmoins 22 grammes de glycose par litre. Les urines étaient, en outre, catarrhales, et présentaient un mucus épais qui déposait abondamment.

Après neuf jours de traitement, la soif avait diminué, les urines étaient moins abondantes, n'avaient plus que 1010 de densité et ne fournissaient plus que quelques traces de glycose. Le catarrhe était aussi très diminué. Nous avions déjà un résultat très avantageux relativement à l'affection principale, le *diabète*. C'était principalement en vue de cette maladie que mon ami et honoré confrère, le docteur Saint-Vel, avait envoyé cette dame à Pougues.

Le 3 septembre, Mme X... ne put aller à la garde-robe et fut prise de vomissements. Une bouteille de limonade de Rogé fut administrée le lendemain et ne produisit qu'une seule selle. Les vomissements continuèrent les jours suivants sans que les selles apparussent, malgré les moyens employés. Les vomissements jaunes, puis verdâtres foncés augmentèrent. La langue, naturellement rouge, rougit de plus en plus, se sécha. Aucune trace de hernie ne se présentait. Le ventre, qui avait d'abord été très douloureux autour de l'ombilic, était devenu moins sensible, mais de plus en plus ballonné. A l'examen attentif, on trouvait au niveau du côlon ascendant une sous-matité peu marquée, mais on sentait quelque chose de plus résistant. Il faut faire observer que cette malade, naturellement très obèse, présentait un ballonnement du ventre énorme, qui rendait encore plus difficile l'examen des parties.

J'appelai en consultation mon confrère M. Janicot. Nous lui fîmes administrer de l'huile allemande à assez forte dose qui n'amena aucun résultat. Les cataplasmes, les frictions belladonées, les lavements, qu'elle ne pouvait recevoir, rien n'agissait. Les matières vomies étaient devenues tout à fait fécaloïdes.

Le lendemain, l'huile de croton tiglium avec de l'extrait de belladone, 10 centigrammes de chaque pour 10 pilules administrées d'heure en heure, des suppositoires belladonés ne produisirent aucun résultat. Le soir, injection d'eau de Seltz par le rectum, et toujours aucun résultat; continuation des pilules après cette petite opération. Enfin, à deux heures et demie, dans la nuit, la malade fut prise d'une débâcle de matières fécales qui dura trois jours.

Après ces selles, qui furent très abondantes, on percevait encore dans la région du côlon ascendant une certaine résistance qui n'avait pas disparu.

J'avais prescrit des lavements que la malade négligea de se faire administrer les deux premiers jours après la débâcle, pensant que ses selles étaient assez abondantes et n'avaient pas besoin d'être provoquées, disait-elle. Enfin le troisième jour, sur ma recommandation expresse, elle en prit, et dans la soirée, en se présentant à la garde-robe, après un lavement, Mme X... ressentit qu'il se présentait à l'anus un corps dur et résistant qui ne pouvait être expulsé.

Appelé immédiatement, je constatai la présence de ce corps, dont j'aperçus même l'extrémité. J'en essayai l'extraction, et ce ne fut pas sans difficulté et sans douleur pour la malade que je parvins, sans produire toutefois aucune déchirure, à faire sortir ce corps ovoïde, ayant 6 *centimètres de longueur et* 10 *centimètres de pourtour*, d'une densité et d'une dureté très considérables. C'est un corps jaunâtre présentant intérieurement quelques matières fécales moins denses; je le sciai dans sa longueur : il paraît formé de couches concentriques de cholestérine, à la manière des couches concentriques du tissu ligneux, et au centre un corps plus dur, brillant, comme vitreux, de la grosseur d'une noisette, qui forme comme le noyau de cette concrétion, comme une vitrification, une sorte de quintescence de la matière.

Ce calcul a été examiné avec beaucoup de soin par M. Guasco, chimiste, et voici la composition du calcul : 1° cholestérine pour la grande majorité, le noyau central en est complètement formé; 2° corps gras; 3° chaux; 4° phosphate de chaux; 5° traces de chlorure; 6° traces de sulfate; 7° bilipbéine; 8° matières azotées; 9° matières colorantes; 10° quelques traces de soude et de potasse.

En cherchant à bien me rendre compte des antécédents de la malade, j'appris qu'elle avait éprouvé plusieurs fois et à différentes époques, même éloignées, des douleurs très vives du côté du foie; que même une fois elle avait eu une *jaunisse intense*. Cette malade avait eu des coliques hépatiques à plusieurs reprises, produites par la rétention et l'expulsion difficile des calculs biliaires et des substances qui renferment ces calculs. Il est probable, d'après l'examen de cet énorme calcul, qu'à plusieurs reprises il s'était formé dans l'intestin des couches concentriques de ces matières. Il est peu vraisemblable qu'il se soit formé tel qu'il est aujourd'hui dans l'intestin grêle. Aurait-il pu passer aussi volumineux par la valvule de Bauhin? Le développement ultérieur a pu avoir lieu dans le gros intestin, après le passage du noyau primitif. Où siégeait-il dans le gros intestin? Mme X... ne pouvait pas, disait-elle, depuis assez longtemps garder aucun lavement; elle rendait l'eau au fur et à mesure qu'elle les recevait. Elle éprouvait habituellement une douleur ou plutôt une gêne au-dessous de l'estomac, à la région du côlon transverse. Sous l'influence des eaux et des douches auxquelles elle avait été soumise, ce gros calcul n'aurait-il pas pu changer de position, descendre dans le côlon ascendant, et venir s'appliquer sur la valvule iléo-cœcale et produire cette rétention des matières fécales qui a amené tous ces accidents, prodromes d'une terminaison qui semblait devoir être fatale?

L'action des eaux, indépendamment de son influence sur le diabète existant, peut avoir aidé même au déplacement de cet énorme calcul, qui produisait des accidents très pénibles, et dont nous ne possédions aucun moyen pour débarrasser la malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

RECHERCHES SUR LA PROPORTION DE L'ACIDE CARBONIQUE DANS L'AIR. Deuxième note de M. *J. Reiset*. — Voici quelques-unes des conclusions à déduire de la nouvelle série des expériences de l'auteur.

Après six ans d'intervalle, il retrouve dans l'air la même proportion d'acide carbonique : en volume, 29,78 pour 100000 air atmosphérique, à la station des champs. Les plus grandes différences observées n'atteignent que les cent-millièmes. L'air recueilli pendant la nuit contient plus d'acide carbonique que pendant le jour : 28,91 dans 100000 est la proportion trouvée pour le jour, entre neuf heures du matin et quatre heures du soir; 30,84 est la proportion pour la nuit; il est vrai que plusieurs nuits brumeuses sont comprises dans cette moyenne. Théodore de Saussure, en 1816, et plus récemment M. Boussingault, ont signalé très nettement cette influence du jour et de la nuit. *Cependant, en présence des nombreuses anomalies que présentaient les observations partielles, ce dernier croyait devoir déclarer que, pour admettre cette opinion d'une manière définitive, il convenait d'attendre de nouvelles recherches.* Les résultats publiés aujourd'hui viennent apporter une solution.

L'examen des tableaux montre encore que les maxima observés correspondent à des temps de *brouillard* ou de *brume*. Douze expériences faites dans ces conditions ont donné une moyenne de 31,66 pour 100000; le maximum absolu 34,15 a été obtenu le 3 septembre 1879, par un brouillard intense. La vapeur *vésiculaire* qui constitue le *brouillard* peut donc condenser une petite proportion d'acide carbonique dans un volume déterminé d'air; mais cependant je n'ai pu trouver aucune relation à établir entre l'état hygrométrique de l'atmosphère et la proportion de gaz carbonique.

Le poids de l'eau, en vapeur, dans 1 mètre cube d'air, a varié entre 4gr,215 (12 novembre) et 16gr,552 (11 août), la moyenne générale étant de 10gr,135 pour 1 mètre cube.

SUR QUELQUES EFFETS NUTRITIFS DES ALCALINS A DOSES MODÉRÉES, D'APRÈS L'EXPÉRIMENTATION SUR L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ. Mémoire de MM. *Martin-Damourette* et *Hyades*. — Les modifications produites par le régime alcalin sur l'homme sain ont été les suivantes :

1° *La quantité de l'urine* a augmenté et *sa densité a diminué*, excepté chez le sujet de la première observation, où elle s'est accrue. 2° *Le chiffre de l'urée* a augmenté chez les quatre sujets : de 5,62 pour 100 chez le premier sujet; de 8,40 pour 100 chez le deuxième; de 29,21 pour 100 chez le troisième; enfin de 88,23 pour 100 chez le quatrième. 3° *L'acide urique a considérablement diminué* dans tous les cas : de 24,63 pour 100 chez le premier sujet; de 4,68 pour 100 chez le deuxième; de 23,31 pour 100 chez le troisième, et enfin de 31,26 pour 100 chez le quatrième. 4° Chez les sujets sur lesquels l'hématimétrie fut pratiquée pendant l'état physiologique et l'état expérimental, il y eut, sous l'influence des alcalins, une augmentation du chiffre des globules rouges du sang, qui montèrent de 4960000 à 5419000 chez le premier sujet, et de 4278000 à 5084000 chez le troisième.

Les principales conclusions qui ressortent de ces expériences physiologiques sont les suivantes :

a. Les alcalins sont des *agents trophiques* aux doses modérées où nous les avons expérimentés. Ils activent la nutrition en la perfectionnant dans toute la série des actes qui la constituent, et notamment ils élèvent le chiffre des globules sanguins et favorisent la désassimilation, comme l'attestent l'augmentation de l'urée et la diminution de l'acide urique des urines.

b. Le second fait à signaler, c'est l'énorme diminution de l'acide urique des urines sous l'influence de l'eau de Vichy, même à la faible dose d'une demi-bouteille par jour, et comme, d'autre part, l'eau alcaline augmente les urines et assure l'élimination des urates, on comprend le rôle des alcalins comme préventifs des attaques de goutte et de gravelle, lorsqu'on sait y recourir en temps opportun. (Renvoi au concours des prix de médecine et chirurgie.)

SUR QUELQUES-UNES DES CONDITIONS DE L'EXCITABILITÉ CORTICALE. Note de M. *Couty*. — Sur les singes légèrement anesthésiés, la simple mise à nu d'un des côtés du cerveau, suivie d'excitations diverses de la zone fronto-pariétale, a toujours suffi pour produire un abaissement considérable de la température du corps. Cet abaissement progressif, d'abord assez lent, puis plus rapide, atteint son maximum au bout de deux à cinq heures. Il peut ensuite diminuer et même faire place peu à peu à un phénomène inverse; mais dans la plupart de mes expériences, au moins pour celles qui regardent le singe, l'animal a succombé pendant cette première période. Au moment de la mort, qui est produite par l'arrêt des mouvements cardiaques et respiratoires, au lieu de 37°,9 à 39 degrés, chiffres normaux, le thermomètre placé dans le rectum indiquait des températures variant entre 34 et 29 degrés, et même, dans deux cas, 26 degrés et 25°,4. Ce refroidissement primitif des grands traumatismes nerveux peut donc exister sur un animal très élevé, comme le singe, à la suite de lésions corticales fort minimes.

Au début du refroidissement, toutes les fonctions paraissent d'abord rester intactes, et l'animal est seulement un peu affaibli et apathique; puis la circulation se modifie et le pouls cesse d'être sensible; à peu près en même temps le cerveau perd toutes ses fonctions, et l'animal, étendu dans des positions diverses, immobilisé dans une sorte de coma, est incapable de tout mouvement véritablement spontané; mais il réagit encore si on l'excite, et il exécute même alors des mouvements coordonnés de phonation, de marche, de défense. Plus tard, cette excitabilité finit par diminuer, quelquefois assez rapidement.

L'auteur a cherché ce que devenait l'excitabilité corticale pendant la succession de tous ces phénomènes. En la mesurant à l'aide du chariot de du Bois-Reymond, il a toujours vu qu'elle restait normale ou à peine diminuée sur des singes déjà refroidis de plusieurs degrés, plongés dans le coma et sans mouvements spontanés; un peu plus tard, quand le pouls était insensible, quand un thermomètre enfoncé dans la pulpe cérébrale marquait 34°,30, quand l'excision de l'écorce corticale donnait à peine quelques gouttes de sang, les effets de la faradisation corticale persistaient encore, quoique diminués, avec tous leurs caractères.

ANESTHÉSIE LOCALE ET GÉNÉRALE PRODUITE PAR LE BROMURE D'ÉTHYLE. Note de M. *Terrillon*. — (Nous reviendrons sur cette question et sur ces expériences.)

DES VARIATIONS DE L'URÉE DANS L'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE. Note de M. *Thibaut*. — Voici un résumé des résultats obtenus, d'après onze expériences, toutes concordantes :

La quantité d'urée dans les urines suit une courbe descendante d'abord, puis ascendante, pour diminuer finalement d'une façon considérable. Ainsi, dans une de nos observations, nous trouvons 15gr,66 d'urée par jour au début; on tombe ensuite à 5gr,77, pour remonter à 11gr,59 et retomber ensuite à 20 centigrammes. A mesure que l'urée diminue dans les urines, elle augmente dans le sang. Ainsi nous voyons, en prenant une de nos observations pour exemple, le sang de l'animal contenir, avant l'injection du phosphore, 225 milligrammes d'urée par litre, et à la mort en contenir 2gr,20. Après la mort, nous avons trouvé une dégénérescence graisseuse plus ou moins prononcée du foie, des reins et même des

muscles. D'autre part, le dosage de l'urée dans le foie a montré que sa proportion était augmentée. Ainsi le foie, qui contient à l'état normal, à jeun ou en digestion, de 15 à 38 centigrammes environ d'urée pour 1000, peut en contenir, après l'intoxication par le phosphore, jusqu'à 938 milligrammes dans certains cas. Les muscles, où la présence de l'urée est douteuse à l'état normal, en renferment 1gr,50 pour 1000. Le cerveau lui-même, où l'on ne rencontre que de petites quantités d'urée, en contient jusqu'à 1gr,02 pour 1000. En présence de ces faits, il m'a semblé qu'on pouvait expliquer par des accidents urémiques la mort dans certains cas d'empoisonnement lent par le phosphore. Tout nous pousse à admettre cette hypothèse : l'abaissement de la température, la similitude des accidents terminaux, tantôt convulsifs, tantôt comateux. Dans certains cas, c'est la diarrhée; dans d'autres, ce sont les vomissements qui dominent la scène. Enfin, conformément aux expériences de MM. Morat et Ortille, nous avons trouvé l'ammoniaque en plus grande quantité dans le liquide intestinal que dans le sang. L'état anatomo-pathologique des reins arrivés au dernier état de la stéatose est un obstacle au fonctionnement régulier de ces organes. Les urines, alors, ne sont plus excrétées qu'en faible proportion; l'urée et tous les composés organiques de l'urine s'accumulent dans l'organisme, où nous les retrouvons...

Nous nous croyons autorisé à en tirer des conclusions relatives à l'hypothèse qui place dans le foie le foyer principal de la production de l'urée. Nous avons d'abord constaté le peu de différence qu'il y a entre le sang de la veine porte et celui de la veine sus-hépatique sous le rapport de l'urée contenue dans le sang (1 à 2 centigrammes au plus). Nous avons vu, en outre, que la quantité d'urée contenue dans le foie est toujours inférieure à celle du sang, soit à l'état normal, soit à l'état toxique. De plus, la diminution de l'urée dans les urines à la suite des empoisonnements lents par le phosphore n'a pas pour cause unique et principale l'altération du foie, car nous avons vu que c'est surtout à l'état des reins qu'il faut l'attribuer. Nous croyons donc pouvoir légitimement conclure que le foie n'est pas l'unique foyer de production de l'urée dans l'organisme, mais que ce corps se produit un peu partout dans l'économie.

Académie de médecine

SÉANCE DU 25 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur Lambron, qui se porte candidat au titre de membre correspondant national.

M. *Lasègue* présente, au nom de M. le docteur Duguet, une brochure dans laquelle l'auteur démontre que les prétendues taches bleues signalées dans les maladies zymotiques ne sont rien autre chose qu'une affection parasitaire de la peau.

M. *Mialhe* présente à l'Académie un nouvel appareil, dit *uréomètre*, imaginé par M. Maurice de Thierry, pour le dosage rapide de l'urée à l'aide du réactif d'hypobromite de soude. L'appareil se compose d'un tube avec ampoule muni d'un robinet, s'adaptant sur un réservoir qui lui-même est mis en communication, par un tube latéral en caoutchouc, avec une éprouvette pleine d'eau. Cet uréomètre, par sa simplicité et son exactitude, présente plusieurs avantages : il permet d'opérer sur l'eau et à une température constante, d'employer une quantité du liquide à examiner suffisante pour obtenir un résultat aussi exact que possible. Enfin, il peut être facilement agité pour activer la réaction, sans être échauffé par le contact de la main et sans qu'il y ait lieu de craindre une perte de gaz.

M. *Chatin* présente, au nom de M. Hereuard, pharmacien de la maison centrale de Poissy, une note sur le dosage du gluten à l'état sec et à l'état humide, et sur la quantité minima de gluten que doivent contenir les farines suivant le taux du blutage. (Com. MM. Bussy, Bourgoin et Personne.)

M. *Leiter* présente à l'Académie divers appareils destinés à éclairer les cavités du corps humain.

Monument élevé a la mémoire de Hirtz. — M. *H. Roger* donne lecture des paroles qu'il a prononcées au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à la mémoire d'un de ses membres, M. Hirtz.

Ces paroles sont accueillies par de nombreux applaudissements.

Éruptions vaccinales. — M. *Depaul*, n'ayant pu assister à la fin de la dernière séance et corriger son épreuve du *Bulletin de l'Académie*, demande à faire une rectification à l'occasion du procès-verbal. Il rappelle qu'il avait demandé la parole sur deux points : d'abord sur la valeur des cicatrices vaccinales. Il avait dit que ces cicatrices ne présentent aucune garantie contre l'immunité, mais il n'a jamais voulu rien dire contre la vaccine elle-même. Son idée est que l'existence de cicatrices vaccinales ou varioliques prouve bien l'existence antérieure d'une variole ou d'une vaccine, mais elle ne prouve pas que le malade est à l'abri de la variole.

En ce qui concerne les éruptions secondaires, M. Depaul fait remarquer qu'on peut mettre à l'abri de la petite vérole par trois procédés différents : 1° avec le vaccin humain; 2° avec le vaccin de génisse; 3° avec l'inoculation du virus varioleux. Or, on observe très rarement avec le premier procédé des éruptions secondaires; avec le vaccin de génisse elles sont plus fréquentes; enfin, elles existent presque toujours avec le troisième procédé.

— A l'occasion du procès-verbal, M. *Pasteur* fait également quelques observations sur la variole et la vaccine.

L'honorable académicien rappelle d'abord que M. A. de Candolle a émis des considérations identiques à celles de M. Broca, relativement à certaines maladies virulentes. M. Broca a dit que l'immunité relative dont nous jouissons tient probablement à ce que nos ancêtres ont eu la variole, et que nous sommes, par le fait, moins aptes à avoir la maladie.

En ce qui concerne la communauté d'origine de la vaccine et de la variole, M. Pasteur pense qu'il est facile de résoudre cette question en suivant la direction qui l'a conduit à découvrir la vaccine des poules. On sait que ces animaux peuvent être inoculés par un virus qui les préserve de l'affection désignée sous le nom de choléra des poules et qui n'est autre chose qu'une sorte de vaccine.

Relativement à la relation d'origine qui peut exister entre la vaccine et la variole, M. Pasteur fait remarquer que beaucoup de médecins croient à cette relation, tandis que beaucoup de vétérinaires croient que la vaccine et la variole sont absolument distinctes. Ces derniers s'appuient sur les résultats obtenus à Lyon par une commission présidée par M. Chauveau et qui concluait à l'indépendance absolue. Suivant M. Pasteur, la commission de Lyon s'est trop avancée en affirmant cette indépendance; la question est encore indécise, ainsi que le prouvent les faits exposés dans la dernière séance par MM. Depaul et Broca.

M. Pasteur se réfère à ce propos à la maladie du choléra des poules. Le virus de cette maladie est extrêmement énergique, mais il peut être atténué de façon à ne plus tuer. Voilà donc un virus atténué comparable au vaccin dans ses rapports avec la variole. Ne pourrait-on pas admettre que le procédé qu'applique M. Pasteur au virus du choléra des poules pour l'atténuer, pourrait être appliqué au virus vaccinal?

La question ne peut encore être résolue, mais M. Pasteur a entrepris une série d'expériences qui lui permettront probablement de la trancher.

La commission de Lyon a pris une mauvaise direction, parce qu'elle s'est appuyée sur une idée de Jenner relative au *horse-pox;* ce savant a dit qu'on pouvait, en passant par les animaux, modifier le *grease* et le *cow-pox;* mais c'est là une idée préconçue que rien ne justifiait, et il est à regretter que la commission de Lyon ait pris cette idée pour point de départ.

D'après M. Pasteur, la question doit être posée de la façon suivante : *Ne pourrait-on pas établir la relation entre la variole et la vaccine en procédant comme l'a fait M. Pasteur, pour établir la relation qui existe entre le virus qui donne le choléra des poules et le virus qui préserve de ce choléra?*

M. *Jules Guérin* dit que M. Pasteur ne paraît pas avoir une notion exacte des travaux faits avant lui. Il résulte de ces travaux que la vaccine n'est autre chose que la variole des animaux transmise à l'homme; les expériences pratiquées depuis des années démontrent ce fait d'une façon incontestable.

M. *Pasteur* répond que l'assertion de M. *Guérin* est absolument contestable; il a étudié la question avec le plus grand soin et il ne lui paraît pas prouvé que la vaccine soit la variole des animaux transmise à l'homme.

M. *Blot* dit que, si M. Pasteur veut s'éclairer sur cette question, il n'a qu'à consulter les mémoires dans lesquels sont consignées les expériences de l'Académie.

Lorsque l'erreur relative à la nature de la maladie désignée sous le nom d'*eaux aux jambes* a été démontrée, on a pu juger de la nature du *horse-pox* et de la vaccine.

M. Pasteur a probablement tort en généralisant tous les virus et en confondant dans une même étude le *horse-pox*, le *cow-pox* et même le virus du choléra des poules.

M. *Pasteur* dit qu'il n'a pas été compris. L'origine de la variole est inconnue; mais ce qu'il importe de rechercher, c'est s'il existe une certaine relation d'origine entre la variole et la vaccine. Il n'y a aucune preuve qui démontre la relation ou l'indépendance d'origine de ces deux virus.

M. *Depaul* remarque que M. Pasteur ne tient pas assez compte des faits cliniques et ne s'en rapporte qu'à ses expériences de cabinet; c'est là un tort, car les faits observés dans la pratique par les médecins et les vétérinaires ont bien leur importance. Jusqu'à présent, en ce qui concerne la variole et la vaccine, l'observation médicale a eu plus d'importance que les expériences des laboratoires.

M. Pasteur a découvert un microzoaire qui est la cause du choléra des poules, mais où est la preuve que ces microzoaires sont la cause et non l'effet de la maladie?

Plusieurs membres demandent encore la parole sur cette même question. M. *le Président* prie l'Académie de remettre la discussion à une autre séance, afin de permettre la lecture de deux rapports de prix qui doit avoir lieu en comité secret.

Après quelques observations échangées entre M. Jules Guérin, Blot et Pasteur, l'Académie décide qu'elle remettra cette discussion à une autre séance.

Traitement du genu valgum chez l'adulte, par l'ostéotomie extra-articulaire. — M. le docteur *Jules Bœckel* (de Strasbourg) a déjà démontré dans un travail antérieur l'innocuité absolue de l'ostéotomie chez l'enfant: 182 opérations pour incurvations rachitiques ont donné 182 succès. Chez l'adulte l'ostéotomie est plus grave, bien que la mortalité soit loin d'être exagérée. M. Bœckel a relevé 226 cas qui ont donné 5 morts, soit 2,2 pour 100 de mortalité. Il est à remarquer toutefois que cette opération a entraîné un certain nombre d'accidents redoutables (1 ostéomyélite, 5 ankyloses du genou, 3 arthrites suppurées graves).

L'ostéotomie chez l'adulte est donc, somme toute, une opération d'une certaine gravité; malgré la sécurité que donne le pansement de Lister, l'auteur est d'avis qu'il ne faut point en abuser.

Chez l'enfant et l'adolescent, les appareils ou le procédé de Delore mènent souvent au but. Quant à l'appareil de M. Collin, il est le premier à en reconnaître les avantages chez l'enfant et l'adolescent; il serait tout disposé à s'en servir chez l'adulte, s'il était sûr de pouvoir redresser des sujets de vingt ans et plus; sinon il pratiquerait l'ostéotomie du fémur ou du tibia, qu'il considère comme moins redoutable que l'ostéo-arthrotomie d'Opton.

Ces quelques réflexions ont inspiré la ligne de conduite de M. Bœckel dans les trois cas suivants:

Obs. I et II. — Sujet de vingt-deux ans, genou *valgum* gauche, dont l'angle mesure 140 degrés; le sinus, 12 centimètres 1/2; distance de la malléole interne à une attelle plane le long de la face interne de la cuisse, 18 centimètres. Genou *varum* droit; sinus de l'angle, 9 centimètres; double ostéotomie cunéiforme à gauche, linéaire à droite à quinze jours d'intervalle. Guérison sans suppuration, consolidation des côtés au bout de trois mois; redressement parfait; claudication à peine sensible.

Obs. III. — H..., âgé de vingt-huit ans, *genu valgum;* le sinus de l'angle mesure 14 cent. 1/2; écartement des malléoles, 18 centimètres; ostéotomie *cunéiforme* totale du tibia le 20 décembre 1879. Le 10 janvier, appareil plâtré circulaire; le 10 février (cinquantième jour) consolidation parfaite; au bout de deux mois formation d'un petit abcès qui donne issue à une esquille grosse comme une tête d'épingle, cicatrisation en quelques jours. Le redressement est aussi parfait que possible; le malade rapproche les malléoles. La démarche est ferme et assurée. A repris ses travaux habituels depuis le 10 mai.

Kystes hydatiques du foie. — M. *Féréol* donne lecture d'une observation de kyste hydatique du foie ouvert dans le péritoine. La guérison a été obtenue à l'aide de lavages intra-péritonéaux répétés deux fois par jour pendant plus de deux mois. Les membranes hydatiques ont été extraites au moyen d'une grosse canule en gomme élastique percée d'une seule ouverture latérale très grande, dans laquelle ces membranes s'engageaient, entraînées par le courant de l'injection à sa sortie. Il existait une fistule biliaire intra-péritonéale qui s'est fermée au cours du traitement. La malade a guéri en conservant jusqu'à présent une fistule abdominale (non biliaire) qu'on peut espérer encore voir se fermer.

A propos de cette observation, M. Féréol étudie les diverses conditions dans lesquelles peut se faire la rupture des kystes hydatiques dans le péritoine, et pose les conclusions suivantes:

La rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques n'est pas aussi fatalement mortelle qu'on le croyait chez nous il y a peu de temps encore. Les médecins scandinaves diagnostiquent cette rupture dans un grand nombre de cas où nous ne la soupçonnons pas, cas bénins et légers où la péritonite et l'ascite font défaut, et dont le seul symptôme est l'apparition d'une urticaire fugace.

En outre, il est des cas où la rupture s'annonce par des phénomènes inflammatoires plus ou moins accusés, quelquefois même graves tout d'abord, mais qui se calment ensuite, et sont compatibles soit avec une guérison entièrement spontanée, soit avec un traitement chirurgical qui offre des chances sérieuses de succès.

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire quelles sont les conditions qui déterminent la bénignité absolue, la gravité extrême, ou la gravité atténuée de ces trois catégories de cas; mais les notions suivantes semblent acquises dès aujourd'hui:

1° La suppuration préalable du kyste amène, en cas de rupture, une péritonite rapidement mortelle, à moins peut-être que le péritoine ne soit déjà cloisonné par des adhérences qui limitent son inflammation.

2° La pénétration dans le péritoine d'un liquide limpide et frais, qui paraît inoffensive dans certains cas, a, dans d'autres cas, été suivie d'accidents rapidement mortels (obs. de Moissenet, Pidoux, Goyraud d'Aix), sans que nous puissions préciser les raisons de ces différences.

3° La présence d'hydatides tombées vivantes dans le péritoine est moins dangereuse que celle d'hydatides mortes; la guérison spontanée est possible dans le premier cas (obs. de Rendu).

4° Dans le cas où les accidents immédiats de la rupture sont peu graves, ou se modèrent, et où cependant il se produit une ascite, on devra intervenir si cette ascite n'a pas de tendance à se résorber. La ponction simple peut suffire à procurer la guérison (Fœrster, Potain). Si ce moyen échoue, il faut évacuer le plus tôt possible les corps étrangers contenus dans le péritoine. On peut y parvenir en établissant une ouverture à l'abdomen avec un gros trocart, et en pratiquant deux fois par jour, à l'aide du tube-siphon de Fauchet,

des lavages péritonéaux au moyen d'une grosse canule présentant une large ouverture latérale où les membranes puissent s'engager. M. Féréol espère que ce procédé, dont il croit avoir l'initiative, pourra être employé non seulement dans des cas de rupture intra-péritonéale de kystes hydatiques, mais encore dans certaines péritonites limitées.

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Hernie étranglée, inutilité du taxis, kélotomie, guérison. — Corps étrangers de l'œsophage. — Concrétions muqueuses des fosses nasales.

M. *Terrier* fait un rapport sur une observation de M. *Cabadé*. Un homme affecté d'une hernie inguinale depuis longtemps quitta son bandage, et fut pris bientôt d'accidents d'étranglement. Le taxis, mis en pratique plusieurs fois dans les quarante-huit heures, n'amena qu'une réduction incomplète. Au troisième jour, M. Cabadé fut appelé et constata que la tumeur scrotale ne s'accompagnait pas de symptômes généraux très graves ; il fit aussi le taxis, sans succès.

La nuit suivante, le malade eut un vomissement, des hoquets, des coliques ; le lendemain la kélotomie fut pratiquée quatre-vingt-seize heures après le début des accidents. Le sac très épais contenait de la sérosité sanguinolente, l'anse intestinale était congestionnée, ne renfermant pas de gaz, mais des matières liquides. Débridement ; guérison.

Les caractères de l'étranglement n'étaient pas francs ; c'est ce qui fit retarder l'opération. Etant donnée une hernie devenue brusquement irréductible, il faut tenter la réduction, dit M. Terrier, et ne pas quitter le malade avant que la hernie ne soit réduite soit par le taxis, soit par une opération.

M. *Després* indique quelques signes qui permettent de diagnostiquer l'épiplocèle. La corde épiploïque signalée par Malgaigne manque souvent. M. Després a diagnostiqué quatre hernies épiploïques étranglées aux symptômes suivants : ballonnement du ventre ; pas de vomissements fécaloïdes ; sortie des gaz par l'anus.

M. *Terrier*. M. Després est sûr de diagnostiquer l'épiplocèle, mais il faut qu'il attende au quatrième ou au cinquième jour pour constater la présence ou l'absence des vomissements fécaloïdes, et l'issue des gaz par l'anus ; mais au quatrième jour l'intestin, s'il est dans le sac herniaire, sera singulièrement malade.

— M. *Lannelongue* fait une communication sur les corps étrangers de l'œsophage. Depuis trois ans il a observé, à l'hôpital Sainte-Eugénie ou en ville, dix-huit exemples de corps étrangers de l'œsophage. Sur ce nombre, 13 pièces de monnaie dont 12 de 5 centimes et une de 2 francs ; en outre, une petite assiette en zinc de ménage d'enfant, des boutons, une petite bouteille contenant du curaçao. Les enfants avaient de dix-huit mois à six ans et demi.

Ordinairement, ce n'est que quand les accidents arrivent que les enfants finissent par avouer qu'ils ont avalé un corps étranger : difficulté de la respiration, de la déglutition, de la phonation. Les corps étrangers ont séjourné jusqu'à huit ou dix jours dans l'œsophage.

Pour acquérir une certitude, il faut explorer le pharynx avec le doigt ; le laryngoscope n'est guère applicable. Le doigt arrive jusqu'à l'orifice supérieur de l'œsophage ; si on ne trouve rien, il faut explorer l'œsophage. L'olive peut parcourir ce conduit et ne rien rencontrer, et le corps étranger peut s'y trouver cependant. Le tambour que M. Collin a adapté à son explorateur pourra rendre des services ; si les corps étrangers sont enduits d'une couche d'aliments, le choc est difficilement perçu. M. Lannelongue préfère le panier de de Graefe ; il donne la perception du choc comme l'olive et on a la chance d'accrocher le corps étranger.

Toutes les pièces de monnaie ont été enlevées facilement avec le panier de de Graefe ; pour les assiettes en zinc des petits ménages, cet instrument a échoué. Un enfant de cinq ans avait avalé une de ces assiettes ; l'olive ne donna aucune indication ; le panier accrocha l'assiette et ne put l'amener ; une hémorrhagie considérable survint. Le lendemain, M. Lannelongue touche le corps avec une pince courbe et ne peut l'extraire. Il le déplace, puis il passe l'éponge et le balai anglais et finit par ramener le corps étranger.

Une bouteille de 4 centimètres de hauteur a été avalée par une petite fille de six ans et demi ; l'exploration de l'œsophage faite avec précaution ne décèle rien. Au bout de trois jours le corps étranger fut rendu dans les selles.

Chez les adultes, M. Lannelongue n'a observé qu'un cas de corps étranger de l'œsophage, et un cas de simulation. En arrivant à l'hospice de Bicêtre, M. Lannelongue fut demandé pour voir un militaire qui avait avalé un oignon ; cet homme suffoquait ; M. Lannelongue prit un brise-pierres, brisa l'oignon qui fut rendu en plusieurs morceaux.

M. Monneret pria M. Lannelongue de voir une femme qui avait avalé, disait-elle, une épingle trois semaines auparavant. Le chirurgien ne trouvait rien, et la malade était très désolée ; M. Lannelongue simula l'extraction d'une épingle ; guérison complète.

M. *Després* a vu un enfant qui avait avalé un sou ; il conseilla d'attendre ; quatre jours après le sou était retrouvé dans les selles.

— M. *le Président* déclare vacante une place de membre titulaire ; les candidats sont invités à envoyer une nouvelle lettre de candidature.

— M. *Vérité* présente des concrétions muqueuses qui proviennent de trois malades différents. Ces concrétions se sont formées dans la partie postérieure des fosses nasales. (M. Duplay, rapporteur).

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Transmission de la gale du chat au cheval : M. Mégnin. — Structure et mouvements de l'amnios : M. Mathias-Duval. — Diagnostic du cancer de l'estomac : M. Leven. — Pièce de cuivre avalée : M. Galippe. — Du carbonate de chaux dans le sang de l'hélix : M. Louge.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Mégnin* demande à faire quelques réserves au sujet de l'identité établie par M. Trasbot entre le *horse-pox* et la gourme des chevaux.

M. *Mégnin* fait ensuite une communication sur deux cas de gale contractés par des chevaux au contact d'un chat atteint de cette affection. Les mêmes acariens ont été retrouvés chez les premiers et chez le second. Ces parasites semblent vivre surtout chez les rats d'égout ; de là ils se transmettent au chat, quelquefois au chien, rarement au cheval, exceptionnellement à l'homme, où ils déterminent une gale particulière qui peut guérir spontanément ou par des traitements très simples.

— M. *Mathias-Duval* a pu voir sur des œufs de fauvette et de rossignol encore intacts les mouvements de l'amnios que M. Vulpian a depuis longtemps étudiés sur des œufs ouverts. La coquille mince de ces petits œufs permet d'apercevoir ces sortes de palpitations par transparence à la lumière d'une bougie. On sait du reste que l'amnios des oiseaux contient des fibres lisses très faciles à découvrir, tandis que celui des mammifères n'en contient pas. Serait-ce parce que chez ces

derniers, le *brassement* de l'embryon s'effectuerait par un autre mécanisme : contractures utérines ou oscillations respiratoires de l'abdomen? Les fibres musculaires de l'amnios ne paraissent pas recevoir de filets nerveux ; mais on sait, d'après les travaux récents de M. Ranvier, que plus d'une fibre musculaire peut présenter des contractions rhythmiques sans l'intervention du système nerveux. Au sujet du développement de l'allantoïde, M. Duval croit qu'elle se développe, non point, comme on le disait, entre les deux feuillets de la vésicule ombilicale, mais entre l'albumine et la coquille.

— M. *Leven*. Chez les malades atteints de vomissements opiniâtres, le diagnostic entre le cancer et la dilatation simple de l'estomac ne peut se faire que par l'application du précepte thérapeutique suivant: Donner une seule fois par jour des aliments solides. Si les vomissements s'arrêtent dans un délai de six à sept jours au maximum, ce n'est pas un cancer : c'en est un, dans le cas contraire. M. Leven cite à l'appui de son opinion deux cas où la suppression des vomissements a permis d'écarter le diagnostic de cancer. Il n'y a eu dans aucun d'eux de vérification anatomique ultérieure.

— M. *Galippe* présente une pièce de dix centimes qu'un jeune enfant a avalée, et qu'il a rendue quelques jours après en allant à la selle.

— M. *Pouchet*, au nom de M. Louge, présente une note sur l'état du carbonate de chaux dans le sang de l'hélix; ce sel y est tenu en suspension à l'état de particules solides, que l'on retrouve entraînées avec l'albumine, quand on coagule cette dernière.

X. Arnozan.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 12 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Du traitement de la diphthérie: MM. Vidal, Constantin Paul, Dujardin-Beaumetz, Féréol, et Edouard Labbée.

M. *Vidal* admet l'importance du traitement local de la diphthérie, traitement qui peut, dans une certaine mesure, prévenir la propagation des fausses membranes par auto-inoculation, comme il arrive dans certaines dermatoses communes, qui envahissent de proche en proche les surfaces saines de la peau, par suite d'une véritable inoculation des produits de sécrétion. Pour empêcher une semblable inoculation de la diphthérie, M. Vidal emploie depuis longtemps le liquide suivant auquel il doit d'excellents résultats : acide tartrique, 10 grammes; eau distillée de menthe, 25 grammes; glycérine, 15 grammes.

L'acide tartrique est ici l'agent actif, il réduit la fausse membrane à l'état gélatineux, ainsi qu'on peut le voir dans quelques échantillons présentés par M. Vidal. Des fausses membranes diphthériques épaisses ont été plongées dans le topique indiqué ci-dessous, et l'on peut s'assurer qu'elles forment une simple masse pulpeuse. En quelques heures, elles disparaissent et subissent cette transformation.

L'effet n'est pas différent, qu'on applique le topique de M. Vidal directement dans la gorge sur la fausse membrane, ou bien qu'on place celle-ci dans un verre à expérience en contact avec ce même liquide. L'acide tartrique est le plus actif des agents expérimentés par M. Vidal : il est en même temps inoffensif, aussi n'hésite-t-il pas à s'en servir dans tous les cas de diphthérie pharyngienne, sans négliger pourtant le traitement général auquel il accorde une importance prépondérante.

M. *Constantin Paul* rappelle que, parmi les médicaments expérimentés contre la fausse membrane diphthéritique, deux se sont montrés particulièrement actifs, ce sont l'eau de chaux et l'acide lactique.

M. *Vidal* a essayé l'acide lactique sans succès. Sans doute, cet agent peut dissoudre facilement la fausse membrane dans un verre à expérience, mais il réussit mal quand on l'applique sur les fausses membranes de la gorge. C'est précisément cet insuccès qui l'a décidé à essayer le jus de citron d'abord, et ensuite son principe actif l'acide tartrique.

M. *Féréol* a étudié récemment l'action d'un médicament très vanté par les homéopathes, l'eau bromée qui vient d'être l'objet d'un travail de l'un d'eux. Il ne s'agit dans l'espèce de rien moins qu'une dilution homéopathique, l'eau bromée est au 100e : eau distillée, 99 grammes; brome, 1 gramme; par conséquent d'une énergie réelle. On doit ajouter 3 à 4 grammes de bromure de potassium pour obtenir une bonne solution. L'eau bromée est administrée à l'intérieur d'heure en heure dans l'angine couenneuse, de quart d'heure en quart d'heure dans le croup, à la dose de quelques gouttes. En outre les patients doivent se gargariser souvent avec de l'eau vinaigrée et salée et rester à la diète absolue pendant la première partie du traitement. Près du malade on place enfin une soucope remplie d'eau bromée.

M. Féréol a étudié ce traitement dans deux cas, non pas dans toute sa rigueur, car la diète qu'il exige l'effraie ; dans l'un des deux cas, il s'agissait d'une malade atteinte d'angine couenneuse bénigne, n'ayant qu'une fièvre légère, et n'offrant pas de ganglions engorgés. Au bout de douze heures les fausses membranes avaient disparues. La malade guérit, mais elle aurait guéri par tout autre méthode. Dans l'autre observation l'issue a été funeste. La malade était une jeune fille de douze ans, affectée d'angine maligne avec fièvre intense et mauvais état général. L'effet thérapeutique de l'eau bromée fut ici parfaitement nul : l'enfant succomba rapidement.

M. *Édouard Labbé* considère le traitement local comme obligatoire dans la diphthérie, et il pense que nul ne peut contredire cette opinion. Cependant il faut instituer le traitement local avec prudence, le rendre aussi doux que possible et bannir ces procédés violents qu'on emploie trop souvent. Beaucoup de praticiens, en effet, n'hesitent pas à se servir de caustiques violents, détruisant à la fois la fausse membrane et la muqueuse sous-jacente. C'est là un procédé à la fois barbare et funeste, car toutes les fois que la muqueuse est dénudée, elle est envahie immédiatement par la fausse membrane. M. Labbé a eu à traiter dans son service deux jeunes externes des hôpitaux affectés d'angine couenneuse de même gravité. L'un avait été fortement cautérisé, l'autre n'avait subi que des cautérisations fort douces. Eh bien, le second a guéri beaucoup plus rapidement que le premier.

Le topique de M. Vidal est évidemment du nombre des topiques les plus inoffensifs, toutefois on peut lui rapprocher de n'agir que lentement au bout d'une heure ou plus. Jusqu'à nouvel ordre, il lui préfère le bicarbonate de soude ou le borax, modificateurs très doux, qui n'altèrent pas la muqueuse. Quant à la diète, elle n'est nullement indiquée, il est bon, au contraire, dans cette maladie, de donner aux malades des stimulants, l'eau-de-vie, les alcools en général.

M. *Constantin Paul* a étudié, il n'y a pas très longtemps, un traitement, vanté quelquefois dans la diphthérie, l'inhalations de vapeur d'acide fluorhydrique. C'était chez une fillette de trois ans qui paraissait atteinte d'angine bénigne. Tout d'abord il donna du cubèbe et fit dans la gorge des attouchements avec de l'eau de chaux. Malheureusement, l'enfant devint insupportable, se refusa aux cautérisations, ne voulut plus prendre son médicament, de sorte qu'on se trouvait tout à fait désarmé. M. Henri Bergeron proposa alors des inhalations fluorhydriques, qui furent acceptées. Elles ont un inconvénient pour les glaces de l'appartement, mais en couvrant celles-ci d'un voile épais, on les protége suffisamment. Voici comment on procéda. On plaça sur la table du nuit, à la tête du lit, une capsule de plomb, et dans cette capsule on mit un mélange d'acide sulfurique et de fluorure de calcium. La capsule fut légèrement chauffée avec une lampe à alcool et

l'on dut remuer le mélange de temps en temps avec une baguette de plomb. Le dégagement des vapeurs d'acide fluorhydrique ne tarda pas à s'opérer, vapeurs irritantes et âcres. La capsule était à environ 30 ou 40 centimètres des voies respiratoires de l'enfant.

Les inhalations continuaient nuit et jour: le troisième jour les fausses membranes avaient disparu. On avait soutenu l'enfant avec quelques aliments. Le procédé est au moins commode pour la médecine infantile.

M. *Édouard Labbé* rappelle qu'en 1855, Legendre avait proposé les inhalations de vapeurs d'acide chlorhydrique.

M. *Dujardin-Beaumetz* repousse les fumigations d'acide fluorhydrique ou chlorhydrique. Lorsque l'enfant ne veut pas se soumettre au traitement, on peut recourir à l'appareil pulverisateur de Lister qui permet de faire des inhalations médicamenteuses.

M. *Vidal* considère l'acide tartrique, non seulement comme un dissolvant des fauses membranes, mais aussi comme un caustique léger. Il le fait appliquer sous la forme indiquée plus haut toutes les trois heures dans la gorge, et une heure après, il ordonne un badigeonnage avec du jus de citron. Les fausses membranes deviennent molles, se transforment en une bouillie peu épaisse, qui s'enlève facilement avec le pinceau. Comme traitement général, M. Vidal conseille de nourrir l'enfant et de donner des stimulants, alcool, etc.

M. *Cadet de Gassicourt*, croit peu aux vertus des dissolvants des fausses membranes. L'un des meilleurs est à coup sûr l'eau de chaux, mais son efficacité est loin d'être certaine.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action physiologique de l'iodoforme et sa transformation dans l'organisme, par le docteur Hoegyes.

Avec Binz, Hoegyes admet que l'iodoforme à dose toxique produit la dégénérescence graisseuse du foie, du cœur, des reins, et tue avec les symptômes de la paralysie générale ; qu'il narcotise les chiens et les chats, non les lapins et les grenouilles; mais il combat l'hypothèse de Binz, que l'iodoforme arrive dissous par la graisse dans la circulation, que là il se dissocie, d'où la présence d'iode à l'état naissant qui se combine avec l'albumine cellulaire. Dans des expériences sur des lapins et des chats, Hoegyes a constaté que de l'iode métallique ne s'éliminait ni par la peau de l'animal, ni par la surface interne des voies respiratoires; il ne put non plus en constater directement dans le sang. Très probablement l'iodoforme très rapidement forme une combinaison iodalbumineuse, et pénètre dans le sang à l'état d'iodalbumine. D'ailleurs, de l'iodalbumine préparée avec de l'albumine d'œuf salée et de l'iode dissous dans un peu d'iodure de sodium amena de l'assoupissement chez des chiens et des chats, non chez des lapins; chez ces derniers, dégénérescence graisseuse peu marquée du foie et des reins. Une semblable combinaison d'iode et d'albumine se forme, lorsqu'on injecte sous la peau ou dans les cavités séreuses de l'iode dissous dans de l'huile; mais alors ne se produisent que les symptômes de l'intoxication iodique (vomissements et amaigrissement général), et manquent soit l'action narcotique, soit les dégénérescences graisseuses. (*Arch. f. exper. Path.*, X, et *Lyon médical*, janvier 1880.)

Nouveau procédé hémostatique pour la désarticulation de l'épaule, par M. Edwin Maure.

Cette simplification a surtout pour but de remplacer les aides quand ils sont peu habiles ou difficiles à se procurer en nombre suffisant. L'auteur, M. Edwin Maure, a pratiqué deux désarticulations de l'épaule en pourvoyant à l'hémostase de la manière suivante :

On applique d'abord une bande de calicot, de manière à entourer la poitrine et la partie supérieure de l'épaule (au-dessous du moignon) à la façon d'une ligature. Puis on met par-dessus ce bandage un tourniquet, ou plus simplement une bande de caoutchouc; on exerce sur l'artère axillaire une compression assez forte pour y suspendre le cours du sang durant l'opération.

Afin d'empêcher que la corde de caoutchouc ne glisse de la racine vers l'extrémité du membre, un aide la maintient tirée en haut, du côté de la poitrine.

On pourrait même se dispenser de cet aide en ramenant les deux chefs de la corde de caoutchouc et en les nouant sous l'aisselle de l'autre bras. (*The Lancet*, 29 novembre 1879.)

De l'empoisonnement arsenical par un papier de tenture rouge, par le docteur Gaulick.

Les papiers verts, si justement suspects sous ce rapport, ne sont pas les seuls qui méritent d'exciter la défiance des hygiénistes. M. Gaulick a vu deux enfants qui souffraient depuis quelque temps des yeux et des narines, d'insomnie et d'une sorte d'inertie presque continue, troubles de la digestion, flatulence, langue épaisse, selles fétides.

Les deux enfants offrant des symptômes tout pareils, et le docteur apprenant que la famille, à part le père et un enfant, souffrait des mêmes désordres, il pensa à un empoisonnement lent par l'arsenic. Et, en effet, à la visite suivante, sur sa demande, des échantillons de papier de tenture de la chambre lui ayant été apportés, il put par l'analyse constater, sur les parties rouges de ce papier à bon marché la présence d'une notable quantité d'arsenic. Le papier était humide, circonstance qui favorisait l'intoxication.

La mère, en rentrant chez elle, arracha et mit au feu tout le papier. L'inflammation des yeux et des narines fut dès lors rapidement dissipée. Les symptômes dyspeptiques exigèrent plus de temps pour disparaître. (*The Lancet*, 3 janvier, et *Lyon médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des opérations d'urgence, par le docteur E. Thomas, professeur à l'Ecole de médecine de Tours; précédé d'une introduction du professeur Verneuil. 2e édition, revue et augmentée, avec 69 figures dans le texte. — Paris, 1880, V.-A. Delahaye et Cie.

Résumer d'une façon nette les indications des opérations d'urgence; préciser dans un court exposé le meilleur mode opératoire applicable à chaque cas clinique bien défini; insister sur maints détails pratiques que les traités didactiques ne passent que trop souvent sous silence, et dont l'ignorance ou l'oubli peuvent troubler ou arrêter temporairement un opérateur peu exercé ; réunir tous ces documents dans un livre peu volumineux, portatif, facile à consulter, tel était le but qu'à l'instigation du professeur Verneuil, l'auteur de ce livre avait poursuivi. L'honneur d'une réimpression et d'une traduction étrangère a montré qu'il avait atteint honorablement son but.

Son livre est écrit avec méthode, simplicité, précision ;

dégagé de toutes les discussions qui ne peuvent amener qu'indécision dans l'esprit d'un opérateur pris au dépourvu, et faire perdre un temps précieux; cet ensemble de qualités devait le faire apprécier des lecteurs auxquels il s'adressait, c'est-à-dire de cette partie du public médical, au dire de l'auteur, peu au courant de la pratique chirurgicale.

La nouvelle édition ne diffère de la précédente que par quelques retranchements ou additions. Ces dernières sont relatives aux pansements, aux sutures, aux corps étrangers, aux résections, aux abcès.

Après ces quelques indications sur l'ensemble et l'esprit de ce livre, nous croyons devoir en donner une courte analyse, d'autant que nous avons à faire quelques critiques au sujet de certaines pratiques conseillées par l'auteur.

Le premier chapitre est consacré à l'*anesthésie générale et locale*. Dans le deuxième, l'auteur décrit d'une façon minutieuse les *pansements* d'A. Guérin et de Lister. Il donne la préférence, pour la pratique des campagnes, au pansement du chirurgien français sur celui du chirurgien anglais. La facilité qu'on a de se procurer partout les pièces du pansement d'A. Guérin, le peu de surveillance que réclament les blessés pansés de la sorte, sont pour l'auteur les motifs de cette préférence.

Les *sutures* et leur mode d'emploi dans les plaies d'amputation, où elles jouent aujourd'hui un si grand rôle, dans les plaies de la tête, de la face, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, dans les blessures des membres, sont l'objet du troisième chapitre.

Le quatrième, un des plus importants, est consacré aux hémorrhagies et aux opérations que réclament ces terribles complications des plaies. Après avoir indiqué les moyens propres à arrêter les écoulements sanguins des conduits membraneux (fosses nasales, vagin, etc.), l'auteur parle en général des modes de traitement des hémorrhagies des membres, et des moyens à utiliser dans les blessures de chaque segment du corps. Nous nous permettrons quelques observations sur ce point si important de la pratique médico-chirurgicale journalière.

Dans les hémorrhagies de la paume de la main, l'auteur adopte la pratique généralement conseillée, la ligature des deux bouts du vaisseau divisé, achetée même aux dépens de débridements étendus. Mais ses préceptes opératoires pour la recherche des deux arcades ne sont pas heureux, et ils exposeraient à de graves mécomptes ceux qui les suivraient. Nous ne voulons pas insister plus longtemps sur ce point.

Alors que la ligature directe est impossible, et dans les hémorrhagies consécutives, il préconise la ligature isolée ou simultanée des artères de l'avant-bras, ou encore la ligature de l'humérale au pli du coude. Il est regrettable qu'un tel précepte figure dans un semblable livre. La question, en effet, est depuis longtemps déjà résolue d'une façon toute différente. La ligature des artères anti-brachiales, tantôt efficace, tantôt infidèle, est un moyen à rejeter; quant à la ligature du tronc principal du membre, on doit la porter au-dessus de l'origine de la collatérale externe ou humérale profonde, c'est-à-dire *au-dessus* des voies anastomotiques qui, par l'intermédiaire du large réseau du coude, ramènent très rapidement le sang dans le bout inférieur du vaisseau divisé, lorsque, comme le propose l'auteur, on laisse ces voies anastomotiques au-dessus de la ligature.

La même pratique défectueuse est conseillée par l'auteur pour l'arrêt des hémorrhagies de l'avant-bras, alors que la ligature directe est impossible. Dans les plaies de la brachiale, lorsque la ligature directe est reconnue impraticable (ce que nous croyons impossible quant à nous), il conseille de s'éloigner le plus qu'on le peut, dans la ligature à distance, de la collatérale externe, par crainte de nuire à la vitalité de membre. Cette crainte, fort exagérée, l'a amené à conseiller une pratique qui risquerait fort d'être souvent inefficace.

Dans les blessures des deux premières parties de l'axillaire, on voit préconisée la ligature de la sous-clavière, au dehors des scalènes. La facilité de la recherche de ce vaisseau et la conservation des branches de l'acromio-thoracique, branches dont la division lors d'une ligature directe pourrait nuire à la vitalité du membre, sont les raisons qui ont poussé l'auteur à préconiser cette pratique. Il n'est point douteux que la ligature de la sous-clavière ne soit plus facile; mais je le demande, le praticien assez décidé, assez sûr de lui pour faire une ligature de la sous-clavière, ne pourra-t-il pas faire une recherche directe, qui, pour être un peu plus difficile, est aussi infiniment plus sûre au point de vue du résultat définitif, ainsi que les faits le démontrent? Quant au danger de la section des branches de l'acromio-thoracique, il est imaginaire et repose sur une erreur anatomique que l'auteur n'a pas été seul à commettre. Ce sont les anastomoses des scapulaires supérieure et postérieure, branches de la sous-clavière, avec la scapulaire inférieure, branche de l'axillaire, qui rétablissent surtout le cours du sang dans le membre supérieur après la ligature de l'axillaire. Or, ces branches, on ne les atteint pas lorsqu'on fait des recherches directes. A supposer que la disposition de la plaie artérielle soit à tel point rapprochée de la scapulaire inférieure qu'elle force à lier ce vaisseau, ce serait là, nous le reconnaissons, une nécessité regrettable; mais combien aussi semblable condition ne rendrait-elle pas aléatoire le succès définitif de la ligature de la sous-clavière! En somme, la ligature directe même dans ces cas est encore préférable à la ligature à distance.

Les hémorrhagies de la plante ne réclament, pour l'auteur, de ligature directe qu'autant que la plaie est suffisamment étendue pour rendre les recherches des plus faciles. Dans les conditions opposées, il conseille, à cause des difficultés des recherches directes, de s'adresser à la compression dans la plaie et, en cas d'insuccès, à la ligature de la tibiale postérieure. L'auteur, qui reproduit textuellement ce qu'il disait dans la première édition de son livre, ne semble pas au courant des travaux originaux et de la découverte des procédés de ligature des artères plantaires qui sont décrits tout au long à l'article Pied du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. La lecture de cet article démontre combien la compression directe, la ligature de la tibiale postérieure et même celle de ce vaisseau et de la pédieuse, sont loin de mériter la confiance qu'on a dans leur succès. Lorsque, dans le cas supposé, on ne s'adresse pas aux ligatures directes, on ne peut compter que sur une ressource, sur la ligature de la fémorale au-dessus de l'origine de la profonde.

A propos des hémorrhagies du membre inférieur, nous répéterons ce que nous avons dit á propos des hémorrhagies du membre supérieur. Lorsqu'on s'adresse á des ligatures du tronc principal, on doit toujours porter le fil au-dessus du tronc collatéral principal, humérale profonde pour le bras, fémorale profonde pour le membre inférieur. Encore sur ce point, nous ne partageons pas les idées de l'auteur opposées à ce précepte.

Nous n'insisterons pas, en raison de l'étendue considérable donnée à cette analyse, sur les chapitres relatifs aux *opérations nécessitées par la suffocation, l'étranglement intestinal et la rétention stercorale* (chap. v et chap. vi); nous dirons seulement que nous aurions voulu voir indiquer par l'auteur le procédé de trachéotomie en un seul temps de Saint-Germain, qui répond à certaines indications, et la laparotomie appliquée aux étranglements intestinaux qui commence à donner des succès.

Le chapitre vii est relatif aux *opérations nécessitées par la rétention d'urine*. L'intervention chirurgicale dans ces cas si graves est bien tracée. Les opérations réclamées *pour l'extraction des corps étrangers* (œil, oreille, pharynx) sont ensuite étudiées.

A propos des *amputations d'urgence*, nous ferons remarquer qu'en ne donnant aux manchettes qu'une longueur égale au rayon du membre, aux deux lambeaux cette même

.ongueur, à un seul lambeau le diamètre, l'auteur n'a pas tenu compte de la rétraction cutanée et musculaire. En suivant ses préceptes, on arriverait à un résultat défectueux. Les amputations circulaires du bras et de la cuisse ne sont pas décrites d'une façon suffisamment méthodique. A propos des amputations du pied, l'auteur ne parle pas de l'amputation des métatarsiens dans la continuité, opération bien plus simple que celle de Lisfranc et préférable à elle à divers points de vue ; il ne signale pas les amputations transversales, à deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire, faites à la scie, sans tenir compte des interlignes. Ces opérations, moins brillantes que les désarticulations, mais d'une extrême simplicité, ne sauraient être trop conseillées, cependant, aux chirurgiens peu exercés. L'amputation de Chopart, dont les résultats sont incertains, est décrite. La sous-astragalienne est laissée à tort de côté. Il en est de même du procédé à lambeau postérieur de Marcellin Duval et de Guyon, que ne peut remplacer avantageusement celui de Voillemier, que l'auteur indique.

Après quelques considérations relatives aux résections, il aborde enfin les questions relatives à l'ouverture des abcès de la main, de l'anus, de l'apophyse mastoïde.

Après ces éloges du début, les critiques de la fin, le lecteur pourrait ne pas conserver une appréciation exacte de la valeur du livre. Nous formulerons la nôtre en disant qu'à côté de quelques oublis et de quelques imperfections, ce livre, le seul que nous possédions en France écrit sur ce cadre et avec cet esprit, renferme en somme beaucoup de bon, et qu'il ne peut, jusqu'à nouvel ordre, qu'être utile aux praticiens, comme il l'a été jusqu'ici.

Dr E. D.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

L'INDEX MEDICUS EN FAILLITE. — LES PREMIÈRES EN CHIRURGIE. — UNE HARDIESSE CHIRURGICALE COURONNÉE DE SUCCÈS. — ŒUVRES PHILANTROPIQUES : LES SECOURS AUX JEUNES AVEUGLES EN ANGLETERRE, L'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DU PROFESSEUR RIZZOLI A BOLOGNE. — LES ALCALOÏDES CADAVÉRIQUES. — UN AVEUGLE QUI DEVIENT BORGNE.

C'est avec une profonde tristesse que nous constatons le peu de succès obtenu par l'*Index medicus*. On se rappelle que cette publication, rédigée par MM. John Billings et Robert Fletcher (de New-York), avait pour but de donner le titre des travaux originaux insérés dans tous les recueils périodiques des deux mondes. L'immense quantité de matériaux qu'il fallait réunir pour publier chaque mois un fascicule de cette nature aurait dû obtenir grâce auprès des médecins qui s'occupent de la littérature qui leur est spéciale, et on aurait pu supposer que les bourses se seraient déliées pour faire bon accueil à l'œuvre de nos laborieux confrères américains. Il n'en a rien été. L'exercice financier de la première année s'est terminé par un déficit notable. Les auteurs, malgré ce peu d'encouragement, ont néanmoins persisté à faire un nouvel essai ; et cette année encore l'*Index medicus* paraîtra dans les mêmes conditions. Nous ne pouvons que supplier les personnes compétentes de faire tous leurs efforts pour augmenter le nombre des abonnés de cette œuvre si utile et si sérieusement faite.

— Le docteur Malacchia de Cristoforis vient de pratiquer en Italie la première ovariotomie normale, dite *opération de Battey*. Cette opération fut nécessitée par des accidents très graves d'hystéro-épilepsie, avec coliques ovariennes, survenant au moment de la période menstruelle, et déterminés par des adhérences anciennes entourant l'ovaire droit et attirant l'utérus de ce côté. Au quatrième jour de l'opération, il n'était survenu rien de fâcheux. Le docteur Cristoforis, qui avait pratiqué, le premier en Lombardie, l'*ovariotomie pour tumeur kystique* (décembre 1867), et amputé, le premier en Italie l'utérus pour *fibro-myôme* (mai 1874), a été encore le premier à exécuter en Italie l'*ovariotomie normale* (avril 1880).

Actuellement, la statistique italienne pour l'ovariotomie en est au chiffre 181. C'est le docteur Peruzzi, chirurgien de l'hôpital de Lugo, qui a exécuté la dernière le 23 avril dernier pour un cystosarcome de l'ovaire droit. Il y avait malheureusement dans le cul-de-sac utéro-rectal une tumeur secondaire, qu'on ne put enlever qu'en partie. La malade, bien que traitée rigoureusement d'après les préceptes de Lister, mourut d'ichorémie le quatrième jour.

— La malade du docteur Mangiagalli, dont nous avons parlé dans notre précédente chronique, et à laquelle on avait enlevé le 25 février, l'utérus et les ovaires après l'opération césarienne, a été présentée le 1er avril, parfaitement guérie, à une commission sanitaire qui a constaté la guérison.

Quelques journaux français ont rapporté l'histoire d'une jeune fille à laquelle le professeur Caselli a enlevé le pharynx, le larynx, les amygdales, une partie de la langue et du palais au moyen de la galvano-caustique thermique. Cette opération, qui a paru plus que douteuse à quelques-uns, est parfaitement authentique. La relation du fait a été lue par le professeur Caselli à la Société médico-chirurgicale de Bologne le 7 décembre dernier. L'auteur a raconté toutes les tentatives qu'il avait faites pour remplacer les parties manquantes dans l'exercice de la respiration, de la déglutition, de la parole, et montré à quels brillants résultats il était parvenu. Les appareils mécaniques, avec lesquelles la jeune fille peut avaler les aliments solides et liquides, sans qu'il s'en échappe par les narines ou qu'il en entre dans la canule respiratoire, respirer librement et parler d'une voix presque intelligible, fireut l'admiration de tous les membres présents.

La Société a voté la médaille d'honneur à l'habile chirurgien, à l'unanimité et par acclamation, dans la séance suivante du 14 décembre.

— Peu de personnes ont plus mérité d'être appelées philanthropes que le docteur Mathias Roth, dont la science est complètement employée à soulager les misères humaines. Un groupe de personnes des deux sexes, animées des mêmes sentiments généreux, se sont réunies sous la direction du docteur Roth, puis sous la présidence de l'amiral Fishbowine, pour améliorer les conditions physiques des aveugles. Des 40 000 de ces malheureux qui existent en Angleterre, à peine un dixième l'est de naissance. L'ignorance des mères, des nourrices, les mauvais soins, l'exposition au froid, à la lumière vive, la mauvaise hygiène des écoles, etc., et, dans la série des causes morbides, la scrofule, la syphilis, les fièvres éruptives, l'ophthalmie granuleuse des écoles, des casernes, etc., entretiennent éternellement cette plaie si grave de la société anglaise.

On a signalé, comme moyen de diminuer ces chiffres si lamentables : de répandre dans toute cette population, petits enfants, mères, infirmières, nourrices, nourrissons, les notions de l'hygiène scolaire et générale, de faire sur ces sujets des leçons orales reproduites par les journaux ; de faire pénétrer partout les notions de l'hygiène professionnelle ; d'instituer des visites domiciliaires, et, enfin, d'imposer aux médecins l'obligation d'étudier plus sérieusement l'oculistique. C'est avec ces éléments et dans ces intentions que s'est constituée sous le patronage du docteur Roth, une *Société pour l'amélioration des conditions physiques des aveugles*.

Le docteur Roth a un digne confrère en Italie. En effet, le monde des pauvres de Bologne est en grande liesse. L'illustre professeur Rizzoli vient de consacrer au soulagement de leurs misères une bonne partie de la fortune gagnée par son habilité chirurgicale. Une somme de deux millions est donnée par lui pour la création d'un Institut orthopédique, où les pauvres malades seront admis et entourés de soins. Bologne, à la nouvelle de cette largesse, fut prise d'une sorte d'enthousiasme qui la porta en foule, sans distinction de partis, vers la demeure de son généreux concitoyen, en ce moment malade et obligé de garder le lit ; une députation des corps constitués fut chargée, au nom de la population entière, de lui témoigner la reconnaissance qu'elle éprouvait pour le bienfait qu'elle lui devait. Rizzoli, après avoir acheté la villa de *S. Michele in Bosco* pour la fondation de l'établissement, a assigné la somme de 35 000 francs pour les réparations, un capital de 50 000 francs pour la fondation de l'institut, plus 600,000 francs pour son entretien. Faisons donc, comme Bologne, des vœux pour le prompt rétablissement de la santé du *Nestor de la chirurgie italienne*, dont la collaboration comme directeur ne pourra être que très utile à la prospérité du nouvel institut. S. M. le roi Humbert s'est associé à la reconnaissance publique en conférant à son éminent sujet le grand cordon de l'ordre de Saint-Maurice.

On sait que plusieurs savants italiens, entre autres les professeurs Selmi et Trottarelli, ont fait dernièrement des études très

remarquables sur les alcaloïdes des cadavres. La découverte de ces substances introduisait dans la médecine légale un nouvel élément de discorde, puisque l'ignorance de leur présence pouvait jusqu'à un certain point faire croire, dans des circonstances données, à un empoisonnement qui n'existait pas. De nouvelles études à ce point de vue spécial étaient donc nécessaires. Un décret royal en date du 14 avril a institué une commission chargée de faire les études et les expériences nécessaires pour établir les éléments propres à fixer d'une manière certaine les preuves de l'empoisonnement en général, et en particulier pour déterminer les caractères différentiels entre les substances toxiques proprement dites et les principes vénéneux qui se développent normalement dans les cadavres.

— Un vieux proverbe dit, en parlant de quelqu'un qui fait une mauvaise affaire : *Changer son cheval borgne contre un aveugle.* Cela se voit; mais d'aveugle devenir borgne, sans une opération habilement faite du moins, le fait est plus rare. C'est donc la rareté de la chose qui nous porte à reproduire le fait suivant :

Un habitant de Linden, comté de Wyoming (Pensylvanie), âgé de cinquante ans, était complètement aveugle depuis l'âge de dix ans; l'œil droit avait été crevé par accident, et l'œil gauche était couvert par une cataracte. Il y a quelques jours, l'aveugle était occupé à tailler des pièces de menu bois, lorsqu'un éclat, sautant, vint le frapper justement à l'œil cataracté. Instinctivement il porta la main sur l'œil pour calmer la douleur. Lorsqu'il la retira, il recula ébloui, effrayé, et tomba en syncope : il y voyait clair! La cataracte avait disparu, et depuis ce jour l'aveugle n'est plus que borgne.

L'histoire ne dit pas si le cristallin cataracté a été abaissé ou extrait ; nous n'essayerons pas de combler cette lacune; mais si nos confrères en ophthalmologie étaient embarrassés pour trouver des sujets d'étude nouveaux, nous appellerions volontiers leur attention sur celui-ci, mis en lumière par le hasard, comme la plupart des grandes découvertes.

Cette histoire, d'ailleurs, vaut celle de l'officier africain, qui, dans un duel furieux, n'arriva, en transperçant la poitrine de son adversaire, qu'à lui ouvrir un abcès du foie.

L. H. Petit.

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ AU PROFESSEUR HIRTZ.

Dimanche dernier, une touchante cérémonie réunissait à Versailles un grand nombre d'anciens confrères, d'élèves et d'amis du professeur Hirtz. On inaugurait au cimetière israélite un monument élevé à la mémoire du regretté médecin de Strasbourg. Ce monument, dû au ciseau du sculpteur Barrias, avait été construit aux frais d'un comité privé auquel s'étaient spontanément adjoints quelques anciens élèves de Hirtz. Après un remarquable discours prononcé par le rabbin de Versailles, qui loua le patriote et sut rappeler les services rendus par Hirtz à la cause israélite en Alsace, M. H. Roger, au nom de l'Académie de médecine, adressa en quelques mots un nouvel et éloquent hommage à son éminent confrère. M. Lereboullet lut ensuite un éloge de la vie scientifique du professeur de Strasbourg. Il s'appliqua à faire ressortir les qualités qui l'avaient mis en relief et lui avaient permis de s'élever peu à peu à la plus haute situation médicale qu'il pouvait ambitionner. La vie de Hirtz a été celle d'un médecin praticien sachant comprendre toutes les obligations qu'impose l'exercice de la profession médicale, tous les sacrifices qu'elle exige, toutes les satisfactions morales qu'elle procure. S'il a connu toutes les luttes, il a goûté toutes les joies que donne aux âmes élevées la conscience du devoir accompli. C'est à cette profession qu'il a dû ses premiers succès; c'est elle qui l'a consolé d'inévitables chagrins. M. Lereboullet n'a donc pas eu de peine à tirer de l'étude de cette vie si utilement remplie un enseignement que devront méditer ceux qui s'efforcent de rabaisser la carrière médicale en ne faisant jamais ressortir que les déboires auxquels elle peut exposer.

Puis M. le docteur Thorens, délégué de l'Association des anciens élèves de Strasbourg, a prononcé quelques paroles émues qui montrent combien était aimé leur savant maître.

Enfin, M. Hirsch, au nom des membres du comité de souscription, et M. le docteur Widal, frère du professeur Hirtz, ont adressé leurs remerciements à tous ceux qui avaient pris part à cette pieuse manifestation.

On aime à voir honorer ainsi publiquement les hommes dont la vie a été consacrée tout entière à l'exercice de la médecine et qui ont su faire respecter tout à la fois leur profession et leur caractère.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE PRATIQUE.

PROJET DE LOI

Portant modifications au chapitre VII du projet de Budget des dépenses du ministère de l'Instruction publique pour 1881, présenté au nom de M. le président Jules Grévy, par M. Jules Ferry et M. Magnin.

Exposé des motifs.

Chapitre VII. — *Faculté de médecine de Paris. Enseignement pratique de l'anatomie pathologique.*

La note préliminaire du projet de Budget portait une demande de crédit de 27 400 fr. pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique pratique dans le laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

La Faculté de médecine de Paris a exprimé le vœu que cet enseignement ne fût pas limité à un seul hôpital, mais pût profiter de tous les laboratoires qui dépendent des cliniques.

Elle a soumis au ministre un projet qui consiste, en substance, à placer l'ensemble des services d'anatomie pathologique pratique sous la haute direction du professeur actuel d'anatomie pathologique, et sous la direction immédiaet d'un *directeur des travaux* ayant un laboratoire spécial, et exerçant de plus une autorité qu'il reste à définir, sur les travaux d'anatomie pathologique dans les autres laboratoires de cliniques.

Le crédit serait réparti ainsi :

Directeur des travaux d'anatomie pathologique	8 000 fr.
Préparateur	1 500 —
Garçon	1 200 —
Frais de cours et de laboratoire (chauffage et éclairage)	5 700 —
Subvention aux divers laboratoires de cliniques pour le service d'anatomie pathologique	5 000 —
Frais de première installation	4 000 —
	25 400 fr.
De plus, il paraîtrait juste en fixant le traitement du *directeur des travaux d'anatomie pathologique* à 8000 fr., de porter au même chiffre le traitement du chef des travaux anatomiques qui a aujourd'hui 6000 fr., soit une augmentation de	2 000 fr.
Total : chiffre égal au crédit demandé.	27 400 fr.

Dans cette nouvelle organisation, le directeur des travaux anatomiques et celui des travaux d'anatomie pathologique auraient le même rang et les mêmes droits dans la Faculté.

— Nous avons parlé à nos lecteurs de l'organisation de congrès spéciaux, dont les premières réunions avaient eu lieu en Amérique, il y a quelques années, à l'occasion du centenaire. Les membres du congrès otologique, qui avait tenu ses séances à New-York en 1876, ont décidé que le deuxième congrès aurait lieu dans la ville où siégerait le congrès ophthalmologique international. Or, comme

ce dernier doit avoir sa session à Milan, du 1er au 4 septembre 1880, il a été décidé que le congrès otologique tiendrait ses séances dans cette même ville, du 6 au 9 septembre.

Dans le but de faciliter la réunion de ce congrès, les membres de la commission permanente ont constitué un comité local, composé de M. le professeur de Rossi (de Rome), et MM. Sapolini et Restelilini (de Milan). Ces honorables confrères se sont empressés de prêter leur concours pour organiser le congrès.

Ceux de nos confrères qui désireraient assister au congrès de Milan et y faire des communications, sont priés d'en informer M. Moos (d'Heidelberg), afin que ces communications puissent figurer dans le programme.

Le comité permanent est ainsi constitué : M. le docteur Voltolini, président; MM. Moos, Politzer et Lœwenberg.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Une assemblée générale extraordinaire aura lieu le vendredi 28 mai, à huit heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président, afin d'examiner les modifications des statuts et du règlement d'administration intérieure, que la commission générale a adoptées dans sa séance du 7 mai. Ces modifications ont pour but : 1° d'affranchir l'Association de l'obligation de tenir à jour fixe son assemblée générale annuelle; 2° de remplacer le secrétaire annuel par un secrétaire général adjoint.

PROCESSIONS DANS LES HOPITAUX.— M. le docteur Bourneville dépose au Conseil municipal (séance du 13 mai) la proposition suivante : « Le Conseil invite l'administration de l'Assistance » publique : 1° à supprimer les processions dans tous les hôpi- » taux et hospices de Paris; 2° à remplacer ces cérémonies par » des soirées amusantes, des concerts ou des représentations théâ- » trales, à l'exemple de ce qui existe à l'étranger et, en particu- » lier, à Londres. »

M. *le directeur de l'Assistance publique* est d'accord avec M. Bourneville sur le fond même de la question. Il ne fait de réserves que sur la nécessité de mettre à la disposition de l'Administration des fonds pour fêtes et cérémonies dans les hospices, lorsque la question aura été étudiée.

La proposition de M. Bourneville, mise aux voix, est adoptée.

BUREAU CENTRAL. — *Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central.*— Le jury est définitivement constitué comme il suit : MM. Panas, président; Cruveilhier, Gillette, Horteloup, Nicaise, Lannelongue et Cornil.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 16 mai 1880, ont été promus ou nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe: M. Allaire (Louis-Victor), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Balley (François), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Josien (Alfred-Henri-Célestin), médecin-major de 2e classe au 18e régiment d'infanterie. — (Choix.) M. Meynier (Joseph-Honoré-Marie), médecin-major de 2e classe au 3e bataillon de chasseurs à pied. — (Ancienneté.) M. Planque (Jules-Alexandre), médecin-major de 2e classe au 13e bataillon de chasseurs à pied.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe: (Ancienneté.) — M. Roqueplo (Antoine-Victor-Henry), pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Chambéry.

EAUX MINÉRALES. — M. le docteur Grimaud, révoqué de ses fonctions de médecin inspecteur des eaux de Barèges, nous prie d'annoncer qu'il continuera néanmoins à passer la saison à cet établissement thermal comme médecin consultant libre.

STATISTIQUE. — Le préfet de la Seine vient de constituer une commission consultative ayant pour objet de donner son avis sur les questions relatives à la statistique municipale de la ville de Paris. Cette commission, placée sous la présidence de M. le préfet de la Seine, est composée ainsi : MM. Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine ; le docteur Bertillon, chef de service de la statistique municipale; Clamageran, conseiller municipal; Levasseur, membre de l'Institut; Loua, chef de la statistique générale de France ; Georges Renaud, directeur de la *Revue internationale de géographie;* A. Chervin, directeur des *Annales de Démographie;* Lepelletier, directeur des affaires départementales de la préfecture de la Seine; docteur Lunier, secrétaire général de la Société de tempérance; docteur Worms, directeur du service des décès; Leroux, chef de division à la préfecture de la Seine; Mothéré, chef de bureau de la statistique municipale. — M. Jacques Bertillon remplira les fonctions de secrétaire.

MORTALITÉ A PARIS (20e semaine, du vendredi 14 au jeudi 20 mai 1880). — Population probable : 1988806 habitants. — Nombre total des décès : 1227, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 49. Variole, 53. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphthérie et croup, 54. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 10. — Affections puerpérales, 15. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire. 193. — Autres tuberculoses, 67. — Autres affections générales, 148. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 112. — Diarrhée infantile et athrepsie, 76. — Autres maladies locales : aiguës, 86; chroniques, 179; douteuses, 65. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes inconnues, 6.

Bilan de la 20e semaine. — Notre mortalité générale reste fort élevée, puisque le contingent de la présente semaine est de 1227 décès, ce qui, rapporté au dernier dénombrement (1876), donnerait une mortalité annuelle de plus de 32 décès par 1000 habitants, mortalité formidable, surtout pour une ville qui ne compte qu'un nombre fort restreint d'enfants du premier âge et de vieillards; les premiers étant envoyés en nourrice, les seconds allant en grand nombre en province... Aussi paraît-il tout à fait vraisemblable que cette augmentation si considérable dans les nombres absolus des décès est due *en partie* à l'accroissement de la population, accroissement certain et dénoncé par beaucoup d'autres faits (notamment par l'accroissement des naissances, par celui des consommations, etc.)... Cependant cet accroissement de la population parisienne, tout certain qu'il soit, est pourtant insuffisant pour expliquer à lui seul l'augmentation des décès, car ceux-ci se sont accrus presque dans le rapport de 2 à 3, et il n'est pas admissible que la population ait augmenté dans le même rapport, et qu'en conséquence Paris compte aujourd'hui deux millions et demi d'habitants.

D'ailleurs nous savons d'autres causes, et fort actives, qui, chaque semaine, augmentent le nombre de nos décès : ce sont les sévices exceptionnels de la variole depuis cinq à six mois, ceux de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, etc. Les voies si diverses qui, dans une grande cité, sont toujours ouvertes à la diffusion des contages et par suite à la propagation des maladies épidémiques, suffisent sans doute pour expliquer (fort vaguement, il est vrai) la persistance de ces épidémies. C'est surtout par le fait de ces maladies épidémiques que, contrairement à ce qui était heureusement de règle à Paris, on a pu remarquer ce fait anormal que, depuis le commencement de l'année au moins, *nos décès surpassent constamment nos naissances!* C'est là un état grave qui dure déjà depuis au moins cinq mois...

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 3 juin 1880.

Académie de médecine : LE CHOLÉRA DES POULES.

A la dernière séance de l'Académie de médecine, on s'attendait à une joute assez vive entre M. Pasteur et ses contradicteurs habituels. On remarquait même sur les bancs réservés au public quelques personnes étrangères à la médecine. L'illustre expérimentateur devait lire un mémoire sur le choléra des poules en donnant, à l'aide d'appareils, l'explication technique de ses nouvelles expériences. Mais M. le président ayant rappelé les exigences d'un ordre du jour très chargé et devenu urgent aux approches de la séance annuelle, le mémoire a été simplement déposé à la tribune, et tubes et flacons emportés dans la bibliothèque. On avait donc passé à un autre sujet, quand M. H. Bouley, faisant remarquer la perte de temps et l'embarras qu'entraînent la préparation et le transport d'appareils à expériences, eut la bonne pensée de demander et la chance d'obtenir, au profit de M. Pasteur, quelques minutes à consacrer uniquement à la partie expérimentale de la communication projetée.

Rien de plus frappant, à notre avis, et de plus décisif. Et néanmoins il paraît que tout le monde n'en a pas jugé ainsi. M. J. Guérin, en particulier, à la demande de M. Pasteur : Est-on convaincu ? a répondu d'une voix haute : Non! et M. Depaul semblait disposé à appuyer son collègue. Dès lors on est forcé de se demander s'il n'y a pas ici quelque malentendu. Non convaincus... de quoi? La signification directe des expériences est d'une évidence absolue. Du bouillon pur injecté sous la peau des poules ne produit aucun phénomène appréciable; du bouillon de culture, à une dose infinitésimale, produit le choléra des poules; le même bouillon, filtré, n'amène plus aucun symptôme ni aucune altération; si, au lieu de le filtrer, on le laisse déposer lentement à l'abri du contact de l'air, jusqu'à ce que tous les microbes soient tombés au fond du tube, le liquide seul des couches inférieures produit le choléra, celui de la surface est inoffensif. Donc le microbe est la cause et non l'effet de la maladie. Si l'on ne peut raisonner ainsi en présence de résultats si clairs, il n'y a plus qu'à déclarer enveloppée d'épaisses ténèbres la médecine tout entière; car sur quel sujet trouve-t-elle des motifs plus légitimes d'affirmation?

Non, devant les expériences exposées par M. Pasteur, il n'y a qu'un de ces deux partis à prendre : ou en contester l'exactitude, ou en admettre la conséquence; nous disons la conséquence immédiate, la seule qui soit en cause en ce moment, la seule qu'ait affirmée l'orateur dans son allocution, à savoir que le choléra des poules est produit par un microbe, comme l'est de son côté le charbon. Quant à des déductions plus étendues sur la nature des maladies infectieuses en général, ou sur les rapports du vaccin et de la variole, ce sont questions différentes et sur lesquelles on a certes le droit de ne pas se déclarer *convaincu;* mais ce n'est pas de cela qu'il s'agissait mardi. Encore sur ces deux questions-là, M. Pasteur a-t-il le droit de soutenir que les opinions sont partagées.

A. D.

HISTOIRE ET CRITIQUE

SUR LES SIGNES ET LA PATHOGÉNIE DES CARDIOPATHIES D'ORIGINE GASTRO-HÉPATIQUE.

(Deuxième et dernier article.)

II. — PATHOGÉNIE DES TROUBLES CARDIAQUES.

La théorie proposée par M. Potain, pour expliquer les troubles observés du côté du cœur droit dans le cours d'un certain nombre d'affections gastro-hépatiques, suppose comme fait essentiel un obstacle à la circulation cardio-pulmonaire.

Le raisonnement conduit en effet à cette conception :

1° L'auscultation de la région précordiale permet de saisir un renforcement du second bruit, ayant son maximum à la base du cœur, à gauche du sternum, c'est-à-dire au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire.

C'est déjà une présomption en faveur de l'idée qu'il existe au delà de l'orifice de l'artère pulmonaire, sur un point quelconque de l'arbre vasculaire du poumon, une résistance exagérée au passage du sang.

2° La probabilité acquiert une vraisemblance plus grande encore quand, à la suite de ce premier symptôme, on voit survenir les phénomènes propres à l'insuffisance tricuspidienne.

D'après des recherches qui remontent à Hunter (1794) et dont les plus récentes ont paru il y a quelques jours à peine (G. A. Gibson, *Edinb. Med. Journal,* mai 1880), la moindre gêne à l'évacuation du ventricule droit suffit à provoquer le reflux du sang par la valvule auriculo-ventriculaire; cette valvule constituerait ainsi une sorte de soupape de sûreté qui, cédant à une pression légèrement supérieure à la pression systolique normale, ménagerait l'effort des parois du ventricule droit, dans le cas où une résistance anormale viendrait à se produire dans le système pulmonaire. Il est donc possible qu'on note, passagèrement et indépendamment des signes de la dilatation du ventricule droit, les phénomènes qui caractérisent le reflux tricuspidien.

3° La dilatation du ventricule droit venant compléter la scène, il semble qu'il ne puisse plus y avoir de doutes sur l'enchaînement et sur la signification des symptômes.

4° Enfin, si l'on considère la mobilité des accidents, leur aggravation soudaine, leur disparition momentanée, leur retour imprévu, tout concourt à fournir une base sérieuse à la théorie.

Ce point de départ, la gêne à la circulation cardio-pulmonaire, étant admis comme logique, nous devons chercher maintenant à en expliquer le mode de production.

C'est dans les petits vaisseaux du poumon qu'on a localisé l'obstacle, quelle que soit du reste l'idée qu'on s'est faite de la cause prochaine de cet obstacle. Il y a quelques années, l'attention se concentrait sur la provenance hépatique des troubles cardiaques dont il s'agit; on pouvait alors, à l'exemple de M. J. Cyr, dans ses annotations à la traduction de Murchison (*Leçons cliniques sur les maladies du foie*, p. 602) supposer que « le foie, troublé dans son fonctionnement, ne remplit qu'imparfaitement son rôle d'organe épurateur vis-à-vis du sang qui, chargé dès lors de matériaux viciés, embarrasse la circulation capillaire des poumons, par suite de quoi la pression sanguine dans le cœur droit se trouve modifiée ». Mais aujourd'hui, que nous sommes mieux fixés sur la multiplicité des organes qui peuvent être le point de départ des accidents, nous sommes autorisés à invoquer un autre mécanisme, celui de l'action nerveuse dont M. Potain a le premier indiqué la probabilité.

M. Potain a émis, sous toutes réserves du reste, cette opinion que l'irritation pathologique des filets sensibles des pneumogastriques dans le foie et dans l'estomac pouvait, après avoir gagné les centres nerveux, se réfléchir sur les vaisseaux du poumon, par les branches motrices des mêmes nerfs. Dès lors, les symptômes s'expliquaient logiquement : ces vaisseaux resserrés, gênant l'écoulement du sang, déterminaient une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire : d'où le renforcement du second bruit, la dilatation du ventricule droit, l'insuffisance tricuspidienne, etc.

Tout se serait donc passé dans la sphère des pneumogastriques qui constituaient ainsi l'arc excito-moteur complet.

Examinons la théorie nerveuse avec toute l'attention qu'elle mérite.

Discussion théorique. — 1° *Le point de départ de l'irritation est dans les filets sensibles du pneumogastrique.* — Les organes primitivement atteints, le foie, l'estomac, sont en effet innervés par le pneumogastrique ; mais ils sont aussi reliés aux centres nerveux par de nombreux filets du sympathique, de sorte qu'on ne peut, *a priori*, décider si l'irritation chemine vers les régions centrales plutôt par un groupe de filets que par l'autre; on pouvait tout aussi bien admettre que l'un et l'autre nerf servent d'organes de transmission. Du reste des observations nouvelles, celles de M. J. Teissier présentées au congrès de Montpellier (1879), celles de M. Morel (thèse de Lyon 1880, observ. X, XIV, XV, XVII), tout montre que d'autres parties des organes abdominaux, l'intestin grêle et les ligaments larges par exemple, peuvent être le point de départ des mêmes accidents cardiaques que le foie et l'estomac : or, si la même question se pose au sujet des voies de transmission centripète pour l'intestin grêle que pour l'estomac et le foie, (l'intestin recevant ses nerfs du plexus solaire qui contient à la fois des filets du pneumogastrique et du sympathique), il n'en est plus de même pour les ligaments larges. Ces ligaments contiennent, en effet, dans leur épaisseur des filets exclusivement fournis par le sympathique et venant, d'une part des plexus rénaux et mésentérique inférieur, d'autre part du plexus hypogastrique. Par conséquent, ici la transmission centripète de l'irritation ne peut s'effectuer que par les filets sensibles du sympathique. Nous verrons bientôt ce que dit l'expérimentation au sujet de ces voies centripètes des irritations abdominales. Théoriquement, on doit conclure que, pour la plupart des viscères abdominaux, la transmission peut s'effectuer tout aussi bien par les branches sensibles des pneumogastriques (Potain) que par celles du grand sympathique (J. Teissier).

2° *La réflexion de l'irritation transmise aux centres se fait par les filets des pneumogastriques qui se rendent aux vaisseaux du poumon.*

Ici le doute est plus que permis. Comme l'a dit M. Hénocque, dans l'article qu'il a consacré à l'exposé des travaux sur l'innervation des vaisseaux du poumon (*Gazette hebdomadaire*, 12 septembre 1879), « les expériences de M. Brown-Séquard démontrent que les pneumogastriques ne sont pas les vaso-moteurs du poumon, puisque, d'une part, les troubles attribuables aux nerfs vaso-moteurs... n'existent pas immédiatement après la section des pneumogastriques, et que, d'autre part, ces effets sont constants lorsqu'on détermine des lésions même légères de certaines parties de l'encéphale. Ce sont les racines spinales du grand sympathique se rendant au ganglion thoracique supérieur qui constituent les vaso-moteurs du poumon. » (Brown-Séquard, *Soc. Biologie*, 1870-71-72, — *Lancet*, 1871, vol. I, — *Arch. of scientif. and pract. med.*, t. I, 1873.)

M. Vulpian, dans ses leçons sur l'appareil vaso-moteur (II, p. 43), rappelle que, dans ses expériences, la section des pneumogastriques et l'excitation de leur bout périphérique n'ont amené aucun changement dans la teinte des poumons mis à nu. Avec M. Brown-Séquard, il pense que les fibres nerveuses vaso-motrices destinées aux poumons sont amenées à ces organes par les nombreux filets que les ganglions thoraciques supérieurs fournissent aux plexus pulmonaires, mais il ajoute qu'aucune donnée expérimentale n'a confirmé jusqu'ici cette présomption anatomique.» Il faut rappeler, cependant, que M. Brown-Séquard avait tout au moins donné la démonstration indirecte du passage de ces fibres par le ganglion premier thoracique, en signalant la disparition des effets des lésions mésocéphaliques sur la circulation pulmonaire, après avoir extirpé ces ganglions (Proposition 7 du mémoire cité, *Arch. of scientif. and pract. medicine*).

J'avais, de mon côté, cherché à déterminer l'influence des filets émanant du ganglion premier thoracique sur la circulation pulmonaire, tout en étudiant les nerfs de cette région au point de vue de l'innervation du cœur (1878). Mais, pensant que l'exploration des effets vaso-moteurs pratiquée sur le poumon mis à nu, pouvait avoir des inconvénients, j'avais eu recours à un procédé indirect qui consiste à explorer les variations de la pression intra-cardiaque, à l'aide d'une sonde manométrique de M. Marey. De cette façon la circulation pulmonaire restait dans les conditions normales, le thorax n'étant pas ouvert et les poumons n'étant pas soumis à l'insufflation. J'ai observé ainsi que l'excitation des filets qui se détachent du premier ganglion thoracique pour se diriger vers les plexus cardio-pulmonaires, provoque une élévation notable de la pression dans le ventricule droit. Ce résultat équivaut à la constatation d'une élévation de pression dans l'artère pulmonaire par suite du resserrement de ses branches terminales. (Voy. sur ce sujet Hermann, *Handbuch der Physiologie*, t. II, p. 269, 1879; — Falck, *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak.*, 1877, vol. VII; — Michaelson, *Mittheil. a. d. Konigsb. phys. Lab.*, 1878.)

En rappelant ces résultats au Congrès de Montpellier, au cours de la discussion qui suivit la communication de M. J. Teissier, j'ai formulé cependant une conclusion réservée, en disant que « rien n'autorise à admettre l'action vaso-motrice constrictive du pneumogastrique sur les vaisseaux du poumon ; qu'au contraire j'incline plutôt à penser que cette action s'exerce par le sympathique ». Aujourd'hui, je crois qu'il est possible d'être plus affirmatif en présence des résultats nouveaux qui ont été obtenus dans le laboratoire de M. Chauveau par MM. Arloing et Morel, et que nous exposerons tout à l'heure.

De ce qui précède il résulte que, s'il faut invoquer la mise en jeu d'un arc excito-moteur pour expliquer les troubles de la circulation cardio-pulmonaire et les désordres cardiaques qui leur font suite, le trajet centripète et centrifuge des irritations peut être compris de la façon suivante : *Les nerfs sensibles des organes abdominaux (pneumogastrique et sympathique) transmettent les irritations aux centres nerveux ; la réflexion s'opère sous la forme d'incitation vaso-motrice sur les vaisseaux du poumon, non par le pneumogastrique, mais par les filets sympathiques qui se détachent du premier ganglion thoracique.*

La question ainsi posée, que répond l'expérimentation ?

Exposé des résultats expérimentaux. — Les recherches faites à Lyon, dans le laboratoire de M. Chauveau par M. Morel, sous l'habile direction de M. Arloing, ne résolvent point toutes les difficultés du problème; elles établissent pourtant les points essentiels et, hâtons-nous de le dire, au plus grand honneur de la clinique, les résultats concordent avec les prévisions.

1° Il se produit bien une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire à la suite de l'irritation des viscères abdominaux.

2° C'est en effet par la voie nerveuse que cet effet circulatoire est provoqué.

Telles sont les deux conclusions générales qui ressortent des expériences de MM. Arloing et Morel, et que nous devons maintenant exposer dans le détail.

1° *État de la circulation pulmonaire sous l'influence des irritations abdominales.* — On a cherché à se rendre compte de l'état de la circulation pulmonaire en explorant la pression à l'origine de l'artère pulmonaire, avec un trocart obliquement enfoncé dans le vaisseau et mis en rapport avec un manomètre. L'animal est curarisé et soumis à la respiration artificielle. Quand on a recueilli l'inscription des variations régulières de la pression, on irrite soit électriquement, soit mécaniquement, les différents viscères abdominaux, presque aussitôt la pression s'élève dans l'artère pulmonaire sans qu'on puisse attribuer cette élévation de pression à une autre cause qu'à l'irritation des nerfs sensibles des organes de l'abdomen.

Mais quelle est la cause de la modification circulatoire observée ? Résulte-t-elle d'un resserrement des vaisseaux pulmonaires ou d'une impulsion plus énergique de la part du ventricule droit ? Cette question de la provenance, cardiaque ou vasculaire, d'une élévation de pression pouvait être tranchée par l'étude simultanée de la vitesse du sang dans l'artère. Comme on le sait, en effet, si le cœur est en cause, la pression et la vitesse augmentent simultanément, la projection du sang étant plus énergique ; si, au contraire, il s'agit d'un resserrement vasculaire, la vitesse du courant sanguin diminue pendant que la pression augmente, l'écoulement du sang étant ralenti à la périphérie. Malheureusement l'expérience n'a pas été faite ; ce ne peut être la difficulté du manuel opératoire qui a arrêté les expérimentateurs : car on a exécuté, dans le laboratoire de Lyon, des expériences du même genre, autrement délicates, en étudiant la pression et la vitesse du sang dans la coronaire antérieure du cœur du cheval (Chauveau, Rebatel, 1872). Il y a là une lacune regrettable qui sera sans doute comblée. Mais à défaut de la démonstration directe, nous avons, pour trancher la question, un élément important fourni par les courbes manométriques elles-mêmes : à l'examen des tracés du manomètre compensateur qui figurent dans la thèse de M. Morel, il est facile de retrouver la physionomie habituelle des courbes produites par un resserrement vasculaire; l'élévation de la pression débute de deux à trois secondes après le commencement de l'excitation; elle va croissant pendant vingt-cinq secondes environ, puis décroît lentement jusqu'au retour à la valeur manométrique initiale.

Si l'on ajoute à cette considération que le cœur ne présente aucune modification de son rhythme, pendant que se produit l'augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire, on aura des raisons suffisantes pour considérer, comme au moins vraisemblable, le point de départ vasculaire de la modification observée.

M. Morel croit cependant devoir attribuer au cœur lui-même une part importante dans l'élévation de la pression pulmonaire ; il fonde cette opinion sur le fait que la pression s'élève simultanément dans le système aortique, et que les pulsations carotidiennes présentent une amplitude plus considérable. Cette déduction me paraît fort discutable. En effet, que voyons-nous dans les tracés invoqués à l'appui de cette conclusion ? Sous l'influence d'une irritation hépatique, la pression de l'artère pulmonaire s'élève graduellement et régulièrement du début à la fin; pendant ce temps la pression carotidienne subit une légère élévation *qui n'est que passagère*, et dont l'apparition coïncide avec le début de l'augmentation de pression dans l'artère pulmonaire. Je crois que le fait peut s'expliquer tout autrement : le cœur gauche est tributaire de la circulation pulmonaire; il pousse dans le système aortique la quantité de sang que veut bien lui laisser arriver le réseau pulmonaire. Or, si les vaisseaux du poumon se resserrent, le premier effet de ce resserrement est d'expulser du côté des veines pulmonaires une plus grande quantité de sang; c'est là un fait observé dans d'autres régions, et que MM. Dastre et Morat ont bien établi dans leurs recherches sur les effets que l'irritation du sympathique produit sur la circulation des veines en rapport avec les artères resserrées. Si donc, pendant cette première période de la contraction des petits vaisseaux du poumon, le cœur gauche reçoit, par *expression* pour ainsi dire, plus de sang qu'auparavant, on conçoit que la pression carotidienne puisse et doive s'élever. Mais cette modification ne peut être que transitoire : c'est ce qui s'observe en effet ; après s'être élevée, la pression carotidienne retombe, tandis que la pression dans l'artère pulmonaire *continue à monter énergiquement.* Si le cœur était en cause, comme le veut M. Morel, il n'y aurait aucune raison pour que le parallèle ne se maintînt pas, d'un bout à l'autre de l'expérience, entre les variations aortiques et pulmonaires. La chute de pression carotidienne s'explique dans notre hypothèse par ce fait que le resserrement des vaisseaux pulmonaires se maintenant, il arrive moins de sang au cœur gauche. Quant à la question de l'amplitude comparative des pulsations carotidiennes au début et à la fin de la

courbe, elle ne me paraît point avoir le sens que l'auteur lui attribue; sans m'arrêter sur ce point, je ferai remarquer que cette amplitude est tout aussi considérable quand la pression retombe que quand elle est élevée.

J'ai insisté sur cette discussion, parce que le fait de l'augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire, par suite du resserrement des branches terminales de cette artère, est en définitive le point essentiel. L'expérience nous montre que cette augmentation de pression existe; le raisonnement nous amène à conclure qu'elle résulte du resserrement des vaisseaux; une expérience de contrôle sur l'état de la vitesse du sang dans l'artère pulmonaire tranchera la question.

Nous avons signalé une première lacune dans ces recherches : qu'il nous soit permis de remarquer combien il eût été facile de pratiquer l'auscultation du cœur aux différents temps de l'expérience! Ce point était tout indiqué, puisqu'il s'agissait de contrôler expérimentalement les données cliniques.

2° *Voies nerveuses suivies par les irritations.* — Mais, passons à l'étude du trajet suivi par les excitations des viscères abdominaux, pour retentir sur la circulation pulmonaire. Ici nous pouvons être bref, car il n'y a point à discuter les faits expérimentaux : ils parlent d'eux-mêmes, et linterprétation qui en a été donnée est irréprochable.

a. Les irritations électriques ou mécaniques gagnent les centres nerveux en suivant le cordon du sympathique abdomino-thoracique : en effet, la section des pneumogastriques au cou ne change point le sens des réactions observées;

b. La partie cervicale du sympathique ne paraît point servir de conducteur centripète, car la double section de ce cordon n'entraîne pas de modifications dans les résultats;

c. C'est par la moelle cervicale et les filets sympathiques qui se détachent de la région cervico-dorsale de la moelle que s'opère la réflexion des excitations périphériques : on le démontre en notant la disparition des effets circulatoires à la suite de la section du bulbe;

d. La même série d'expériences montre que c'est bien dans la région du bulbe et de la protubérance que s'opère la réflexion;

e. Quant au trajet précis des nerfs qui transportent entre la moelle et l'appareil cardio-pulmonaire les irritations réfléchies dans les centres nerveux, il n'a point été déterminé directement par MM. Arloing et Morel. Mais, en se reportant aux expériences de M. Brown-Séquard et à celles que nous avons faites nous-même, on peut considérer comme agents de cette transmission les filets pulmonaires du premier ganglion thoracique.

Si maintenant, arrivés au terme de cette étude, nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble de la question, nous constatons que les déductions cliniques fondées sur l'analyse des symptômes ont été justifiées par l'expérimentation.

La clinique avait établi le rapport de cause à effet entre les affections hépatiques et gastro-intestinales, d'une part, et certains troubles fonctionnels suivis d'altérations plus ou moins graves du cœur droit : ce rapport a été contrôlé expérimentalement.

Les troubles de la circulation pulmonaire, indiqués par les cliniciens comme servant d'intermédiaire entre les affections abdominales et la cardiopathie qui les accompagne souvent, ont été retrouvés dans les expériences

Enfin le mécanisme nerveux lui-même qui relie les unes aux autres ces différentes altérations, avait été prévu dans son ensemble. Autant qu'il lui était possible, le clinicien avait tracé l'itinéraire suivi par les irritations abdominales : l'expérimentation a rectifié quelques-unes des vues émises, en attribuant au sympathique l'arc excito-moteur qui avait été localisé dans le pneumogastrique; mais la prévision générale a été vérifiée. C'est bien par l'intermédiaire du système nerveux que se relient aux affections viscérales de l'abdomen les désordres observés du côté du cœur droit.

C'est donc à l'observation clinique que revient tout le mérite dans cette question; la physiologie n'est intervenue que pour fournir la vérification.

François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Des indications de la création d'un anus contre nature et principalement d'un anus lombaire, par M. le docteur Léon Labbé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière (1).

Parmi les cancers contre lesquels la chirurgie est appelée à lutter, celui du rectum est, sans contredit, un des plus redoutables. Il emprunte sa gravité, non seulement à l'évolution naturelle de la maladie qui, au bout d'un certain temps, doit fatalement entraîner la mort, mais encore aux troubles incessants que, par suite du siège qu'il occupe, il apporte à une des fonctions les plus importantes de l'économie. Un malade qui est atteint de cancer du rectum doit mourir, comme tout individu atteint de cancer d'une région quelconque; mais, de plus, il est condamné à endurer de véritables tortures à partir du moment où la diminution du calibre de l'intestin est assez grande pour s'opposer d'une façon à peu près complète au passage des matières fécales.

Aussi, lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un malade atteint de cancer du rectum, il doit obéir à deux grandes indications : 1° si la chose est possible, pratiquer une opération ayant pour but d'enlever le mal par une intervention radicale; 2° si la lésion ne peut plus être atteinte directement, soit qu'il s'agisse d'une récidive après opération, soit que l'on ait affaire à un cancer situé dans un point très élevé du rectum, il devra encore rechercher le moyen de soulager le malade et même de prolonger son existence.

Dans ce cas, ce ne sera plus en s'attaquant directement au mal, mais en allant agir sur des parties restées saines jusqu'alors, qu'il pourra s'opposer aux conséquences d'une obstruction complète ou incomplète de l'intestin. Si l'obstruction est complète, l'indication est tellement nette, précise, indiscutable, que tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir immédiatement en établissant un anus contre nature, sauf à discuter sur le meilleur mode opératoire à mettre en usage. Au contraire, si les garde-robes, tout en étant difficiles, douloureuses et la cause d'un épuisement incessant pour le malade, peuvent encore avoir lieu, l'intervention chirurgicale paraît moins indiquée. C'est ainsi tout au moins que la question a été envisagée jusqu'à ce jour dans notre pays; tandis que dans les cas de cette nature les chirurgiens anglais et américains, reprenant une opération, sinon créée par un chirurgien français, Amussat père, au moins tellement perfectionnée par lui, qu'elle était devenue presque sa propriété, ont appliqué avec un véritable bénéfice pour les malades la colotomie lombaire au traitement indirect du cancer du rectum.

(1) Ce mémoire non encore publié, a été lu devant l'Académie de médecine le 26 nov. 1878.

C'est là, messieurs, le point de chirurgie sur lequel je désire aujourd'hui appeler plus particulièrement votre attention.

Le moment me semble venu de faire revivre chez nous une opération qui, mise en pratique avec succès dans notre pays, il y a bientôt quarante ans, paraît avoir été à tort abandonnée par les chirurgiens français.

A mesure que les moyens de diérèse chirurgicale arrivaient à un degré de perfectionnement si grand sous l'influence de l'invention de l'écraseur linéaire par Chassaignac, et de l'application de la galvanocaustie à la chirurgie, les opérations destinées à enlever une partie ou la totalité du rectum acquéraient une perfection remarquable au double point de vue de la sécurité immédiate de l'opération et des accidents plus éloignés qui peuvent en être la conséquence. En effet, par l'emploi de l'écraseur seul ou par la combinaison de l'écraseur et de la galvanocaustie on peut pratiquer, presque à sec, une opération étendue et de longue durée dans une des régions les plus vasculaires du corps. En même temps, l'usage de ces moyens met à l'abri d'une façon à peu près complète de l'infection purulente, qui autrefois compliquait si souvent les opérations pratiquées dans cette région.

Les travaux de Nussbaum, de Chassaignac, de Verneuil, témoignent hautement des efforts et des progrès accomplis dans cette voie. Aujourd'hui l'ablation du rectum est devenue une opération soumise à des règles parfaitement déterminées, et, conduite avec patience, elle est susceptible de donner les résultats immédiats les plus satisfaisants.

Pendant ces six dernières années, dans des cas de cancer, j'ai eu l'occasion de pratiquer 8 fois l'ablation du rectum aussi complète qu'elle peut être faite. Dans 7 cas, les résultats immédiats ont été parfaits, et tous les malades ont pu croire à une guérison complète. 2 d'entre eux, dont l'état général était des plus mauvais, ont repris momentanément toutes les apparences de la santé. 1 seul a succombé au douzième jour à des accidents de péritonite, conséquence de l'opération. Mais en analysant les 7 cas relativement heureux dont je viens de faire mention, je dois reconnaître que, dans tous, la récidive du mal ne s'est pas fait longtemps attendre, et la moyenne de l'existence, à partir de l'opération, n'a pas dépassé dix mois. Dans deux cas, que je dois rapporter ici, une seconde opération par les voies naturelles a été exécutée. Une seconde récidive s'étant accompagnée de symptômes d'obstruction à divers degrés, m'a conduit à établir chez ces deux malades un anus contre nature.

On le voit, même perfectionnée d'une façon réellement remarquable, l'extraction du rectum, au point de vue des résultats éloignés, est peu satisfaisante.

On pourrait même, dans certains cas, se demander si l'intervention chirurgicale n'a point été l'occasion d'une marche plus rapide de l'affection contre laquelle on a voulu lutter, et cette interprétation des faits tendrait à faire admettre que les malheureux atteints de cancer du rectum ne doivent plus attendre aucun secours de la chirurgie.

C'est, sans nul doute, sous l'influence de ces préoccupations qu'Amussat tenta avec une si grande ardeur de convaincre les chirurgiens de l'utilité d'établir un anus dans la région lombaire, suivant la méthode de Callisen, pour remédier aux difficultés de la défécation dans les affections organiques du rectum.

(On sait que les travaux importants d'Amussat eurent d'abord pour but principal de faire admettre l'opportunité de la colotomie lombaire dans les cas d'imperforation ou de malformation congénitale de l'anus et du rectum.)

Avant la publication des travaux d'Amussat, l'idée d'établir un anus artificiel dans les cas de rétrécissement du rectum paraît avoir été émise pour la première fois par Dumas (de Montpellier) en 1797 (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*). Fine (de Genève) mit cette idée à exécution, mais il employa la méthode de Lithé, et depuis l'opération a été pratiquée nombre de fois.

Sans s'étendre sur cette question d'historique, qui comporterait de trop longs développements, on peut dire qu'il y a un petit nombre d'années l'opération de l'entérotomie ou de la colotomie n'était mise en pratique que dans le cas où il existait une obstruction complète.

Curling paraît être le premier qui ait appliqué la colotomie aux cas de cancers du rectum sans obstruction, dans le but de faire disparaître les douleurs et de rendre la vie plus supportable. Allingham dit qu'il ne préconise pas la colotomie dans les tumeurs malignes aussi vivement qu'il le fait pour les ulcérations et les rétrécissements du rectum, mais qu'il l'a cependant pratiquée seize fois dans les cas de cancer, et, ajoute-t-il, « je ne saurais dire que j'aie jamais regretté d'avoir opéré ».

Ces préceptes sont devenus en Angleterre et en Amérique d'une application courante, et des observations nombreuses ont été publiées à l'appui depuis quelques années.

Curling, Hawkins, Holmes, Bryant, Allingham, Christopher Heath, Maunder et bien d'autres chirurgiens en Angleterre pratiquent couramment la colotomie. En Amérique, la première opération a été faite il y a longtemps : Bush, en 1847, fit la colotomie pour un cancer de l'S iliaque. Erskine Mason, dans son mémoire (1873), a indiqué treize cas appartenant à des chirurgiens américains, et il ajoute : « On peut dire que, dans mon pays, cette opération est encore à l'état d'enfance. » En France et en Allemagne, l'opération d'Amussat est tombée en désuétude, si l'on en juge d'après les recueils périodiques. A ma connaissance, et sauf erreur, il n'a été publié en France que deux cas de colotomie lombaire dans ces vingt dernières années. Une observation appartient à Jobert (de Lamballe), la colotomie fut faite par le procédé d'Amussat pour une obstruction intestinale. Un deuxième fait, plus récent, a été publié dans le *Lyon médical* (1877) ; il est dû à M. Fochier.

Il est difficile de s'expliquer la défaveur jetée sur cette opération. Quoi qu'il en soit, frappé des avantages que signalaient, dans leurs observations, les auteurs anglais et américains, j'étais bien décidé à saisir l'occasion, lorsqu'elle me serait offerte, de mettre leur pratique en usage.

A dix mois de distance, j'ai pratiqué deux opérations d'anus contre nature : l'une pour des cancers du rectum dans la région iliaque, l'autre dans la région lombaire.

Dans ma première opération j'ai obéi à une indication d'urgence ; il existait une obstruction intestinale complète et menaçant immédiatement les jours du malade.

Obs. I. — Au mois de mai 1875, j'avais examiné M. D..., âgé de trente-cinq ans, homme d'une taille et d'un aspect herculéens. Depuis quelque temps il éprouvait des difficultés en allant à la garde-robe et avait perdu du sang en petite quantité. L'examen direct me fit constater l'existence d'une véritable virole cancéreuse serrant étroitement le doigt, commençant à 2 centimètres au-dessus de l'anus, et dont la limite supérieure pouvait être facilement dépassée par le doigt indicateur recourbé sous forme de crochet. Je proposai l'ablation du rectum, qui fut pratiquée, le 6 juin, à l'aide de l'écraseur linéaire et du galvanocautère. Il n'y eut point d'effusion appréciable de sang, et les phénomènes de réparation se succédèrent dans les conditions les plus favorables. Mais vers la fin de décembre le malade commença à souffrir, et au mois d'avril 1876 je pratiquais une nouvelle opération par les voies naturelles pour combattre la repullulation. La vie redevint supportable ; mais vers la fin d'octobre la défécation s'opérait déjà très difficilement, et cette difficulté alla en augmentant de jour en jour.

Le 15 décembre, on vint me chercher en toute hâte pour me me rendre auprès du malade, à Brie-Comte-Robert. Je le trouvai avec le ventre ballonné, vomissant des matières fécaloïdes en grande quantité, le pouls petit, présentant, en un mot, tous les symptômes de l'obstruction intestinale. Comme je ne pouvais avoir de doutes sur l'origine de cette obstruction, je pus immédiatement prendre la résolution d'établir l'anus contre nature vers la fin du gros intestin. J'avais à choisir entre la fosse iliaque et la région lombaire ; mais n'étant point familiarisé avec l'opération d'Amussat, je préférai recourir à un procédé qui se rapprochait beaucoup plus, comme manuel opératoire, de celui que j'avais eu l'occasion

de pratiquer dans des cas d'étranglement interne. Je fis une incision de 5 à 6 centimètres à deux travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope; je divisai couche par couche la paroi abdominale, y compris le péritoine. Je tombai alors sur l'S iliaque fortement distendue, et, avant de l'ouvrir, j'eus soin de la fixer aux parois abdominales par huit points de suture, suivant le procédé mis en usage par Nélaton dans l'entérotomie. Les choses se passèrent de la façon la plus régulière; un soulagement immédiat se produisit, et dans la soirée je pus quitter le malade, bien rassuré sur son état présent. M. D... vécut encore deux mois; et je note en passant que ceux-ci furent employés à régler des affaires de famille d'une haute importance. Au bout de ce temps, il succomba à la cachexie cancéreuse.

Opéré le 6 juin 1875, il mourait le 20 février 1877, plus de vingt et un mois après la première opération.

Obs. II. — Mon second malade, M. M..., âgé de trente-deux ans, vint me consulter en octobre 1876 pour un épithélioma de l'extrémité inférieure du rectum. La tumeur remontait à une faible hauteur dans l'intestin, mais se prolongeait sous la forme d'une saillie au niveau de la fesse gauche. Il n'existait aucun engorgement ganglionnaire. Je crus rencontrer là un cas des plus favorables. Je pratiquai, au moyen du galvano-cautère, l'extirpation de toute la zone atteinte en faisant porter, comme j'en ai l'habitude, la surface de section bien au delà des limites du mal appréciable. Le résultat fut parfait, la réparation se fit rapidement, et le malade était fort heureux de l'état dans lequel il se trouvait. Mais, dès la fin de janvier, il était facile de constater que la récidive avait lieu. Au mois d'avril, sur les instances du malade, qui était fort intelligent et se rattachait par tous les moyens à la vie, une seconde opération fut pratiquée. Les résultats immédiats furent aussi satisfaisants que ceux de la première; mais à la fin de juillet le malade venait me trouver de nouveau, se plaignant des douleurs qu'il éprouvait, douleurs provoquées surtout par les efforts incessants et souvent non suivis d'effet qu'il faisait pour aller à la garde-robe. Je pensai dès lors à pratiquer un anus lombaire pour obéir à l'indication si nettement formulée par Curling, etc. Mais des circonstances impérieuses m'obligèrent inopinément à quitter Paris pendant plus de deux mois, et j'abandonnai forcément mon malheureux malade. A mon retour, vers le milieu d'octobre, l'examen direct donnait le résultat suivant : depuis l'orifice anal jusqu'à la hauteur de 10 centimètres le doigt pénétrait dans une masse bourgeonnante, dure et ulcérée, laissant à peu près le passage au doigt, sauf à la partie supérieure, où la cavité se rétrécissait de plus en plus. Une sonde en gomme pénétrait assez difficilement au-dessus de ce passage rétréci; mais lorsqu'elle était engagée au delà de ce point, elle servait à laisser passer des lavements tièdes qui parvenaient à dissocier les matières, et à permettre l'écoulement d'une certaine quantité de fèces sous forme de liquide stercoral et de petites masses dures. Cet écoulement persistait pendant un certain temps, une heure, une heure et demie; mais, par suite des difficultés que les matières avaient à traverser le point rétréci, et de l'irritation causée par leur passage sur les ulcérations, le malade était en proie à des douleurs horribles qui persistaient pendant plusieurs heures. Il en était arrivé à s'abstenir de manger et à réclamer à tout prix une opération, de quelque nature qu'elle fût. Cependant le ventre n'était pas ballonné, l'expulsion des gaz se faisait normalement; il n'y avait pas de vomissements; en un mot, il n'existait aucun symptôme d'obstruction intestinale.

Pour remédier, dans une certaine mesure, à ses souffrances, je résolus d'intervenir en m'appuyant sur les faits nombreux publiés par les chirurgiens anglais et américains. Je pratiquai, le 28 octobre 1877 (dans la maison de santé des Frères Saint-Jean-de-Dieu), la colotomie lombaire gauche selon les préceptes d'Amussat, et en suivant certaines règles formulées par les chirurgiens anglais.

Mon malade, soumis aux inhalations du chloroforme, fut couché, non pas sur le ventre, mais fortement incliné sur le côté droit; deux coussins placés, l'un dans la région du dos, l'autre dans la région abdominale antérieure, assurèrent la stabilité de cette position une fois le malade endormi.

Cette position permettait de repousser facilement la paroi abdominale antérieure si la recherche de l'intestin était laborieuse; elle permit en même temps la surveillance la plus facile dans l'administration de l'agent anesthésique.

Les choses étant ainsi disposées, je marquai sur la crête de l'os des iles un point situé à 8 ou 9 centimètres en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure, ou, pour mieux préciser, à 2 centimètres en arrière du milieu de la partie de la crête iliaque située entre les deux épines iliaques supérieures, antérieure et postérieure.

Puis, à un bon travers de doigt au-dessus de cette crête, je fis partir une incision verticale de 6 centimètres d'étendue. La dissection fut faite couche par couche; une fois les muscles divisés et le carré des lombes reconnu, je pus, après quelques recherches nécessitées par la présence d'une certaine quantité de tissu cellulaire graisseux, et par la profondeur à laquelle se trouvait le côlon, reconnaître l'intestin à sa couleur et à ses bandes longitudinales, les bords de la plaie étant maintenus par de forts écarteurs. Je dois dire qu'avant d'avoir eu l'intestin sous les yeux, je m'étais assuré de sa présence au moyen du doigt porté au fond de la plaie et permettant d'apprécier l'accumulation dans son intérieur d'une certaine quantité de matières assez résistantes. C'est là un point important sur lequel il faut insister, car dans beaucoup de cas d'opérations de ce genre cette constatation fournira un véritable point de repère.

Je fixai l'intestin aux lèvres de la plaie par quatorze points de suture métallique, puis je l'ouvris longitudinalement. Il ne sortit tout d'abord que quelques masses fécales en boules, dures et d'assez petit volume; mais le soir même le malade avait, sans douleur, une selle très abondante.

Les suites de l'opération furent simples; un seul jour, le troisième au soir, la température atteignit 39 degrés. Pas de douleur du côté du ventre, pas de nausées. La plaie évolua simplement. A partir de ce moment, il ne s'écoula par l'anus qu'un suintement muco-purulent et rarement un peu de liquide stercoral. Le pansement de la plaie fut aussi simple que possible, et consista dans l'application d'une compresse imbibée d'eau faiblement phéniquée et maintenue par un léger bandage. Les plus grands soins de propreté furent donnés pour éviter l'irritation des bords de la plaie.

J'enlevai les points de suture le douzième jour.

Ce qu'il y eut de remarquable, ce fut le soulagement à peu près instantané que je procurai à mon malade. La première garde-robe avait eu lieu sans douleur, sans que le malade s'en aperçût, pour ainsi dire. Les souffrances furent dès lors diminuées considérablement du fait seul de la suppression du passage des matières sur les parties malades. Et ce soulagement persista jusqu'au dernier moment.

Le malade recouvra le sommeil pendant plus d'un mois et s'alimenta de nouveau. Il s'attacha à l'idée que sa guérison allait être définitive. Deux points importants sont encore à noter : le peu de hernie fait par la muqueuse de l'intestin, la facilité et l'intermittence des garde-robes, qui sortaient par l'anus artificiel sous la forme de matières parfaitement moulées.

Un des membres de l'Académie, M. le docteur Ricord, a eu occasion de voir ce malade un mois environ après son opération, et a pu constater l'état relativement favorable dans lequel il se trouvait. Mais la généralisation et la cachexie cancéreuse suivirent leur marche naturelle, et le malade succomba à la fin de décembre. Il n'a donc survécu que deux mois à la dernière opération; mais l'atténuation des douleurs a été si grande qu'on ne saurait trop insister sur le service rendu dans cette circonstance.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Préparation de l'ergotine.

Ayant lu dans la *Gazette hebdomadaire* quelques articles sur l'ergotine et sa préparation, je vous prie de me permettre de revenir sur cette question intéressante et de remplir un *desideratum* que vous avez indiqué en demandant qu'il soit fait au procédé Yvon, long et difficile, des modifications qui, sans altérer le produit, rendent ce procédé plus pratique et plus commode.

D'après les travaux de Dragendorf et Podwissotzky, l'ergot devrait toutes ses propriétés à deux acides : l'acide sclérotique et l'acide fuscosclérotique, à une matière gommeuse, la scléromucine, et à un alcaloïde, la picrosclérotine. Or, l'acide sclérotique est soluble dans l'eau, l'alcool à 45 degrés et l'alcool à 75 degrés bouillant; l'acide fuscosclérotique est insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, mais soluble dans les véhicules acides; la scléromucine est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool; la picrosclérotine est soluble seulement dans l'eau acidulée. Il faudra évidemment, si nous voulons retrouver dans notre extrait l'ensemble de ces

principes, qui sont tous actifs, employer comme Yvon l'eau acidulée. C'est là la base de son procédé et c'est en cela que consiste sa supériorité sur tous les autres.

Maintenant, l'emploi du sulfure de carbone pour débarrasser l'ergot de son huile fixe est-il bien nécessaire ? Je ne le pense pas. D'abord, l'eau acidulée ne peut dissoudre cette huile ni l'entraîner avec elle. La preuve en est dans ce fait : Un kilogramme de seigle ergoté a été pulvérisé et partagé en deux parties égales. L'une a été traitée par le procédé Yvon complet et par distillation du sulfure de carbone : j'ai obtenu 135 grammes d'huile fixe de seigle ergoté.

L'autre partie a été traitée également par le procédé Yvon, mais sans traitement préalable par le sulfure. Immédiatement après l'épuisement de la poudre par l'eau acidulée, les résidus ont été séchés, avec soin, puis épuisés par le sulfure de carbone. Dans ma pensée je devais retrouver dans ces résidus autant ou presque autant d'huile que dans le premier cas. En effet, ces résidus séchés pesant encore 415 grammes, j'ai pu en retirer 106 grammes d'huile, soit 25,5 pour 100 de la poudre employée alors que dans le premier cas j'en avais retiré 27 pour 100.

Cette preuve me paraît suffisante, et l'inanité de l'emploi du sulfure de carbone démontrée. Dispensons-nous donc de cette manipulation désagréable.

Il est un autre point sur lequel je voudrais fixer votre attention. A la fin de l'opération, Yvon, par un mélange d'eau, de glycérine et d'acide salicylique, ramène son extrait au poids du seigle employé. A quoi bon? et pourquoi ne pas évaporer cette solution et l'amener en consistance d'extrait ordinaire? Cela aurait l'avantage de nous rapprocher des formes ordinairement employées en pharmacie et de nous donner un produit se conservant bien, mieux certainement qu'une solution. Cet extrait donne avec l'eau distillée une solution d'une limpidité parfaite, pouvant, pour injections hypodermiques, s'employer telle, sans addition de glycérine, ce qui est un avantage.

Reste à en fixer le dosage : 500 grammes de seigle ergoté m'ont donné une fois 41 grammes, une autre fois 42gr,5 d'extrait de consistance ordinaire, soit à peu près moitié de ce qu'aurait fourni le procédé Bonjean, qui donne de 140 à 160 grammes d'extrait pour 1000. On peut donc le prescrire à des doses de moitié plus faibles que celles de l'ergotine Bonjean.

Vous laissant libre de tirer de cette communication le parti que vous jugerez convenable de faire, je vous prie d'agréer, Messieurs, l'assurance de ma parfaite considération.

L. KAUFFEISEN,
Pharmacien à Dijon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

SUR LA FORMATION DU CAL. Note de MM. *Rigal* et *W. Vignal*. — Dès 1865, M. Ranvier (Thèse de doctorat. Paris, 1865, p. 46 et suiv. — Cornil et Ranvier, *Manuel d'anatomie pathologique*. Paris, 1869, p. 366 et suiv.), en s'appuyant sur des expériences, montrait que le cal, dans les fractures simples de l'homme aussi bien que des animaux, passait d'abord par une période cartilagineuse, tandis que, dans les fractures compliquées, il devenait directement osseux au milieu de bourgeons charnus provenant de la substance médullaire de l'os fracturé. Il démontrait de plus que l'inflammation suppurative n'avait aucune influence sur la marche de l'ossification dans le cal cartilagineux, lorsque celui-ci était déjà formé.

Les auteurs ont fait d'abord l'expérience suivante. Sur le tiers moyen du tibia d'un lapin adulte, ils ont enlevé deux ou trois fois de suite le périoste, afin de bien détruire toutes ses propriétés ostéogéniques ; puis, quinze jours après l'avoir enlevé pour la dernière fois, ils l'ont fracturé à son milieu. Douze jours après la fracture (à cette époque on a toujours, chez le lapin, un cal cartilagineux), l'animal fut sacrifié, et l'examen de la fracture montra qu'au milieu de bourgeons charnus, provenant des canaux de Havers agrandis, se formait un cal périphérique directement osseux. Cette expérience, plusieurs fois répétée, a donné toujours les mêmes résultats. Une autre expérience encore plus démonstrative est la suivante. On enlève à deux reprises, à quinze jours d'intervalle, le périoste. La plaie s'étant cicatrisée, on fracture l'os en son milieu, comme dans l'expérience précédente, et l'on sacrifie l'animal douze jours après. A la partie postérieure, où le périoste avait été conservé, le cal se formait, comme dans les fractures simples, à l'aide d'un cartilage, tandis qu'à la partie antérieure il se formait au milieu de bourgeons charnus, comme dans les fractures compliquées et suppurant.

Ces expériences semblent donc bien établir que la couche sous-périostée, lorsque l'irritation est vive, comme dans les fractures, contribue à la réparation de l'os, en se transformant en tissu cartilagineux.

Autre expérience. Chez le même animal (afin que les conditions autres que celles que l'on créera soient bien les mêmes), après avoir fendu la peau d'une des jambes et écarté avec précaution les muscles jusqu'à ce que l'on arrive sur le périoste, on irrite celui-ci assez fortement en le frottant avec un corps bien poli (comme un brunissoir d'agate) et en évitant tout froissement des parties voisines. Sur le périoste de la jambe opposée, on répète la même opération en irritant vivement le périoste, en contusionnant fortement les parties molles avoisinantes, de manière à amener un épanchement sanguin. Puis la plaie des deux jambes est fermée par quelques points de suture, et l'animal est sacrifié entre le dixième et le douzième jour. Dans le cas où l'on a obtenu une réunion par première intention de la plaie des deux jambes, on trouve sous le périoste de la première quelques ostéophytes, tandis que sous celui de la seconde on a des masses cartilagineuses plus ou moins considérables.

Cette dernière expérience explique la formation directement osseuse des points du cal sous-périostique les plus éloignés du siège de la fracture.

EXPÉRIENCES RELATIVES AU CHOC PÉRITONÉAL. Note de MM. *P. Reynier* et *Ch. Richet*. — On sait que certains traumatismes, et principalement ceux du péritoine, déterminent un état grave, rapidement mortel, sans qu'on puisse assigner d'autres causes à cette terminaison fatale qu'une sorte d'épuisement nerveux. Les chirurgiens ont désigné sous le nom de *choc traumatique* l'ensemble de ces symptômes. Les auteurs ont pu reproduire expérimentalement quelques-uns des symptômes du choc traumatique, en injectant dans l'abdomen d'un lapin de l'eau bouillante ou une solution concentrée de perchlorure de fer.

On peut, jusqu'à un certain point, démontrer le fait de l'épuisement nerveux. En effet, si, avant de faire l'injection de perchlorure, on engourdit au préalable le lapin avec du chloral, l'animal, au lieu de mourir six à dix heures après l'injection, ne meurt souvent que vingt-quatre heures après cinq à six heures après s'être réveillé de l'engourdissement produit par l'anesthésique. L'influence du chloral, dans ce cas, ne peut s'expliquer qu'en admettant qu'il supprime l'excitation de la moelle par les nerfs péritonéaux.

Il est à remarquer que la muqueuse intestinale est beaucoup moins sensible que le péritoine. L'injection de 1 gramme de perchlorure de fer dans l'intestin produit un abaissement de température passager ; mais souvent l'animal se rétablit, ce qui n'a jamais lieu quand le caustique a été injecté dans la cavité du péritoine.

SUR LA FORME ET LE SIÈGE DES MOUVEMENTS PRODUITS PAR L'EXCITATION CORTICALE DU CERVEAU. Note de M. *Couty*. — L'auteur a indiqué, dans deux précédentes communications, des faits destinés à prouver que les contractions produites par la faradisation du cerveau ont leur origine réelle dans une excitation des divers appareils bulbo-médullaires. Cette conclusion lui semble encore confirmée par l'observation

exacte d'autres faits auxquels on attribue généralement une signification inverse.

Si l'on excite le cerveau d'un chien ou surtout celui d'un singe avec un courant interrompu de moyenne intensité, insensible au doigt, supportable à la langue, chaque électrisation produit presque toujours des contractions multiples dans des groupes musculaires très différents, queue et paupières, lèvres et membres postérieurs, oreille, queue et trois membres, etc.; mais il est impossible, presque toujours, de reconnaître dans ces contractions simultanées rien qui ressemble à une association volontaire, à but défini...

On a surtout insisté sur les contractions bornées à un seul groupe musculaire, telles que la pronation, la supination, la flexion d'un membre, le redressement de la queue, mouvements que l'on produit en faradisant avec un courant faible le cerveau d'un animal normal ou avec un courant intense le cerveau d'un animal épuisé; mais il suffit d'augmenter ou quelquefois simplement de prolonger l'excitation pour voir sur un animal normal un mouvement, isolé d'abord, se compliquer ensuite des contractions les plus diverses et se perdre enfin dans un accès convulsif généralisé. De plus, l'étendue et la forme de la zone dite motrice varient considérablement sur les différents singes; le plus souvent, toutes les circonvolutions pariétales sont inexcitables; quelquefois il en est de même des frontales parallèles, de sorte que cette zone, toujours très vaste, d'après quelques descriptions, peut, dans quelques cas, être réduite à la face convexe de la frontale ascendante; l'auteur a toujours trouvé, en effet, le lobule paracentral insensible à l'électricité. Sur le chien aussi, la zone excitable, très étendue dans quelques cas, peut dans d'autres être réduite à un point unique, de situation variable.

Le nombre des prétendus centres est aussi, suivant les animaux, entièrement différent, et la valeur comme la disposition réciproque de chacun des points excitables sont excessivement variables; si l'on compare, par exemple, les effets de la faradisation du tiers supérieur de la frontale ascendante, on voit cette excitation déterminer sur un premier singe un effet nul; sur un deuxième, l'extension du membre antérieur; sur d'autres, un mouvement de la queue ou du membre postérieur; sur d'autres encore, des mouvements associés d'une sorte différente.

Enfin, l'on peut observer les mêmes variations en comparant, non plus plusieurs animaux, mais le même singe au cours d'une seule expérience. Si l'on faradise un cerveau de quart d'heure en quart d'heure, on voit la forme et l'étendue de la zone excitable varier souvent considérablement entre deux excitations; on voit aussi le nombre et la disposition des points excitables contenus dans cette zone se modifier de toute façon, ou l'électrisation d'un même point déterminer successivement les mouvements les plus divers.

En résumé, pour des individus différents comme pour le même individu, il n'y a aucun rapport entre la région corticale excitée et la forme ou le siège du mouvement produit.

Sur le pouvoir fixateur de certains organes pour les alcaloïdes introduits dans le sang qui les traverse. Note de M. *P. Héger*. — 1° *Foie*. — Quand on injecte dans le bout central d'une veine mésentérique 38 centigrammes de nicotine et que l'on recueille le sang des veines sus-hépatiques jusqu'à la mort de l'animal, on retrouve dans ce sang 17 centigrammes de nicotine, tandis qu'il en reste une quantité un peu supérieure dans le parenchyme du foie. Les résultats sont les mêmes pour la quinine, la morphine, la strychnine.

2° *Tissus musculaires, etc.* — En injectant dans le bout périphérique de l'artère crurale une dose connue de nicotine, on constate que les 6/7 de l'alcaloïde traversent le réseau des membres inférieurs et se retrouvent dans le sang qui s'écoule par la veine fémorale.

3° *Poumons*. — Quand on a injecté 4 grammes de quinine dans la jugulaire, l'analyse des poumons, après lavage de leurs vaisseaux, montre que le tissu pulmonaire ne fixe pas de quantités appréciables d'alcaloïde.

Découverte de vaccin horse-pox. Note de M. *de Pietra-Santa*. — M. Le Blanc a été avisé qu'un cas de *horse-pox* spontané existait dans les écuries de M. Marx, aux Champs-Élysées. La lymphe vaccinale, recueillie sur des lancettes, fut portée avec succès par M. Chambon sur une génisse de trois mois par trois piqûres sur la mamelle, et par M. de Pietra-Santa sur d'autres génisses.

Diagnostic de la mort réelle. — M. *Peyraud* soumet à l'Académie une note « Sur un signe de la mort réelle, tiré des caractères de l'eschare produite par l'application des cautères et en particulier par l'application du caustique de Vienne » (extrait) : « La mort réelle peut être reconnue d'une façon pratique au moyen de l'application de cautères sur le sujet que l'on suppose mort : si l'eschare ne se produit pas, le sujet est *mort;* si elle est *jaune et transparente*, le sujet est *mort;* si elle est *noire* ou *rouge brun*, le sujet est *vivant.* »

Académie de médecine

SÉANCE DU 1er JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de M. le docteur Charles Brame (de Tours), accompagnée d'une liste de ses travaux thérapeutiques, à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant dans la section de thérapeutique, et pour le concours du prix Buignet; 2° une lettre de M. le docteur Rousseau, demandant l'ouverture d'un pli cacheté ayant trait à l'action du bromure de potassium dans le traitement de la goutte et du rhumatisme; 3° une lettre de M. le professeur de Campa, de Valence (Espagne), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger.

M. *Alphonse Guérin* présente, au nom de M. le docteur Rafinesque, une brochure intitulée : *Étude sur les invaginations intestinales chroniques.*

M. *Marey* offre en hommage un volume intitulé : *Physiologie expérimentale. Travaux du laboratoire de M. Marey.*

Eaux minérales. Présence du mercure dans la source du Rocher à Saint-Nectaire. — L'Académie a reçu dans son avant-dernière séance une lettre de M. le docteur Garrigou, relative au rapport lu, dans la séance du 4 mai, par M. Lefort au nom de la Commission des eaux minérales. Dans cette lettre M. Garrigou a prétendu que l'analyse faite par la commission académique n'avait pas porté sur le liquide qu'il avait désigné, c'est-à-dire sur une eau recueillie en 1877 en présence du maire de Saint-Nectaire et du directeur de l'établissement thermal.

Dans le but de réaliser le *desideratum* exprimé par M. Garrigou, l'Académie avait fait demander de l'eau en question à Saint-Nectaire; mais le maire et le directeur de l'établissement thermal ont répondu qu'il n'existait plus de l'eau recueillie en 1877 par M. Garrigou. C'est alors que la Commission des eaux minérales a délégué son rapporteur sur les lieux. Celui-ci a recueilli l'eau de la source en présence des autorités locales, et c'est sur cette eau qu'a porté l'analyse de la Commission académique, laquelle analyse a, comme on le sait, démontré l'absence du mercure dans la source du Rocher.

Telles sont les explications fournies par M. le *Secrétaire perpétuel* sur cette interminable question. Elles nous paraissent très claires et de nature à lever tous les doutes soulevés par M. Garrigou sur les opérations de la Commission.

Eaux minérales. Rapport général de la Commission pour l'année 1878. — M. *Fauvel* donne lecture du rapport général sur les eaux minérales pour l'année 1878. Ce document, très étendu et très développé, contient non seulement l'analyse des principaux travaux d'hydrologie adressés à l'Académie, mais encore un grand nombre de considérations relatives à l'exploitation des sources et à l'inspectorat médical.

Le manque d'espace nous empêche de reproduire le rapport de M. Fauvel, qui sera adressé au ministre et publié dans les *Mémoires de l'Académie*. Disons seulement que l'honorable rapporteur se prononce nettement en faveur du maintien du

système actuel, c'est-à-dire pour la surveillance des sources thermales par l'État et pour la conservation de l'inspectorat tel qu'il existe aujourd'hui, sauf quelques modifications en ce qui concerne le mode de nomination des inspecteurs.

Ce rapport donne lieu à quelques observations de la part de M. *Jules Guérin*, qui déclare n'en pas accepter les conclusions et se réserver d'en combattre plus tard les principaux arguments.

CHOLÉRA DES POULES. — Dans la discussion qui a eu lieu pendant la dernière séance sur la vaccine et la variole, M. Depaul avait émis quelques doutes sur les expériences pratiquées par M. Pasteur sur le choléra des poules. Il avait dit, entre autres choses, qu'il n'était nullement démontré que les poules de M. Pasteur fussent mortes par suite de l'introduction du microbe.

Une telle assertion ne pouvait rester sans réponse. Malgré les exigences d'un ordre du jour extrêmement chargé, M. *Pasteur* a pu obtenir quelques minutes pour expliquer à l'Académie une de ses plus importantes expériences.

L'honorable académicien a été d'une lucidité parfaite et a été écouté avec la plus grande attention. Nous reproduisons une partie de sa démonstration.

« Voici, dit M. Pasteur, un vase renfermant en large surface du bouillon de poule parfaitement pur; par là j'entends qu'il est, au contact d'un air pur, absolument dépourvu de germes d'altération quelconque; sa limpidité est irréprochable; voici deux autres vases qui sont troubles et qui tous les deux renferment une culture du microbe du choléra des poules : celui-ci était hier, à une heure de l'après-midi, dans le même état que le premier, renfermant le même bouillon et d'une limpidité parfaite. Pour le préparer, à l'occasion de la présente séance, dans l'état où il se trouve, je me suis servi de ce petit flacon contenant le microbe et de cette baguette de verre, affilée en pointe à la lampe. J'y ai plongé cette pointe, pointe fermée qui n'aspire rien, qui ne peut faire que se mouiller dans le petit flacon, et je l'ai transportée ensuite dans le grand. L'organisme, malgré cette quantité infiniment petite de semence, a pullulé avec une rapidité telle que, quelques heures après, des ondes soyeuses paraissaient dans le liquide, formées par des nuages animés de microbes, et que vingt-quatre heures après, le trouble était ce que vous le voyez; et maintenant ce liquide qui, hier encore, était du bouillon nutritif de poule, absolument inoffensif, dont on pouvait injecter sous la peau de l'animal, un, deux, dix, vingt centimètres cubes, sans provoquer ni la maladie ni la mort, est en ce moment tellement virulent que si vous faites passer sous la peau une très petite fraction de gouttelette du liquide, fût-elle d'un millième de goutte, l'animal périra, tout le corps rendu virulent, et après un désordre local dont je place ici devant vous les effets vraiment extraordinaires et effroyables. Voulez-vous, maintenant avoir la preuve que dans ce liquide, hormis la partie solide, animée, qui provoque ce trouble, il n'y a rien qui soit une cause de mort? En voici la preuve : filtrons le liquide à l'aide de cet appareil. Le liquide limpide qui passera au travers de ce filtre merveilleux, puisqu'il a retenu jusqu'au dernier tous les individus composant la colonie des microbes, injecté sous la peau, non par fraction de goutte, mais par dizaines de centimètres cubes, ne produira jamais la mort, pas plus qu'avant la culture. Votre esprit, monsieur Depaul, est-il satisfait? Pas encore, peut-être? Cette filtration vous gêne, c'est de la chimie, ce sont des cornues, comme vous dites. Eh bien! voici le virus enfermé dans un tube et pris, non sous sa forme d'individu adulte, mais à l'état de germes, germes si ténus que ce liquide qui en renferme des milliards de milliards vous apparaît presque limpide comme de l'eau distillée; dans ce tube il y a de quoi faire périr toutes les poules de la banlieue de Paris; suspendons ce tube pendant quelques jours dans un lieu à température constante: les germes tomberont au fond, et alors, si nous inoculons toute la partie liquide comparativement à une trace des couches inférieures, la première inoculation laissera la poule en pleine santé, la seconde produira la maladie et la mort. Parlez, si vous voulez, d'empoisonnement. Je ne connais pas plus que vous, ni personne, le mécanisme de la mort à la suite d'une maladie quelconque, pas plus que nous ne connaissons le mécanisme de la vie. Parlez de poison, si vous voulez, mais vous serez contraint d'ajouter tout d'abord que si un poison fait la mort, c'est le microbe qui engendra le poison. Si vous n'étiez pas satisfait, monsieur Depaul, de ces raisonnements et de ces preuves de chimiste, il ne me resterait qu'à vous exprimer mes regrets les plus vifs, en me permettant de penser *in petto* que peut-être si vous étiez « *mieux pré-* » *paré par des études spéciales* », nous nous trouverions plus facilement d'accord.

M. *J. Guérin* déclare que la démonstration de M. Pasteur ne l'a pas convaincu et sollicite M. Depaul afin de connaître son opinion.

M. *Depaul* répond que l'ordre du jour ne lui permet pas de développer sa réponse.

RAPPORTS. — M. *Bourgoin* donne lecture du rapport sur le prix Buignet.

— A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Accès d'asthme au cours d'un eczéma : M. Blachez. — Tumeurs sarcomateuses multiples : M. Millard. — Éruptions vaccinales généralisées : M. Laboulbène. — Un cas de lèpre : M. Vallin.

M. *Blachez* communique une observation relative à un enfant de vingt-trois mois, vigoureux, nourri au sein par une bonne nourrice et qui, atteint depuis l'âge de cinq mois d'un eczéma de la face et des oreilles qui s'était assez rapidement généralisé, a présenté des accès de dyspnée d'une intensité alarmante. (Voy. cette observation *Gazette hebdomadaire* n° 21, p. 331.) — En l'absence de tout symptôme de congestion ou d'inflammation thoraciques, on ne pouvait songer qu'à des accès d'asthme; mais quelle en était la cause? Il n'y avait pas de répercussion de l'éruption, le traitement peu énergique ne pouvait être incriminé, le genre de vie n'avait pas été modifié; n'y avait-il pas relation entre l'éruption et les accidents dyspnéiques, une sorte de réflexe nerveux sur l'appareil broncho-pulmonaire? M. Blachez a d'ailleurs traité déjà cette question dans la *Gazette hebdomadaire*, et des faits analogues, surtout au cours du zona, ont été cités par MM. Charcot, Leudet, Bärensprung; M. Marchetti (de Florence) a publié deux cas semblables suivis de mort, où l'on a trouvé des altérations inflammatoires des ganglions sympathiques cervicaux et du plexus solaire. Une semblable lésion ne peut-elle expliquer dans le cas actuel les symptômes observés?

M. *Millard* demande si le traitement de l'asthme, fumigations, injections calmantes, a été essayé.

M. *Blachez* a administré l'arsenic, puis la teinture de lobelia jusqu'à la dose de 40 gouttes; il aurait désiré s'attaquer à l'éruption elle-même, mais en présence des accidents alarmants il a cru devoir la respecter.

M. *Millard* pense que l'arsenic serait efficace contre la prédisposition de cet enfant aux accès d'asthme.

— M. *Millard* présente une malade offrant des tumeurs sarcomateuses ou fibro-plastiques généralisées. Au mois d'août 1878, cette femme entra à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Le Fort, avec des signes de tumeur abdominale probablement hépatique; envoyée au Vésinet, elle y contracta une pleurésie double; soignée de nouveau à l'hôpital Beau-

jon, elle guérit assez rapidement de cette affection; mais vers la fin de l'année elle se plaignit de douleurs du côté de l'estomac, qui, rapprochées de l'état général et des accidents premiers, firent songer à une leucocythémie, bien que la rate semblât normale; l'examen du sang ne justifia pas cette hypothèse. Vers cette époque apparurent six ou sept tumeurs sous-cutanées dont une, située dans l'aine, fut enlevée par M. Le Fort. L'examen histologique pratiqué par M. Malassez a révélé un sarcome fasciculé (Cornil et Ranvier) ou fuso-cellulaire (Wirchow), c'est-à-dire une tumeur fibro-plastique de Lebert. Deux autres tumeurs semblables le long du rachis, enlevées peu de temps après, ont montré l'absence de toute trace de tissu ganglionnaire et une structure en tout analogue à la précédente. — Au mois de février 1879, les tumeurs se multiplièrent, et, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, on donna l'iodure de potassium que la malade dyspeptique supporta difficilement. En juillet, l'état général s'aggrava; on constatait une tumeur nette dans l'hypochondre droit, siège du début de la maladie, et dépendant évidemment du foie: ascite notable, jambes œdématiées, variqueuses, facies cachectique, pas d'ictère. La teinture d'iode fut prescrite à l'intérieur jusqu'à 15 gouttes en vingt-quatre heures, sans grand effet; mais vers le mois de septembre, les tumeurs diminuèrent de volume par une sorte de retrait et de durcissement; jamais d'ailleurs elles n'ont paru avoir de tendance à se ramollir ou s'ulcérer. — Aujourd'hui on en compte dix-sept à dix-huit, indolentes, autour du corps thyroïde, aux deux fesses, le long du rachis et au bord antérieur du creux de l'aisselle; une ou deux sont adhérentes à la peau, les autres sont sous-cutanées. Deux petites tumeurs se sont reproduites au niveau des cicatrices des opérations d'ablation précédentes. L'appétit est revenu, l'état général, le facies sont bons, les varices sont très diminuées, l'ascite a disparu. La malade a présenté cependant au commencement du mois des symptômes non douteux de pleurésie sèche à gauche et de péricardite ayant laissé un bruit de frottement très net. L'affection semblerait avoir débuté vers la ménopause à l'âge de trente-huit ans; une réapparition des règles en juillet 1879 aurait, au dire de la malade, inauguré l'amélioration; depuis ce moment deux ou trois légers écoulements menstruels. La mère de cette femme est morte d'un cancer utérin. — Ce n'est actuellement, pense M. Millard, qu'une accalmie imprévue, mais le pronostic ne doit-il pas rester fatal?

M. *Laboulbène* a observé un homme d'une cinquantaine d'années présentant des tumeurs tout analogues quoique semblant plus vasculaires, et aussi un foie volumineux. L'examen histologique d'une tumeur enlevée au bistouri montra un sarcome fasciculé myxoïde. Sous l'influence de l'iodure de potassium une grande amélioration se montra, et le malade quitta l'hôpital. Il y revint assez longtemps après avec des tumeurs disséminées plus nombreuses, le foie encore augmenté de volume et un aspect cachectique marqué. Il succomba rapidement et l'autopsie confirma le premier diagnostic; dans quelques-unes des tumeurs on reconnut une certaine quantité d'éléments nucléaires. — Ce cas semble devoir confirmer le pronostic fatal porté par M. Millard.

M. *Labbé* a traité, dans son service, un malade du même genre, offrant depuis deux ans un état cachectique sans cause connue et porteur d'une petite *grosseur* de consistance lipomateuse au niveau de l'omoplate. Les éléments de la tumeur obtenus par une ponction exploratrice furent reconnus de nature sarcomateuse. Bientôt il présenta des signes de péricardite et des accidents pulmonaires dépendant sans doute de tumeurs analogues dans le thorax; la cachexie s'accentua et le malade mourut. L'autopsie ne put être pratiquée. Divers toniques, l'iodure de potassium, puis la teinture d'iode à haute dose et l'arsenic avaient été administrés. — M. Labbé soigne en ce moment une femme dont l'état de faiblesse semblait inexpliqué, lorsqu'il constata une petite tuméfaction au niveau du tibia qui fut prise d'abord pour une périostite; mais cette tuméfaction augmenta, puis deux ou trois autres semblables, d'apparence pulsatile, se montrèrent, et ces tumeurs se sont développées rapidement malgré l'iodure de potassium et la teinture d'iode.

M. *Rendu* a observé en 1873, dans le service de M. Vidal, un malade portant une série de tumeurs cutanées et sous-cutanées framboesioïdes tout analogues à celles du mycosis fongoïde. On enleva une des tumeurs, et l'on reconnut un sarcome embryonnaire avec quelques tractus fasciculés interstitiels. Sous l'influence du traitement se montra une amélioration notable, mais de courte durée, et le malade mourut. Il semble donc que dans ces cas il peut y avoir souvent des rémissions plus ou moins marquées, mais que le pronostic ne peut en être modifié.

M. *Dujardin-Beaumetz* relève ce fait que l'état général satisfaisant, la disparition presque absolue des lésions ascitiques et variqueuses, différencient nettement la malade présentée par M. Millard des autres cas qui viennent d'être rapportés.

M. *Labbé* fait remarquer que le malade dont il a parlé avait eu aussi des moments d'amélioration sensible, et qu'il n'a pu observer que la dernière période de son affection.

M. *Laboulbène* a vu aussi une amélioration très réelle chez son malade, avec disparition d'une ascite existante, et pourtant l'affection a repris sa marche progressive jusqu'à la mort.

M. *E. Besnier* reconnaît que chez la malade de M. Millard il s'est produit une rémission très marquée, phénomène qui n'est pas rare d'ailleurs, même dans les cancers du sein. Il insiste, en vue du pronostic, sur ce fait qu'il y a déjà récidive au niveau des cicatrices cutanées, ce qui indique toujours le caractère malin d'une tumeur de la peau.

— M. *Laboulbène* prend la parole à propos des éruptions vaccinales généralisées, dont la réalité lui semble démontrée. — Étant interne de Monneret, il a vu chez un enfant, à la suite d'une vaccination normale, apparaître en divers points du corps vingt-sept pustules vaccinales. L'inoculation du liquide de ces pustules à d'autres enfants a parfaitement réussi. Il signale deux observations récentes de même ordre, l'une de M. Padieu dans la *Gazette des hôpitaux*, l'autre de M. Gaillard, interne de M. Guibout. — On trouve dans la *Revue d'hygiène* que l'inoculation de la variole des bêtes à laine à 700 brebis a préservé, dans tous les cas moins 26, l'agneau d'une nouvelle inoculation positive; de plus, M. Depaul a rapporté à l'Académie de médecine le cas d'un enfant né de mère variolique et atteint de pustules de variole: ces faits semblent prouver que la variole de la mère transmet au fœtus la variole et que la vaccine de la mère lui donne l'immunité à l'égard de la vaccine. Il est donc d'une bonne pratique de vacciner les femmes enceintes en temps d'épidémie, et même de les revacciner, puisque les travaux de M. Colin ont démontré que le milieu variolique se reforme tous les dix ans.

M. *Dumontpallier* fait remarquer l'intérêt de l'observation de M. Laboulbène, puisqu'une vaccine légitime localisée a été obtenue avec le virus de pustules supplémentaires. — Il croit très important d'indiquer soigneusement le moment où apparaît l'éruption vaccinale secondaire; c'est vraisemblablement après une incubation de neuf à onze jours, comme pour l'éruption variolique inoculée, et non le troisième ou quatrième jour de l'inoculation vaccinale. Il n'y a plus d'auto-inoculation après le neuvième jour.

M. *Laboulbène* se souvient fort bien que dans le cas qu'il a cité, c'est en même temps que les pustules vaccinales légitimes se développaient au bras, vers le troisième ou quatrième jour et non vers le huitième, qu'apparurent les pustules sup-

plémentaires sur le corps. En résumé, il a observé une vaccine primitive dans les points inoculés suivie de très près d'une éruption vaccinale généralisée. Il avait à cette époque réuni sept cas analogues de divers auteurs.

M. *Damaschino* fait observer qu'il a réussi des expériences d'auto-inoculation jusqu'au treizième, seizième et dix-septième jour. — Il a vu un enfant né de mère variolique qui n'était porteur d'aucune trace de pustule, et sur lequel la vaccination avec le vaccin de génisse a fort bien réussi.

— M. *Vallin* présente un malade, arrivant de Cochinchine, dont le corps presque entier est recouvert de taches rondes circinées, brunâtres, avec des espaces de peau d'apparence saine au centre; la coloration ressemble à celle du pityriasis versicolor; le bord des zones brunes est en divers points légèrement saillant. Cette affection, qui date de deux ans et demi, revêt une marche envahissante. M. Lailler et la plupart des membres de la Société n'hésitent pas à voir là un cas de lèpre.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Corps étrangers de l'œsophage. — De la tarsotomie dans le cas de pied bot varus congénital. — Anesthésie par le bromure d'éthyle. — Election d'un membre honoraire.

M. *Desprès* présente deux aiguilles qu'il a extraites de l'œsophage. La première avait été avalée par une jeune femme et s'était arrêtée à l'orifice supérieur de l'œsophage. La malade étant à genoux et regardant le plafond, M. Desprès introduisit le doigt dans le pharynx; il sentit l'aiguille et piqua la pointe dans le doigt; le corps étranger fut ainsi ramené au dehors.

Moins d'un mois après, un individu arrive à Cochin, disant qu'il a avalé une aiguille dans sa soupe; le corps étranger était fixé au même point et fut extrait de la même façon.

— M. *le Secrétaire général* lit, au nom de M. *Poinsot* (de Bordeaux), membre correspondant, un mémoire sur la tarsotomie dans le cas de pied bot varus congénital.

— M. *Terrillon* continue sa communication sur le bromure d'éthyle. Il a eu l'occasion de pratiquer l'anesthésie générale sur quatorze malades; l'anesthésie a duré depuis huit minutes jusqu'à une heure. Comme Lewis l'a recommandé, M. Terrillon donne, dès le début, une dose assez forte; il y a peu de suffocation; le bromure paraît moins irritant pour la gorge que le chloroforme. L'anesthésie survient en une minute, et la résolution musculaire en trois ou quatre minutes. La face est congestionnée; sueurs assez abondantes; pupille toujours moyennement dilatée. Le pouls est toujours accéléré; la respiration est calme.

Dans la deuxième période, période d'état, il a été nécessaire d'interrompre plusieurs fois l'inhalation du bromure, mais pas longtemps chaque fois. Le pouls varie de 120 à 125 pulsations. La respiration est gênée par les mucosités qui tombent dans le pharynx. Au lieu d'observer des phénomènes d'anémie, comme avec le chloroforme, on observe des phénomènes de congestion.

Le réveil est rapide; il a lieu une minute ou deux après la cessation des inhalations; le malade n'est pas hébété.

Turnbull et Lewis affirment que les vomissements sont moins fréquents avec le bromure d'éthyle qu'avec les autres anesthésiques. M. Terrillon en a observé cependant quelques heures après le réveil, comme avec le chloroforme. En résumé, l'anesthésie est facile et rapide, et le réveil est facile et rapide aussi. Quant aux accidents, s'il peut y en avoir, ils seraient dus à la présence de mucosités dans le pharynx, et on pourrait les prévenir.

M. *Berger* a fait des essais qui conduisent aux conclusions de M. Terrillon. Il faut faire des réserves sur l'adoption définitive du bromure pour les anesthésies devant durer un temps assez long. M. Berger a été frappé de la facilité d'amener la mort chez les animaux en expérience, chez les lapins surtout. Chez les chiens, on détermine l'anesthésie sans arriver à la résolution; si l'on continue l'expérience, l'animal succombe rapidement. Chez les animaux, le bromure d'éthyle n'a aucun avantage sur les autres anesthésiques; M. Berger hésiterait à l'employer chez l'homme.

M. *Verneuil*. La question est encore à l'étude. M. Verneuil a été frappé de la singulière énergie de ce médicament. Ayant à opérer une femme pas nerveuse, qui avait un épithélioma de la joue, on fit l'anesthésie locale avec le bromure d'éthyle; bientôt la malade s'endormit, et on obtint l'anesthésie générale sans l'avoir cherchée. L'anesthésie locale avec le bromure est très précieuse quand il s'agit d'appliquer le fer rouge.

M. *Trélat* voudrait appeler l'attention de la Société sur un mode d'anesthésie qu'il emploie depuis deux ans : il donne du chloral à l'intérieur et fait respirer le chloroforme; d'autres fois, il se contente de faire prendre 5 ou 6 grammes de chloral à l'intérieur.

M. *Lucas-Championnière* a fait respirer le bromure d'éthyle pendant une heure trois quarts à une femme en travail; l'anesthésie est moins complète qu'avec le chloroforme; il voulait produire la demi-anesthésie des femmes en couches.

M. *Nicaise* a employé le bromure d'éthyle pour faire des cautérisations au fer rouge; il a obtenu une anesthésie suffisante pour opérer sans douleur. C'est le seul anesthésique que l'on puisse employer localement pour faire ensuite des cautérisations au thermo-cautère. En dehors de ce cas, M. Nicaise emploie beaucoup l'éther pour l'anesthésie locale.

M. *Terrillon*. La dilatation de la pupille, la congestion de la face et l'accélération du pouls sont des phénomènes normaux dans l'anesthésie par le bromure d'éthyle.

— M. *Maurice Perrin* est élu membre honoraire de la Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Sur la ténotomie partielle du muscle droit externe comme moyen à opposer au développement de la myopie progressive, par M. Abadie; rapport de M. Giraud-Teulon. — Etranglement interne par une bride; laparotomie; guérison. — Hernie inguinale congénitale compliquée de migration incomplète du testicule; pincement de l'intestin; kélotomie; castration; guérison. — Présentation d'un instrument.

M. *Giraud-Teulon* lit un rapport sur le travail de M. Abadie. Il expose que, dans cette note, l'auteur commence par rappeler la nature, le siège et la cause éloignée de la myopie. La *nature* de cette affection (car c'est une véritable et grave maladie dès qu'elle se manifeste et tant qu'elle progresse) est, comme chacun le sait aujourd'hui, une distension ou ectasie inflammatoire des tuniques oculaires dans leur moitié postérieure (staphylôme postérieur, scléro-choroïdite postérieure); son *siège* est un point parfaitement défini et constant, à savoir : le bord externe de l'anneau fibreux de pénétration du nerf optique dans la sclérotique; enfin sa *cause éloignée*, non moins absolument irréfutable, le travail des yeux à courte distance. Cette destruction progressive des yeux est donc un bien triste tribut payé aux progrès mêmes de la civilisation; sous ce rapport, nul sujet d'étude ne saurait plus intéresser les classes sociales consacrées à l'étude ou aux travaux industriels précis.

Le travail de près étant donc la cause reconnue de la myopie progressive, ou, plus précisément, de la production du staphylôme postérieur et de son développement, pour trouver

les moyens de parer à cette altération, il faut étudier le mécanisme même de la vision de près. Or, deux facteurs mécaniques président à cette fonction : dans chaque œil, considéré isolément, l'accommodation ; et, lors de leur concours associé, le mouvement de convergence des axes visuels. Auquel de ces facteurs, se demande avec raison l'auteur, doit-on attribuer ces funestes effets? A l'accommodation ou à la convergence?

Edifié sur ce point de mécanique physiologique, M. Abadie, d'accord en cela avec la presque unanimité des ophthalmologistes, exclut immédiatement l'accommodation de toute action directe sur la production du staphylôme. Reste donc l'influence de la convergence.

Mais comment s'exerce cette influence? Est-ce par le fait de l'excès de pression que l'adduction produit, par l'intermédiaire des muscles moteurs, sur le contenu du globe, excès particulièrement sensible dans le cas où il existe une insuffisance des muscles droits internes, comme le veut M. Giraud-Teulon? Cela peut paraître au premier abord rationnel ; mais pourtant, dans cette hypothèse, ce serait au pôle oculaire lui-même (région de la *macula lutea*) que devrait siéger le staphylôme; or, il n'en est rien; c'est au pourtour du nerf, dans sa région externe, qu'il s'observe constamment.

A ce mécanisme, M. Abadie préfère de beaucoup celui proposé par le docteur Emmert (de Zurich). Dans l'opinion de cet ophthalmologiste, lors d'une adduction un peu prononcée de l'œil ou d'une convergence rapprochée, le nerf optique se trouverait comprimé et *tiraillé* par le muscle droit externe, qui s'appliquerait sur lui. La portion externe de l'anneau optico-sclérien serait ainsi distendue ou le staphylôme accompli.

Après avoir exposé ces deux mécanismes si différents, et restitué la seconde portion de son argumentation omise par M. Abadie, et qui avait pour objet de montrer que, lors de la convergence prononcée, et surtout dans le cas d'insuffisance des droits internes, l'adduction exerce un tiraillement qui fait glisser l'une sur l'autre les doubles lamelles fibreuses qui constituent tant la paroi profonde de la sclérotique que la gaîne même du nerf optique, M. Giraud-Teulon montre que par là est changée graduellement en staphylôme une disposition locale créant en ce lieu un fond véritablement dépourvu de résistance, un point faible. Si telle n'est pas la cause exclusive et directe de l'ectasie des membranes profondes dont la myopie est le symptôme, tout au moins est-ce la plus logique à présenter dans l'état de nos connaissances.

La doctrine de M. le docteur Emmert, qui paraît à M. Abadie si complètement satisfaisante, présente-t-elle bien la supériorité que lui attribue ce confrère? Dans une démonstration rapidement esquissée au tableau, M. Giraud-Teulon démontre que cette hypothèse est radicalement contraire aux conditions géométriques locales du problème physiologique à résoudre. D'après les propriétés les plus élémentaires des triangles, il est absolument impossible, quel que soit le degré de la convergence, que jamais le nerf optique puisse être tiraillé. Toujours il demeure plus long que la portion libre du droit externe, qui, dans la pensée de l'auteur, devrait le tirailler. Que sa tête puisse arriver à être comprimée, c'est tout ce que l'on pourrait, à la plus grande rigueur, admettre ; mais au moment même où cette compression aurait lieu, si possible, à l'instant cesserait la vision dans cet œil et avec elle la convergence.

Ces questions préparatoires vidées, M. Giraud-Teulon et l'auteur se trouvent en présence d'un même point de départ pratique, à savoir que l'un et l'autre placent dans la convergence en excès et la complication qu'y apporte l'insuffisance des droits internes, l'origine même de l'ectasie progressive des membranes profondes de l'œil ou de la myopie.

Or, à ces conditions musculaires anomales, de Græfe a conseillé d'opposer la ténotomie du droit ou des droits externes, si manifestement indiquée pour l'asthénopie musculaire (insuffisance des droits internes), et qu'il propose d'étendre à cette autre grave manifestation de l'insuffisance de la convergence, à savoir : la myopie.

Mais M. Abadie est quelque peu arrêté dans l'adoption de cette méthode par la crainte de produire trop d'effet en pratiquant une ténotomie complète, comme pour le cas d'un franc strabisme. Ce strabisme étant absent, les conditions de longueur du muscle sont normales, dit-il, et il doit suffire d'affaiblir le muscle. A cet effet, il propose de substituer à une ténotomie complète une libération incomplète de la tête du muscle; le tendon ne devra être affranchi que sur les trois quarts ou quatre cinquièmes de son insertion. Ce procédé lui a donné déjà de bons résultats.

Après avoir reproduit l'exposé même de l'auteur, M. Giraud-Teulon exprime le regret que, dans ce sage retour vers les beaux travaux de de Græfe sur l'insuffisance musculaire et la thérapeutique chirurgicale à lui opposer, M. le docteur Abadie se soit arrêté aux dernières publications de l'éminent auteur sur cette matière, celles qui ont de si peu précédé sa mort (1870). S'il avait reporté son étude de dix ans plus en arrière, il aurait vu que cette ténotomie partielle, dans les circonstances mêmes dont il s'agit ici, de Græfe l'avait proposée dès 1860; que si, dans des travaux plus récents de dix ans, il n'en parle plus, c'est que cette méthode, si rationnelle en apparence, il a dû l'abandonner pour revenir à la ténotomie complète, prudemment dosée et strictement limitée, *mais complète.*

C'est que dans dix années, et les dix premières d'enfantement d'une méthode, on apprend chaque jour. Or, le nombre si considérable des strabotomies effectuées de 1860 à 1870 lui avait appris, comme à nous ultérieurement, que toute ténotomie qui oublie *quelques fibres* n'est pas suivie d'effet. Le muscle se retrouve sensiblement au lieu de la première insertion.

Le rapporteur termine en se félicitant de l'attention rappelée sur cette question par M. Abadie; elle a été, en effet, chez nous du moins, trop oubliée. On ne peut que la signaler derechef comme contenant en elle la véritable et radicale thérapeutique des myopies progressives, et des cas d'asthénopie musculaire rebelle à toute méthode hygiénique ou orthopédique. Mais en même temps, comme il faut rendre justice à chacun, M. Giraud-Teulon ajoute, d'après son expérience répétée, que les règles de cette intervention sont tout entières contenues dans les derniers préceptes formulés par le grand maître que la science a perdu en 1870.

— M. *Jules Bœckel* communique une observation d'étranglement interne par bride. Un homme de trente-sept ans, bien constitué, fut pris de pérityphlite avec péritonite (sangsues, glace, etc.). Au bout de cinq semaines, guérison.

Mais bientôt survint une rechute : constipation, vomissements bilieux, facies altéré; deux jours plus tard, vomissements fécaloïdes. Quand M. Bœckel vit le malade, la face était grippée, le ventre ballonné, surtout à l'épigastre et à l'ombilic; pas de tumeur. Les antécédents font penser à l'existence d'une bride comprimant l'intestin grêle. Le 17 avril, vomissements fécaloïdes; pouls à 130 pulsations.

Gastrotomie le 18 avril. Méthode antiseptique. Incision de 6 centimètres sur la ligne blanche, cette incision est prolongée jusqu'à l'ombilic. Les intestins sortis, on trouve dans le côté droit du ventre une bride verticale formée aux dépens du grand épiploon et comprimant une anse intestinale sans y adhérer. Cette anse mesurait 6 à 8 centimètres et partait du grand tablier épiploïque pour se perdre sur le mésentère; elle fut coupée entre deux ligatures de catgut. L'étranglement était nettement marqué sur l'anse intestinale formée de la première portion de l'iléon. L'intestin fut rentré dans l'abdomen. Suture métallique de la paroi abdominale. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 15 mai.

— M. *Pilate* (d'Orléans) lit une observation de hernie inguinale congénitale compliquée de migration incomplète du

testicule; pincement de l'intestin; kélotomie; castration; guérison.

— M. *Lucas-Championnière* présente, au nom de M. *Collin*, une scie circulaire destinée à couper les appareils plâtrés.

— M. *Panas* est élu membre honoraire de la Société de chirurgie.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Chevaux tués par des larves d'œstrides : M. Mégnin. — État normal de la trompe d'Eustache : M. Gellé. — Cause du premier bruit du cœur : M. Rosolimos. — Respiration des reptiles : MM. Regnard et Blanchard. — Présentation d'un stéthoscope perfectionné : M. Boudet de Pâris. — Expériences sur la température du cerveau et procédés à l'aide desquels on peut faire varier cette température : M. François-Franck.

M. *Mégnin* rapporte deux faits relatifs à des chevaux morts par pénétration de larves d'œstrides dans le bulbe. L'un a été déjà publié par M. Sirodot; l'autre est une observation personnelle. Dans le premier cas, l'animal présenta des accès convulsifs avec raideur tétanique du cou, qui restait fortement fléchi à gauche; il resta trois jours sans uriner et mourut. Dans le second, il mourut d'apoplexie foudroyante. Dans les deux cas, on trouva sur le bulbe rachidien une petite perforation circulaire, donnant accès dans un trajet au fond duquel on trouva un ver blanc, ayant tous les caractères d'une larve de diptère à sa première mue. M. Girard, dans le journal *la Nature*, a étudié le fait de M. Sirodot et pense qu'il s'agit de larve de muscide. M. Mégnin, au contraire, croit que dans les deux cas on s'est trouvé en présence de larves d'œstrides, et plus spécialement d'*œstrida cuticola* de l'espèce *Hypoderma bovis*. La pénétration jusqu'au bulbe se fait sans doute par le mécanisme suivant: une femelle pressée de pondre dépose ses œufs sur un cheval; celui-ci se lèche, se mordille au point ainsi irrité. Les œufs ou un œuf reste sur sa langue, arrive dans le pharynx, où il éclôt. La larve pénètre alors dans la poche gutturale, et perfore la membrane qui ferme l'hiatus occipito-sphéno-temporal. C'est la seule barrière qui la sépare du bulbe, dont les lésions sont dès lors imminentes.

— M. *Gellé*. On a récemment discuté sur l'état normal de la trompe d'Eustache; est-elle habituellement close ou béante? M. Fournié la croit béante; M. Gellé prouve qu'elle est close, ses parois étant accolées l'une à l'autre, comme celle de l'urèthre. Si elles étaient béantes, dit-il, le son pénétrant par elles et par la bouche, toute orientation par l'ouïe serait perdue. En outre, on devrait entendre lorsqu'on se bouche les oreilles; or, il n'en est rien, à moins qu'on ne fasse un mouvement de déglutition, la trompe d'Eustache étant alors momentanément dilatée. C'est parce qu'elles sont closes que l'on peut se moucher sans provoquer de fortes douleurs dans l'oreille et que la membrane du tympan ne présente pas pendant la respiration des oscillations comparables à celles d'un tambour inscripteur. Enfin il y a une preuve absolue qu'elles sont closes : sur une tête de chien, on ne peut faire passer une injection de mercure de la caisse dans le pharynx que sous une pression de 30 à 40 millimètres.

— M. *Rosolimos* (d'Athènes) donne une nouvelle explication du premier bruit du cœur. Il cherche à démontrer que la cause du premier bruit est due à la vibration des muscles tendineux qui s'attachent à la paroi ventriculaire des valvules; cette vibration est opérée par le sang qui s'expulse à travers le réseau formé par ces muscles pendant la contraction ventriculaire. Le bruit dure autant que la systole, à savoir pendant le temps que met le sang à passer à travers le réseau musculaire. M. Rosolimos, pour confirmer son opinion, invoque l'expérience de l'ablation des valvules. Si le premier bruit disparaît après l'ablation des valvules, c'est que les muscles tendineux ne peuvent plus alors se tendre et se mettre en vibration par le sang, leurs points d'attache étant détruits. M. Rosolimos ne croit pas nécessaire d'insister contre les nombreuses « hypothèses » qui ont été émises sur le premier bruit; il insiste seulement sur l'opinion qui est admise uniquement ou en partie par la plupart des physiologistes : sur la théorie de Rouanet. M. Rosolimos conclut que les valvules, n'ayant pas une partie libre, ne peuvent pas claquer (se mettre en vibration), comme le veulent les autres physiologistes.

— MM. *Regnard* et *Blanchard* continuent leurs recherches sur la respiration des reptiles. Chez le cepschalude (de Montpellier) la pause inspiratoire est séparée en deux parties par un petit commencement d'expiration; chez l'orvet, la pause est au contraire ininterrompue. Mais chez ces reptiles, comme chez tous les autres, le rhythme est le même : expiration brusque suivie d'une inspiration brusque, et pause inspiratoire.

— M. *Boudet de Pâris* présente un stéthoscope très perfectionné. Le corps de l'instrument est une sorte de tambour, limité par deux membranes de gutta-percha accordées à un ton de différence. Cette différence de tonalité paraît, d'après Prat, être la plus favorable aux bonnes résonnances; elle est réalisée dans la construction des violons, dont une table est en sapin et l'autre en érable. Un tuyau de caoutchouc flexible conduit les sons jusqu'à l'oreille; il présente les avantages suivants: 1° il aborde le stéthoscope entre les deux membranes et communique ainsi directement avec la caisse de résonnance de l'instrument; 2° il se bifurque et peut ainsi servir à l'auscultation binauriculaire, dont on sait aujourd'hui toute la valeur; 3° chacune de ces branches est munie d'un embout que l'on peut enfoncer dans le conduit auditif très près du tympan; il est démontré, en effet, que plus l'embout est voisin de la membrane, plus les sensations auditives sont distinctes et délicates.

M. Boudet présente ensuite un petit appareil qui, par l'application d'un bouton d'ivoire sur la conjonctive, permet l'auscultation des mouvements du globe oculaire. Grâce à cet appareil, M. Javal a pu constater que le déplacement de l'œil pendant la lecture se fait, non pas d'une façon continue, mais par saccades.

— M. *François-Franck*. (Les expériences relatives à la température du cerveau seront publiées dans le prochain numéro.)

X. ARNOZAN.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

CAUSES ET SIGNIFICATION DU NASONNEMENT, par PIENIAZEK. — Dans la voix nasonnée, le voile du palais reste immobile et ne vient pas fermer l'orifice postérieur des fosses nasales. Du reste, le voile du palais ne s'applique jamais exactement à la paroi postérieure du pharynx, il laisse toujours un intervalle, minimum pour la prononciation de la voyelle *a*, maximum pour celle des voyelles *o ou;* quand le son s'élève, l'intervalle diminue; il en est de même quand la voix passe du registre de poitrine à celui de tête. S'il n'y a pas nasonnement à l'état normal, cela tient à ce que l'espace est trop petit. On conçoit dès lors qu'une perforation, une paralysie du voile amène ce symptôme. (*Wiener med. Blätter*, n°s 23 et 24.)

CALCUL RÉNAL COMPOSÉ D'INDIGO, par M. W. M. ORD. — Il s'agit d'un calcul trouvé dans le bassinet droit d'une femme qui était morte d'un sarcome à cellules rondes du rein gauche. Ce calcul

pesait 40 grammes, une de ses faces était recouverte d'une couche bleu noirâtre. La composition chimique est la suivante : un peu de phosphate de chaux cristallisé; coagulum sanguin; forte proportion d'indigo : il est impossible de dire d'où vient l'indigo qui entrait dans la composition de ce calcul, jusqu'ici unique dans la science. (*Berl. klin. Woch.* 1878, p. 365.)

La glande aortique et le goitre aortique, par Wolfler. — L'auteur s'occupe d'un petit corps gros comme la tête d'une épingle qu'on trouve assez souvent chez l'enfant nouveau-né ainsi que chez les jeunes animaux, notamment chez le chien; ce corps est situé sur l'aorte ascendante et fixé à ce vaisseau par une sorte de diverticulum de la tunique celluleuse externe de l'artère. Il désigne ce corps sous le nom de *glande aortique;* par sa structure il est identique au corps thyroïde et, quand il s'hypertrophie, il devient le point de départ d'un goître, dit *goître aortique.* L'existence de cette glande est liée à celle du corps thyroïde, qui dans les premières périodes de la vie embryonnaire se trouve placé en avant de l'aorte, et qui peut-être abandonne quelques lobules à ce point; c'est là au moins une interprétation très plausible. (*Wien. medinische Wochensch*, n° 8, p. 198, 1879.)

Double atteinte de scarlatine en l'espace de dix semaines, par E. May. — S'il n'est plus permis de mettre en doute les cas de récidive des fièvres éruptives, il n'en est pas moins toujours intéressant de faire connaître les cas de ce genre, surtout ceux qui sont rarement observés et dont la récidive a lieu à courte échéance. Pour la scarlatine dont les signes généraux sont si variables au rash, une éruption sudorale peut induire en erreur; tel n'est pas le cas de M. May : il s'agit d'un petit garçon de quatre ans qui, en l'espace de dix semaines, fut pris à deux reprises différentes d'une angine intense avec fièvre intense (39 à 39°,5) et rougeur débutant par le cou, le dos, s'étendant à toute la surface du corps et suivie d'une desquamation abondante, de telle sorte que, selon le docteur May, il n'est pas douteux qu'il se soit agi les deux fois d'une atteinte de scarlatine. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 2 et 3 Heft, t. XI, p. 353.)

BIBLIOGRAPHIE

Quelle est la vertu de l'opium? par M. le docteur G. Pécholier. In-8 de 90 pages. — Paris, Asselin et Cie; Montpellier, Camille Coulet, 1880.

Le mémoire de M. G. Pécholier est le fruit de longues études et d'une observation sagace et attentive; déjà nous avons eu l'occasion d'appeler l'attention de nos lecteurs sur cet intéressant travail (voy. *Gazette hebdomadaire*, octobre 1879), mais nous n'avions alors qu'un résumé trop succinct; aujourd'hui que nous possédons le mémoire, nous compléterons notre analyse.

Médicament essentiellement complexe, l'opium ne jouit pas de propriétés limitées et peu variées, et on ne peut définir son action en disant : l'opium fait dormir, *in eo virtus dormitiva;* ses effets sont moins simples. D'après Brown, l'opium est toujours un excitant. Pour Hufeland, c'est un excitant du système circulatoire, un sédatif du système nerveux; c'est à peu près à cette opinion que se rattache M. G. Pécholier. Cependant il fait des réserves, et ne croit pas que l'opium agisse comme sédatif sur toutes les fonctions du système nerveux : « Sa seule action sédative directe, dit-il, est celle qu'il détermine sur la sensibilité. » Sur toutes les autres fonctions du système nerveux, il agit tout d'abord comme un excitant; cette puissance excitante est aussi marquée sur l'activité intellectuelle, sur la contractilité musculaire que sur la circulation et sur la respiration. Il est vrai qu'une action dépressive succède à l'excitation primitive, et que cette sédation est d'autant plus forte que l'excitation a été plus marquée; mais c'est là une sorte de fatigue, ce n'est pas l'effet principal, primitif et direct de l'opium.

Pour peu qu'on réfléchisse, il est aisé de comprendre que l'opium doit posséder des propriétés variables, liées à l'action différente des diverses substances qu'il contient. Si la *thébaïne*, la *narcotine*, la *papavérine* sont essentiellement douées d'un pouvoir excito-moteur, la *morphine* et plus encore la *narcéine* sont essentiellement sédatives, au moins pour ce qui a rapport aux fonctions du système nerveux. « C'est pourquoi, ajoute M. G. Pécholier, si la résultante opium a d'ordinaire les effets signalés plus haut, elle peut exceptionnellement exercer d'emblée une hyposthénisation sur toute l'activité nerveuse, suivant les idiosyncrasies, les divers états pathologiques et la composition du médicament lui-même. » Cette exception se montre, le plus souvent, chez ceux qui prennent de l'opium pour la première fois, à doses médiocres et à de longs intervalles. L'accoutumance rend à chaque principe actif ses effets propres.

Claude Bernard, après ses remarquables recherches sur les alcaloïdes de l'opium, avait conseillé d'employer surtout ces substances, dont on peut toujours à peu près prévoir et mesurer les effets. La pratique n'a pas toujours donné raison à cette manière de voir. De même que la digitaline ne remplace pas la digitale, de même, dans bien des cas, c'est encore à l'opium qu'il faut avoir recours; il s'impose tout entier dans son intégrité absolue : car ses principes, disparates au point de vue physiologique, se prêtent comme agents thérapeutiques un important appui.

A doses toxiques, mais cependant encore modérées, l'opium produit toujours la même succession de phénomènes; mais si les doses sont massives, les effets d'excitation sont supprimés, et l'opium produit d'emblée une véritable sidération.

L'excitation que produit l'opium sur les facultés intellectuelles est très marquée; c'est là un effet peu connu et sur lequel M. G. Pécholier insiste avec raison. De plus, chez un individu bien portant, on ne voit pas toujours l'opium à dose moyenne produire le sommeil; on observe souvent de l'insomnie; bien plus, l'accoutumance rend cette insomnie habituelle. L'opium augmente les sécrétions cutanées en même temps qu'il produit la diminution des sécrétions salivaire, intestinale et urinaire. En même temps la nutrition devient moins active, il y a, suivant l'énergique expression de l'auteur, une *catalepsie de nutrition.*

Après cette étude physiologique, M. G. Pécholier aborde l'étude thérapeutique de l'opium. On sait combien ses indications sont fréquentes; mais son indication principale se présente quand l'élément nerveux est en jeu, dans les spasmes, dans la douleur. Les contre-indications de l'opium se résument toutes dans l'existence d'une hyperhémie : « Tant que le pouls est petit, mou, dépressible, l'opium est rarement contre-indiqué; mais quand le pouls devient plein, et surtout plein et dur, l'opium est presque toujours nuisible. » M. Pécholier rappelle que l'opium étant un agent actif pour empêcher la désassimilation, on comprend comment il peut être utile dans le diabète. Enfin M. Pécholier termine son mémoire en rappelant les effets funestes produits par l'abus de l'opium.

Nous avons résumé, aussi fidèlement que nous l'avons pu, cet intéressant mémoire; mais nous ne saurions trop engager nos lecteurs à l'étudier plus complètement eux-mêmes. L'opium c'est le médicament de chaque jour, c'est l'arme toujours préparée. M. G. Pécholier a donc rendu un véritable service en l'étudiant aussi complètement qu'il l'a fait. Chaque chapitre est basé sur des observations nombreuses, bien analysées; le style en est clair et sans développements inutiles : c'est un mémoire court, si l'on considère le nombre de pages, mais qui contient beaucoup de faits.

H. Chouppe.

VARIÉTÉS

LES TROUBLES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Nous n'avons point voulu parler jusqu'à ce jour des désordres regrettables dont la Faculté de médecine de Montpellier vient d'être le théâtre. Nous espérions qu'après quelques jours d'exaltation et d'effervescence juvénile, les étudiants sauraient comprendre l'inanité et les inconvénients de semblables manifestations. Nous comptions aussi que des mesures énergiques prises par l'autorité administrative mettraient fin à un scandale qui pourrait, s'il se prolongeait, compromettre sérieusement les intérêts d'un membre de l'enseignement supérieur et ceux d'un grand nombre d'étudiants. Mais on affirme que, malgré les avis du doyen et les remontrances des professeurs, quelques étudiants sont décidés à recommencer, au moment de la réouverture de l'Ecole, le tumulte qui a rendu nécessaire la suspension de tous les cours. Il importe donc, pour prémunir, contre des excitations intéressées, le plus grand nombre des étudiants, et aussi pour faire connaître l'origine et la portée de ces incidents, de sortir de la réserve que nous nous étions imposée.

Nous n'avons, en ce qui nous concerne, ni à juger ce qu'a pu dire ou écrire M. le professeur agrégé Amagat, ni à rechercher si une enquête sérieuse, faite d'urgence par le conseil académique ou par une commission nommée par le ministre, n'aurait point dû établir, dès le début de cette malheureuse affaire, jusqu'à quel point M. Amagat a pu commettre, dans ses leçons publiques les excentricités ou les imprudences qu'on lui reproche. Ce que nous voulons dire et ce que nous croyons pouvoir affirmer c'est que la politique et les questions religieuses ont été invoquées bien à tort pour expliquer la décision prise par le ministre de l'instruction publique. Nous nous bornerons donc à exposer des faits qui ne pourront, nous l'espérons, être contestés.

Lorsque la maladie de M. le professeur Martins eut rendu nécessaire la nomination d'un professeur chargé du cours d'histoire naturelle, le doyen, M. Moitessier, et la Faculté tout entière demandèrent que ce chargé de cours ne fût pas M. Amagat. Les explications données par celui-ci à ses collègues n'avaient pas paru satisfaisantes, et le rapport de M. Bertin, dont on ne pourra nier ni l'esprit libéral ni la modération, avait été adopté *à l'unanimité* par l'assemblée des professeurs. M. Guillaud, professeur à Bordeaux, dont on avait d'abord demandé le concours, n'ayant pu accepter, le ministre désigna M. Planchon, professeur à la Faculté des sciences, et M. Sabatier, agrégé rappelé à l'activité, pour faire au Jardin des plantes et à la Faculté des conférences d'histoire naturelle. C'est contre cette délégation parfaitement régulière que, cédant à de fâcheuses incitations, les étudiants ont protesté par leurs bruyantes manifestations. Comme ils prétendaient lutter pour défendre les droits méconnus de l'agrégation, tous les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier se sont réunis, et, *à l'unanimité*, ils se sont déclarés satisfaits des explications fournies par le doyen et prêts à soutenir, avec lui et avec l'assemblée des professeurs, l'opportunité et la justice de la mesure qui évinçait M. Amagat. Celui-ci a donc été abandonné par tous les professeurs et par tous ses collègues.

Il nous semble qu'en pareille occurrence, il importe que, le plus rapidement possible, des mesures énergiques soient prises pour donner à l'enquête qui va être faite par le conseil académique la plus grande publicité, pour affirmer, s'il y a lieu, les droits de la Faculté et de l'administration centrale, et pour faire comprendre aux élèves qu'en défendant l'honneur et la dignité de l'enseignement, leurs maîtres ne sont guidés par aucun esprit de parti; mais que leur seul but est de lutter pour assurer dignement le fonctionnement des cours magistraux. L'esprit libéral et la conduite si correcte des professeurs chargés de la suppléance de M. Martins, auraient dû faire taire les susceptibilités qui se sont manifestées. Nous espérons que, mieux conseillés et mis au courant de tous les faits révélés par l'enquête, les étudiants de Montpellier sauront comprendre où est leur devoir et quels sont leurs intérêts.

ISOLEMENT DES VARIOLEUX. — PROJET DE RÉPARATIONS A EXÉCUTER A LA MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — RAPPORT DE M. BOURNEVILLE.

Nous avons, il y a quinze jours (n° du 14 mai, p. 314), appelé l'attention sur les inconvénients qui résultent, au point de vue de l'isolement des varioleux, de l'insuffisance de nos établissements hospitaliers et en particulier de la Maison municipale de santé. M. le docteur Bourneville veut bien, à ce sujet, nous adresser un rapport qu'il a fait le 1er mai dernier au Conseil municipal, et qui engage l'administration à profiter de toutes les occasions qui se présenteront pour isoler la Maison municipale de santé. Le projet recommandé par ce rapport aurait le double avantage d'isoler la maison Dubois et de rendre possible la construction d'un laboratoire et d'un pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses, entre autres pour la variole.

« Autrefois, dit M. Bourneville, les varioleux étaient admis à la Maison de santé. Des *réclamations* ayant été formulées, l'administration a cessé de les y recevoir. Aussi il arrive ceci, c'est qu'on y amène des varioleux qu'on est obligé de refuser, ou que, la maladie n'étant pas reconnue au début, les malades sont reçus et, l'éruption s'étant développée, on les renvoie. De là de grands dangers pour l'existence même de ces malades. »

La constatation officielle de cet état de choses ne saurait nous laisser indifférent. Nous sommes heureux d'apprendre que, sur l'initiative du Conseil municipal, on va chercher à y remédier. Mais il faudra du temps pour profiter des occasions qui pourront se présenter dans le but d'obtenir l'isolement de la Maison municipale de santé. Ne serait-il pas préférable d'instituer dès aujourd'hui, dans quelques-uns des hôpitaux dépendant de l'Assistance publique des pavillons d'isolement avec chambres payantes? Les frais seraient peu considérables et les difficultés administratives seraient aisément surmontées. C'est ce qui se fait d'ailleurs à Londres, grâce aux efforts de la Société *The home hospitals association for paying patients*. On consultera, avec intérêt sur ce sujet un livre du docteur Henry C. Burdett dont une analyse détaillée a été publiée dans la *Revue d'hygiène* (1880, p. 243). Ce qu'il importe, à Paris, c'est de faire cesser rapidement une situation qui ne peut être trop sévèrement jugée aux points de vue de l'humanité et de l'hygiène publique. Nous profitons de cette occasion pour signaler, dans le rapport de M. Bourneville, divers projets ayant pour objet de construire une salle de consultations externes à l'hospice de la Salpêtrière, d'y installer un service balnéaire et hydrothérapique, d'apporter à l'installation de ses divers services des modifications jugées indispensables, d'améliorer également l'organisation de l'hôpital de Bicêtre, enfin de nommer un médecin suppléant résident dans ces deux hospices.

L. L.

Hôpitaux de Paris. — Par suite du décès de M. Charles Bernard, M. Quinquaud passe de l'hospice Brézin, de Garches, à l'hospice d'Issy.

École de médecine d'Alger. — Sont maintenus dans les fonctions de suppléants : M. Caussanel (anatomie et physiologie), pour un an ; M. Stéphann (chirurgie et accouchements), pour trois ans ; M. Bourbier (médecine), pour deux ans.

Nécrologie. — On annonce, dit le *Corrézien*, qu'un crime épouvantable vient d'être commis à Ségur. Le docteur Dumas a été assassiné, et son neveu est sous la main de la justice. On croit que le crime aurait été commis à la suite de menaces et de tentative d'extorsion d'argent.

— On signale, à Hyères, la mort de M. le docteur Vérignon, qui jouissait, dans cette station médicale, d'une réputation méritée.

Anthropologie. — A Berlin doit se tenir, le 5 août de cette année, comme les journaux l'ont annoncé déjà, une exposition d'objets concernant l'anthropologie et l'archéologie, exposition qui coïncidera avec la réunion générale de la Société d'anthropologie allemande. Les journaux de ce pays annoncent que l'exposition contiendra les envois de 114 musées ou collections archéologiques, 8 paléontologiques et 16 craniologiques. On annonce également nombre d'objets de l'époque du renne, objets présentant le plus haut intérêt, et qui sont envoyés de toutes les parties de l'Allemagne, surtout le centre et le sud. On y joindra les objets trouvés dans les cavernes depuis les frontières de la Suisse jusqu'en Westphalie et dans le Harz. Les fouilles pratiquées dans les marais du nord de l'Allemagne fourniront quelques pièces rares et curieuses.

AVIS. — Le confrère qui a bien voulu nous adresser une note sur l'*épanchement intra-articulaire du genou*, et dont le manuscrit ne portait pas de signature, est prié de vouloir bien nous faire connaître son nom.

Mortalité a Paris (21e semaine, du vendredi 21 au jeudi 27 mai 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1174, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 51. Variole, 67. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 12. — Diphthérie et croup, 45. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 9. — Affections puerpérales, 16. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 71. — Autres affections générales, 138. — Bronchite aiguë, 38. — Pneumonie, 87. — Diarrhée infantile et athrepsie, 97. — Autres maladies locales : aiguës, 59; chroniques, 167; douteuses, 51. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 39. — Causes inconnues, 4.

Bilan de la 21e semaine. — On peut dire, malgré quelques faibles variations, que nos affections épidémiques demeurent redoutables, mais semblent stationnaires. Si, en effet, nos décès par variole se sont quelque peu accrus (de 53 à 67), cependant, comme cet accroissement des décès varioleux n'a pas été accompagné d'une augmentation du nombre des cas nouveaux observés dans les hôpitaux (109 dans la 21e semaine et 110 dans la 20e), on peut présumer qu'il résulte du mouvement de hausse sans doute survenu dans les cas d'invasion pendant la 19e semaine, au moins à en juger par les hôpitaux qui, dans cette semaine, ont accusé 121 cas nouveaux. Si, il y a trois semaines, le même mouvement de hausse s'est aussi produit en ville, il est naturel que l'on constate pour la présente semaine plus de décès varioleux; mais comme ce mouvement n'a pas persévéré dans les hôpitaux, il y a lieu d'espérer que cette surélévation dans le chiffre des décès sera également passagère. Quoi qu'il en soit, on voit que notre mortalité par épidémie, soit typhique, soit variolique, reste toujours fort exagérée. Sans doute, la diphthérie a faibli; mais les affections puerpérales, dont nous nous étions trop hâté de célébrer la diminution durant la 18e semaine, ont repris presque leur intensité de la 16e semaine. Il en résulte que nos considérations d'alors sur la mesure de leurs sévices sont presque encore applicables à la semaine actuelle. De leur côté, le nombre des décès enfantins par suite de rougeole, qui s'était quelque peu amoindri, est remonté au taux de la 19e semaine.

En résumé : insignifiante oscillation dans l'intensité des affections épidémiques qui conservent leur fâcheuse activité, taudis que des atténuations notables dans les nombres de décès par maladies aiguës en général, et spécialement par maladies de poitrine, ont entraîné une diminution de l'ensemble des décès, malgré l'accroissement marqué (197 à 223) de ceux de zéro à un an, dû surtout à l'athrepsie.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Chimie pathologique : recherches d'hématologie clinique, les altérations du sang dans les maladies, nouveau procédé du dosage de l'hématologie, pouvoir oxydant du sang, matériaux solides du sérum, par le docteur Quinquaud, avec introduction de M. le professeur Schutzenberger. 1 vol. in-8. V. A. Delahaye et Cie. 6 fr.

De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6e et 11e paires, par le docteur Landouzy, etc. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr.

Contribution à l'étude clinique du mal de Bright, par le docteur Alibert. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De l'hémianopsie, précédée d'une *Étude d'anatomie sur l'origine et l'entrecroisement des nerfs optiques,* par le docteur Volny Belleuard. In-8, avec figures. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Étude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus, par le docteur Lebec. In-8, avec 2 planches. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

Étude sur le vitiligo, par le docteur Chabrier. In-8, avec une planche coloriée. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 2 fr. 50

De la ponction et de l'incision dans les maladies articulaires, par le docteur Timothée Piéchaud. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Étude sur les hydrocèles symptomatiques des tumeurs du testicule, par le docteur Boursier. In-8. Paris. V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par J. Péan. Tome Ier, 1 vol. in-8, avec 141 figures intercalées dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Ce. 15 fr.

Les relations pathogéniques des troubles nerveux ou les troubles nerveux étudiés dans leurs rapports réciproques de cause à effet avec les autres phénomènes morbides, par le docteur A. Fabre. Leçons recueillies par le docteur Audibert. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 8 fr.

Des localisations dans les maladies cérébrales, par le docteur J. Grasset. 3e édition revue et considérablement augmentée. 1 vol. in-8, avec 6 planches et 8 figures dans le texte. Paris, V. A Delahaye et Ce. 9 fr.

Conseils d'hygiène et d'alimentation pour tous les âges de la vie, résumés en trois mille aphorismes, par le docteur J. Gérard. 1 vol. in-18. Paris, V. A. Delahaye et Ce. 5 fr.

Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des traumatismes cérébraux, par le docteur Amand Chevallereau. In-8, V. A. Delahaye et Ce. 2 fr.

De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire, par le docteur Combe. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Ce. 1 fr. 50

Traitement local de l'angine diphthéritique par les injections directes de coaltar saponiné Le Beuf, par le docteur John Lemoine. In-8. V. A. Delahaye et Ce. 1 fr. 50

La métalloscopie, la métallothérapie ou le burquisme. Conférences faites par le docteur Dumontpallier, médecin de l'hôpital de la Pitié. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Ce. 1 fr. 50

Étude sur la phthisie pulmonaire chez les arthritiques, par le docteur V. Latil. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Ce. 2 fr. 50

Nouveaux procédés de dilatation des rétrécissements de l'urèthre. Procédés des docteurs Léon Le Fort et E. Langlebert, par le docteur Jonathan Langlebert. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Ce. 3 fr.

Nouvelles considérations sur l'ostéotomie dans les incurvations rachitiques des membres, par le docteur Jules Boeckel. In-8. de 102 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

Traité clinique des maladies de la moelle épinière, par E. Leyden, traduit avec le consentement de l'auteur par les docteurs Eugène Richard et Charles Viry. 1 vol. in-8, de 800 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 14 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 10 juin 1880.

Académie de médecine de Belgique : LE MICROBE ET LA PÉRIPNEUMONIE DE L'ESPÈCE BOVINE.

Les difficultés s'accumulent et s'accumuleront de plus en plus, on peut le prédire, devant ceux qui paraissent si décidés à voir toujours dans les microbes un des produits accidentels de la maladie où on les rencontre, et jamais la cause même de cette maladie. Il y a deux sortes d'esprit scientifique, également louables, également utiles, mais dont la valeur effective procède surtout de la mesure qu'on sait y garder. Il est des esprits enclins à entrer en guerre contre l'invasion de tout fait nouveau, principalement quand il dérange de longues croyances ou des doctrines enracinées, et qui, s'ils se rendent un jour, revendiquent l'honneur de s'être rendus les derniers. « S'il n'en reste qu'un, je serai celui-là ! » Il en est d'autres qui, à certains caractères des faits nouveaux, aux garanties d'autorité qui les entourent, aux témoignages de la démonstration expérimentale, à leurs analogies avec d'autres faits connus, y entrevoient de bonne heure une lueur de vérité et les entourent de sympathie et d'encouragement. Nous croyons avec force que ceux-là sont bien avisés qui apportent cette dernière disposition à l'examen des faits annoncés par M. Pasteur. Voyez ce qui s'est passé depuis que les mémorables expériences de M. Davaine, confirmées par celles de MM. Pasteur et Toussaint, ont rendu indéniable l'origine parasitaire des maladies charbonneuses. Alors les théoriciens, Chauffard en tête, avec sa dialectique savante et séduisante, voulaient bien faire le sacrifice du charbon; mais c'est que le charbon était une maladie unique dans son espèce, et ne ressemblait en rien aux maladies infectieuses; celles-ci, par leur *incubation,* par leur *évolution,* étaient un terrain absolument interdit à la théorie parasitaire. Or, les expériences de M. Pasteur sur le choléra des poules sont déjà un démenti formel à cette affirmation; mais voilà qu'il en arrive de Belgique un autre qui a tout l'air, quant à présent, de n'être pas moins catégorique. On connaît les beaux travaux de M. Willems sur la péripneumonie exsudative de l'espèce bovine, principalement sur l'incubation préventive de cette maladie. Dans un important mémoire, lu récemment à l'Académie de médecine de Belgique, il vient de résumer l'ensemble de ses travaux sur ce sujet en les complétant par des recherches nouvelles. Le seul point que nous voulions faire ressortir ici est le suivant : pour M. Willems, comme pour MM. Cousot, membre titulaire de l'Académie, Verriest et Bruylants, professeurs à l'Université de Louvain, *la péripneumonie exsudative doit prendre place dans la classe des affections parasitaires.* Elle est causée par un microbe, dont la culture a été faite avec un plein succès, et qui a été reproduit jusqu'à la huitième génération, en quantité innombrable, dans un liquide approprié. « Cette découverte, ajoute le procès-verbal de la séance (29 mai), *permettra probablement bientôt de faire un liquide inoculable sûr et abondant.* »

Nous ne demandons pas qu'on accepte les yeux fermés les faits attestés par le mémoire, ni comme immanquables les conséquences pratiques qu'on espère en tirer. Il nous suffirait qu'on voulût bien attendre sans esprit d'opposition, et avec un entier dégagement de toute prévention théorique.

FEUILLETON

Bibliographie d'André Du Laurens, premier médecin du roi Henri IV et chancelier de l'Université de Montpellier, avec **Quelques remarques sur sa biographie** (1558-1609).

(Suite. — Voyez le numéro 21.)

HISTORIA ANATOMICA *humani corporis et singularum ejus partium, multis controversiis et observationibus novis illustrata, auctore Andrea Laurentio, regis consiliario et medico ordinario ejusdemque in Monspeliensi Academia professore, ad Henricum IV, Galliæ et Navarræ regem Christianissimum.* Tel est le titre du magnifique grand in-folio qui parut au commencement de l'année 1600, chez Jamet Mettayer et Marc Orry, à Paris.

Sur l'exemplaire de la Bibliothèque Nationale (1) la date a été ajoutée à la main, et sur celui de la Bibliothèque Mazarine, n° 4480; chez Marc Orry, elle (M.D.C.) est gravée avec le reste du frontispice, qui a au verso un portrait de Henri IV, différent des autres. La dédicace au roi n'est pas non plus datée; mais l'avis « studioso lectori » porte : *Datum in Aula regia anno Domini millesimo quinquagesimo nonagesimo nono,* ce qui a fait croire à quelques bibliographes que l'*Historia anatomica* avait été publiée en 1599.

Il y est dit que Du Laurens avait édité, quelques années auparavant, à la sollicitation de ses amis, quelques livres d'anatomie que beaucoup avaient trouvés dignes de louanges, mais qui n'avaient pas assez complètement satisfait l'auteur. Il a donc remanié tout son ouvrage, et les cinq livres des *Opera anatomica* de 1593 sont devenus les douze livres de l'*Historia anatomica.* Il a entrepris, dit-il, d'expliquer ce qu'ont d'obscur les livres anatomiques d'Hippocrate et des Anciens; de venger Galien des calomnies presque sans nombre des nouveaux, sans toutefois lui sacrifier la vérité (*non ita tamen*

(1) Probablement celui qui avait été offert au roi. Magnifique reliure.

HISTOIRE ET CRITIQUE

LE BROMURE D'ÉTHYLE EMPLOYÉ COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL ET LOCAL.

Le bromure d'éthyle, dont les propriétés anesthésiques avaient déjà été étudiées par Nunneley peu après la découverte de l'éthérisation, vient d'être employé de nouveau en Amérique comme anesthésique local et général. En septembre 1877, le docteur Turnbull, de Philadelphie, commença une série d'expériences sur des animaux, sur lui-même et sur quelques malades.

Les résultats de ces premières recherches furent communiqués en 1878 à la Société médicale de l'État de Pensylvanie, puis en 1879 au meeting de l'Association britannique à Cork, puis au Congrès international d'Amsterdam. Les premières opérations pratiquées par le docteur Turnbull se rapportaient principalement à la chirurgie ophthalmologique, et ne demandaient par conséquent qu'une anesthésie de courte durée. Il fallait donc, pour rendre les expériences plus concluantes, appliquer le nouvel agent anesthésique aux opérations de la grande chirurgie ; c'est ce qui a été fait en 1879 par le docteur Levis, chirurgien de l'hôpital du Collège Jefferson. Les résultats obtenus par ce praticien ont été consignés dans le *Medical Record*, de New-York (n^{os} du 6 et du 27 mars 1880). Cet agent anesthésique a encore été étudié en Amérique par le docteur Conner, de Cincinnati (*The Cincinnati Lancet and clinic*, 1er mai 1880).

Les propriétés anesthésiques du bromure d'éthyle ont été récemment étudiées en France par M. Terrillon, qui a publié le résultat de ses expériences et de sa pratique dans le *Bulletin de thérapeutique* (n^{os} du 15 et du 30 avril, et du 15 mai 1880). En 1854, M. Ed. Robin avait présenté à l'Académie des sciences une courte note dans laquelle il relatait le résultat de quelques expériences sur les oiseaux.

Le bromure d'éthyle ($C^2H^5B^2$) est un liquide assez dense (1,419), très volatil, d'une saveur brûlante comme celle du chloroforme. Il possède une odeur légèrement éthérée, mais peu pénétrante et non irritante comme celle de la plupart des liquides employés pour l'anesthésie. Il entre en ébullition à 40°,7, il n'est pas inflammable. Si nous ajoutons que le bromure d'éthyle est d'une préparation facile, et qu'il se conserve longtemps sans s'altérer, nous aurons fait connaître les principaux caractères de cet agent qui présente, comme on le voit, de grands avantages sur l'éther ou le chloroforme. N'étant pas inflammable, il n'a pas les inconvénients de l'éther, auquel on reproche avec raison d'exposer les malades à des conflagrations souvent dangereuses; d'une odeur peu prononcée, il incommode moins le chirurgien et ses aides que le chloroforme ou l'éther, dont les vapeurs sont toujours fort désagréables.

Parlons maintenant des propriétés anesthésiques de cet agent. Employé à la dose de 4 à 6 grammes, le bromure d'éthyle détermine une anesthésie assez rapide. Il n'est pas nécessaire pour arriver à ce résultat d'avoir recours à aucun appareil spécial: la compresse qui sert habituellement pour le chloroforme est parfaitement suffisante. Après deux ou trois minutes d'inhalation, le malade tombe dans une période d'insensibilité qui permet de pratiquer des opérations de courte durée. Mais ce n'est pas sans traverser une certaine période d'excitation et sans présenter quelques phénomènes qu'on observe avec l'emploi des autres agents anesthésiques, et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir un peu plus loin. Signalons cependant un avantage assez appréciable en ce qui concerne l'inhalation. Le bromure d'éthyle étant peu irritant, n'excite pas les voies respiratoires et ne détermine, ordinairement, ni suffocation ni toux pendant les premières inspirations ; d'un autre côté, les malades, au lieu de présenter cette paleur et cet aspect presque cadavérique qu'on observe avec le chloroforme, ont habituellement une congestion marquée de la face et du cou, ce qui permet de supposer que l'anémie cérébrale et la syncope, si redoutables avec le chloroforme, ne sont pas à craindre avec cet anesthésique.

Les nombreuses observations publiées en Amérique par le docteur Levis semblaient prouver que le bromure d'éthyle, employé comme anesthésique général, avait sur les agents habituellement employés des avantages considérables et pouvait remplacer l'éther et le chloroforme dans un bon nombre de cas, surtout ceux dans lesquels il n'est pas nécessaire d'obtenir une insensibilité très prolongée. Ce chirurgien a pu obtenir, sur plus de soixante malades, une anesthésie suffisante pour des opérations dont la durée variait de dix à trente minutes. A part quelques vomissements, les opérés n'avaient présenté aucun symptôme grave, et, avantage considérable, la période d'excitation avait été évitée ou très atténuée dans la presque totalité des cas.

Les expériences pratiquées en France sur des animaux, par MM. Terrillon et Yvon, avaient également donné des résultats très encourageants. Des cochons d'Inde et des cobayes placés dans un grand bocal contenant 4 ou 5 grammes de

---

ut ei plus faveam quam veritati), et il ajoute : « *Ego enim hactenus is fui, qui nullius jurare in verba magistri asserui.* » On peut reprocher certainement à André Du Laurens de n'avoir pas assez puisé dans son propre fonds. En cela, il allègue ses occupations à la cour et son assiduité auprès du roi. D'ailleurs, il faut bien le dire, cet énorme in-folio de 603 pages est loin d'être aussi médiocre que certains bibliographes ont essayé de le faire croire.

J'ai parlé ailleurs (*Gaz. hebd.*, 1878, p. 131. *Études hist.*, p. 68) du frontispice, du portrait et des planches anatomiques qui ornent ce magnifique volume. Je dois énumérer ici les éloges en vers latins et grecs qui occupent les premières pages. Le premier est de Jean de la Rivière, premier médecin du roi, à son collègue André Du Laurens. Un autre, plus étendu, « Ad dominum Andream Laurentium », est signé de François Rousset, médecin du roi (1). Une troisième pièce, en iambes de six pieds, « In invidum detractorem » est de son frère, Richard Du Laurens, médecin du roi. Dans une quatrième pièce, Raymond Massacus, doyen du Collège de médecine d'Orléans, glorifie le « præclarum opus anatomicum ». Puis l'Université de Montpellier célèbre à son tour la gloire immortelle due à son élève très méritant. Viennent ensuite un quatrain et un distique de Jean Aubery de Moulins, en reconnaissance de l'amitié et des bontés de son très vénéré maître ; un quatrain en grec sur le *deuxième* ouvrage d'anatomie et un épigramme en latin de Fr. Perreau, qui avait déjà loué le premier ouvrage de 1593. Charles Achard, un des neveux de Du Laurens, *sororis filius*, et Is. Casaubon, le premier en vers latins, le second en vers grecs, adressent aussi leurs éloges au livre d'anatomie. Enfin, un anagramme en grec, expliqué par un distique latin, signé d'un ν et d'un γ. Le privilège, à la dernière page du volume, est daté de Fontainebleau, le 4 octobre 1599.

C'est l'œuvre capitale d'André Du Laurens. Elle a été

(1) L'auteur de l'*Hystérotomotokie* ou enfantement césarien. Paris 1581.

bromure d'éthyle tombaient rapidement endormis, sans présenter aucun phénomène d'excitation. Chez les chiens les phénomènes étaient moins favorables. Ces animaux subissaient bien le sommeil anesthésique au bout de trois ou quatre minutes, mais ils présentaient des phénomènes d'excitation qui, sans être très prononcés, n'en étaient pas moins consstnts.

Dans toutes les expériences faites sur des animaux par M. Terrillon, l'anesthésie a été obtenue sans qu'aucun phénomène asphyxique ait été observé. Le sommeil a été assez profond pour permettre de pratiquer des expériences telles que : injections de nitrate d'argent dans les canaux déférents, section du nerf dentaire, etc., sans que les animaux aient manifesté aucune douleur.

Arrivons maintenant aux anesthésies pratiquées sur l'homme. Nous avons déjà dit que les nombreuses observations recueillies en Amérique par Levis et Turnbull, avaient permis de fonder de légitimes espérances sur le bromure d'éthyle ; mais nous avons lieu de craindre que les observations recueillies dans nos hôpitaux soient moins favorables à ce nouvel agent anesthésique.

Les anesthésies pratiquées par M. Terrillon, dans son service de Lourcine et dans les services de MM. Verneuil et Périer, ont eu pour but d'étudier aussi bien l'anesthésie générale que l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. Nous allons d'abord nous occuper des premières, qui sont de beaucoup les plus importantes.

Le nombre des anesthésies pratiquées du 27 mars au 28 avril ont été au nombre de dix et ont porté sur trois hommes et neuf femmes. Si nous faisons une analyse générale de ces observations telles qu'elles viennent d'être publiées dans le *Bulletin de thérapeutique*, nous constatons les particularités suivantes :

Des nausées ou des vomissements ont été observés, soit au début de l'anesthésie, soit consécutivement, dans tous les cas à l'exception de trois.

La période initiale d'excitation a été beaucoup moins fréquente et surtout moins prolongée que dans l'anesthésie par le chloroforme. Elle a été cependant constatée dans près de la moitié des cas. En outre, dans trois cas les malades ont été prises à leur réveil de véritables attaques hystériques. On a assez souvent observé des phénomènes de ce genre au réveil de l'anesthésie par le protoxyde d'azote.

Dans un certain nombre des cas rapportés par M. Terrillon, l'insensibilité a été obtenue avant la résolution musculaire ; dans d'autres, les malades se trouvaient seulement plongés dans un état d'insensibilité qui leur permettait d'avoir une notion vague des manœuvres opératoires. Dans un cas, entre autres, la malade, qui était anesthésiée dans le but de permettre une exploration vésicale, pratiquée par M. Verneuil, déclara à son réveil avoir senti vaguement les manœuvres opératoires. Ces deux derniers symptômes, qui s'observent si fréquemment avec le protoxyde d'azote, constituent encore un lien de parenté entre le bromure d'éthyle et le gaz hilarant. Il en est de même de la congestion de la face, qui a été constatée dans presque toutes les anesthésies pratiquées par M. Terrillon. Cet état congestif des téguments est assez prononcé ; la face se colore, les oreilles deviennent rouges, les vaisseaux du cou deviennent plus ou moins turgescents. Mais ces symptômes, qui sont communs à plusieurs agents anesthésiques, n'ont rien d'inquiétant ; ils disparaissent, du reste, aussitôt que le malade cesse d'inhaler les vapeurs du médicament.

M. Terrillon affirme que les alcooliques présentent une certaine résistance à l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Il y a là un fait probable, mais qui ne peut être déduit du nombre très restreint d'anesthésies pratiquées sur des hommes. M. Terrillon n'a en effet pratiqué que trois anesthésies sur des individus du sexe masculin.

Tels sont les résultats obtenus avec le bromure d'éthyle employé comme anesthésique général. Examinons maintenant les services que peut rendre cet agent employé comme anesthésique local.

Pulvérisé avec un appareil de Richardson, le bromure d'éthyle produit rapidement sur le thermomètre un abaissement de — 14 ou 15 degrés, ce qui est plus que suffisant pour produire la réfrigération des tissus nécessaire pour l'anesthésie locale. Les symptômes sont assez semblables à ceux déterminés par l'éther ou le bichlorure de méthylène ; le malade accuse un refroidissement local, puis des picotements. Les tissus pâlissent et l'on observe une zone blanchâtre qui indique le degré de refroidissement nécessaire pour l'insensibilité. Ce résultat est habituellement obtenu après trois minutes de pulvérisation.

M. Terrillon a employé ce mode d'anesthésie locale dans un assez grand nombre de cas, notamment pour l'ablation de végétations vulvaires et pour des ouvertures d'abcès. Les résultats ont été satisfaisants, quoique les malades aient ressenti quelques douleurs pendant la section de végétations dont le pédicule était volumineux.

---

publiée la même année, 1600, à Francfort ; petit in-folio de 442 pages, avec les figures. Cette édition assez commune porte aussi la date 1627. L'*index* seul est différemment imprimé. Après celui de 1600 on lit : *Francofurti ad Mœnum, ex officina typographica Matthæi Beckeri, sumptibus olim Dicterici de Bry relictæ viduæ et duorum filiorum superstitum. Anno M.D.C.*, exemplaire à la Bibliothèque Nationale (Ta 9. 70. A.). Toutes les éditions, sans date, qui ne portent pas cette dernière indication doivent être rapportées à l'édition de 1627. On n'a pas reproduit l'épître au roi. Le portrait de Du Laurens a été reporté sur un nouveau frontispice.

Mais l'*Historia anatomica* a eu un grand nombre d'éditions dans le format in-8, avec ce même titre : *Andreæ Laurentii regis Galliarum consiliario et medico ordinario ejusdemque in Monspeliensi academia professoris Historia anatomica humani corporis partes singulas uberrime enodans, novisqué controversiis et observationibus illustrata cum indice rerum et verborum locupletissimo.* Prodit e nobili *Francofurti* Paltheniana sumptibus Johnæ Rhodii, anno 1602, in-8 de 996 pages.

Lugduni, apud Horatium Cardon, 1605. In-8 de 893 pages.

Vinetiis, apud Joannem Antonium et Jacobum de Franciscis, 1606. In-8 de 918 pages. Bibliothèque Mazarine, n° 29725.

Francofurti, excudebat Nicolaus Hoffmannus, sumptibus Jacobi Fischeri, 1615. In-8 de 996 pages, toujours sans compter les tables, les dédicaces, les éloges et le reste.

Lugduni, sumptibus Jacobi Cardon et Petri Cavellat, 1623. In-8 de 893 pages. On a ajouté au titre : *Omnia ab infinitis mendis, quæ typographi incuria irrepserant in priorem editionem, hæc postrema, summo studio, ac diligentia repurgata, et suis natalibus restituta.*

Toutes ces éditions in-8 présentent une petite planche pareille, représentant les vaisseaux éjaculateurs *de l'utérus*

On pourrait conclure des expériences et des observations de M. Terrillon que le bromure d'éthyle, employé en pulvérisation comme anesthésique local est supérieur à l'éther. Ses vapeurs n'étant pas inflammables, il offre l'immense avantage de pouvoir être employé avec le fer rouge et le galvano-cautère. Mais ce nouvel agent a-t-il la même supériorité lorsqu'il est appliqué à la chirurgie générale? Présente-t-il en outre une plus grande innocuité que l'éther ou le chloroforme? Ce sont là les deux points les plus importants de la question.

En ce qui concerne le premier point, il nous paraît incontestable, d'après les observations MM. Turnbull, Levis, Sims, Conner et Terrillon, qu'on peut obtenir avec le bromure d'éthyle une anesthésie assez prolongée pour pratiquer les plus grandes opérations de la chirurgie. Mais il ressort également des faits publiés par les chirurgiens, que cet agent détermine une anesthésie très rapide, parfois fugace, et que le réveil a lieu presque instantanément. Ce sont là des avantages précieux pour les opérations de courte durée; mais ce sont des inconvénients, lorsqu'il est nécessaire de maintenir pendant plusieurs heures les malades dans un état complet d'insensibilité et de résolution musculaire, comme dans certaines ovariotomies compliquées.

En ce qui concerne l'innocuité, il est incontestable que MM. Turnbull, Levis et Terrillon n'ont eu ni mort ni accident grave dans les cas qu'ils ont publiés; mais le nombre des anesthésies pratiquées par le nouvel agent est encore trop restreint pour qu'il soit permis d'affirmer qu'il est absolument inoffensif. On a cru pendant plusieurs mois à l'innocuité absolue de l'éther et on a pratiqué sans la moindre crainte plusieurs centaines d'éthérisations, jusqu'à ce que le premier cas de mort soit venu jeter l'alarme. Il en a été de même avec le chloroforme, l'amylène, et même le protoxyde d'azote.

Nous ne pouvons donc pas encore admettre l'innocuité absolue du bromure d'éthyle comme anesthésique. Un cas récent publié dans le *New-York medical Record* (3 avril 1880), par M. Marion Sims, et qui est arrivé à notre connaissance après la publication des travaux de M. Terrillon, est du reste bien fait pour éveiller des craintes. Dans un cas d'ovariotomie pratiquée par l'éminent gynécologiste, pendant l'anesthésie par le bromure d'éthyle, la malade a été prise, douze heures après l'opération, de vomissements incoercibles qui ont amené la mort vingt-quatre heures plus tard. L'anesthésie avait cependant été pratiquée avec la plus grande prudence, et d'après les instructions si précises formulées par M. Levis. Quoiqu'on puisse supposer que, dans ce cas, la mort reconnaisse une autre cause que l'anesthésie, il était impossible de ne pas le signaler.

Cette réserve faite en ce qui concerne l'innocuité, on peut considérer le bromure d'éthyle comme un anesthésique très actif, remarquable surtout par la rapidité de son action et la rapidité de la cessation des phénomènes qu'il détermine. Ces caractères semblent lui assigner une place entre le chloroforme et le protoxyde d'azote, sur lesquels il présente des avantages très réels.

Les résultats obtenus en France et en Amérique sont du reste, assez encourageants pour nous engager à continuer l'étude de cet anesthésique, dont l'emploi est en somme facile et d'une grande simplicité. Mais ce n'est que lorsque la science possédera quelques centaines de cas d'éthylisations, qu'il sera permis de se prononcer d'une façon définitive sur la valeur de ce nouveau procédé.

Nous pensons être utile à ceux de nos confrères qui désireraient recourir à l'emploi du bromure d'éthyle en leur faisant connaître les règles qui doivent présider à son application.

La quantité de bromure d'éthyle nécessaire pour produire l'anesthésie varie évidemment selon les individus et selon la façon dont le médicament est administré. L'évaporation rapide de cette substance en rend, du reste, le dosage assez difficile. M. Levis conseille de verser sur une compresse 6 à 8 grammes de bromure d'éthyle, et pense que tous les inhalateurs doivent être proscrits. Ces appareils feraient supposer que les anesthésiques doivent être administrés à dose mathématique, et que des quantités égales doivent être données à chaque malade. Or, il n'en est rien, et les inhalateurs nombreux qui ont été proposés n'ont d'autre utilité que d'économiser l'agent anesthésique employé, et c'est là un avantage insignifiant, surtout si on le compare aux inconvénients que détermine l'emploi de ces instruments. Ceci ne s'applique, bien entendu, qu'au bromure d'éthyle et aux autres anesthésiques liquides: car les anesthésiques gazeux ne peuvent être employés qu'à l'aide d'un appareil inhalateur.

M. Levis est d'avis qu'il importe, pour obtenir de bons effets avec le bromure d'éthyle, d'agir rapidement dès le début, et de *faire impression* sur le malade, c'est-à-dire de faire marcher l'inhalation sans interruption jusqu'à ce que l'anesthésie soit obtenue. Il importe également d'assurer la tranquillité du patient, de soustraire ses yeux à l'influence de

---

que Du Laurens croyait avoir découverts (*et eorum divaricationem a nemine descriptam*).

Il y a une traduction en français dans le même format: *L'Histoire anatomique en laquelle toutes les parties du corps humain sont amplement déclarées: enrichie de controverses et observations nouvelles. Le tout par M. André Du Laurens, seigneur de Ferrières, conseiller, premier médecin du roy et chancelier de l'Université de Montpellier, avec une fort ample table des matières y contenues et une autre des chapitres et controverses. De la traduction de François* Sizé. A Paris, chez Julien Berthault, rue des Sept-Voies, devant le collège de la Mercy, 1610. In-8 de 1416 pages.

Le titre porte les armes royales. Parmi les éloges du livre et de son auteur, je remarque ce sonnet:

Que servait à Laurens d'avoir tant affecté
Un langage estranger d'une ambition riche,
Pour après son décès le délaisser en friche,
Et le priver du los qu'il avait mérité,

Si le docte Sizé ne l'eust par charité
Paré d'un vestement cent et cent fois plus riche
Et tout d'un même traict par mainte et mainte affiche
N'en eust fait un présent à la postérité?

C'était un beau joyau, une esmeraude fine
Close dans un estuy; dont la lueur divine
Ne monstrait son esclat faute d'estre à l'essor.

Mais les muses voyant cet ouvrage en souffrette,
Ont resveillé l'esprit de ce brave interprète
Pour nous faire jouir d'un si rare thrésor.

Jacques Favreau,
natif de Coignac en Saintonge.

François Sizé était de l'Angoumois. Dans la dédicace de sa traduction, datée de Paris, 15 août 1610, et adressée « A Monsieur Pasquier, sieur de Mainxe et de Desse, conseiller du

la lumière, et de ne pas lui parler au commencement de l'anesthésie. Toutes ces mesures, qui ont pour but d'éviter la période d'excitation, nous paraissent parfaitement justifiées. Ce sont celles que nous avons suivies depuis plusieurs années dans la pratique de l'anesthésie proto-azotée, et elles ne font que confirmer les liens de parenté que nous avons signalés, dans le cours de cet article, entre le bromure d'éthyle et le gaz hilarant.

Il est essentiel que celui qui emploie l'agent anesthésique sache parfaitement reconnaître le moment où une insensibilité suffisante a été atteinte, afin de ne pas prolonger inutilement les inhalations, et arriver à un degré d'intoxication qui pourrait être dangereux. En ce qui concerne le bromure d'éthyle, il importe de savoir que l'anesthésie est parfois suffisante avant que la résolution musculaire soit complète; le ronflement ou ronchus anesthésique produit par la relaxation des muscles buccaux et palatins indique que la résolution musculaire est complète, et qu'il faut suspendre les inhalations pour les reprendre un peu plus tard si l'anesthésie doit être prolongée.

Telles sont les indications les plus importantes qu'il nous a paru utile de faire connaître. Elles ne diffèrent pas sensiblement, comme on le voit, de celles qui président à l'emploi de l'éther et du chloroforme ; mais elles présentent cependant quelques particularités dignes d'être signalées.

A. Lutaud.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Des vaccinations et revaccinations obligatoires.

Puisque cette importante question va enfin être posée devant le Parlement, grâce à l'initiative de notre honorable confrère M. Henri Liouville, député de la Meuse, il me paraît du devoir de tous ceux qui se sont occupés activement de vaccine, de fournir leur contingent d'éléments propres à servir de base à la discussion. C'est pour ce motif, chers et honorés collègues, que je vous adresse la note suivante, qui trouvera sa place toute naturelle à la suite de celle publiée, le 27 mai, par notre confrère et ami M. Blachez, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Inutile de revenir ici sur l'influence heureuse de la vaccination et de la revaccination ; leur valeur préservative, incontestable aujourd'hui pour tous ceux qui ne veulent pas fermer les yeux à l'évidence, est surabondamment démontrée. S'il restait encore quelques rares incrédules obstinés, qu'il nous suffise de les supplier de prendre la peine de lire attentivement les rapports officiels faits chaque année, à l'Académie, par tous ceux d'entre nous qui ont successivement rempli les fonctions de directeur du service de la vaccine; ils y trouveront, à profusion, les preuves de cette heureuse influence du vaccin sur la marche et les effets des différentes épidémies de variole dont nos distingués confrères des départements nous ont si souvent fourni le tableau. Les faits observés dans l'année 1870-71 seront, à cet égard, d'une éloquence à nulle autre comparable. C'est par centaines qu'on y voit des communes, voisines les unes des autres, les unes décimées par le fléau, les autres presque complètement épargnées, suivant qu'elles ont eu recours aux revaccinations ou qu'elles ont négligé de s'y soumettre.

On trouvera aussi, dans nos divers rapports depuis 1871, de nombreux exemples de négligence des parents pour faire vacciner leurs enfants. Pour nous rendre un compte plus exact du degré de cette coupable indolence, j'ai pris, au hasard, l'année 1877 et j'ai fait faire le tableau statistique des enfants qui sont venus réclamer l'emploi de ce prophylactique si simple, si efficace et si inoffensif. Dans ce tableau, j'ai fait noter l'*âge* de tous les enfants vaccinés à l'Académie dans le cours de cette année; or voici le résultat obtenu :

Age des enfants vaccinés à l'Académie en 1877.

De la naissance à 1 mois	164 (1)
De 1 mois à 2 mois	41
De 2 mois à 3 mois	161
De 3 mois à 4 mois	176
De 4 mois à 5 mois	174
De 5 mois à 6 mois	114
De 6 mois à 1 an	699
De 1 an à 2 ans	450
De 2 ans à 3 ans	206
De 3 ans à 4 ans	120
De 4 ans à 5 ans	57
De 5 ans et au-dessus	91 !!!
	2453

Ainsi, *plus du quart* des enfants vaccinés à l'Académie, en 1877, avaient de *six mois à un an* (699 sur 2453); *un cinquième* environ (450 sur 2453) avaient de *un an à deux ans*; enfin, 91 avaient *plus de cinq ans.*

Il suffit de réfléchir un instant à ces preuves de négligence flagrante, pour se convaincre que tous ces individus constituent, au moment où se développent les premiers cas

(1) Ce nombre se décompose ainsi : enfants de la ville, 15 ; enfants des hôpitaux, 149.

---

roy et maistre des requestes ordinaires de son hostel », il dit : *Gouverneur de nostre Engoulmois.*

Après la table, dans le privilège, on lit que « Thomas Blaise, libraire juré, a fait traduire de latin en français l'*Histoire anatomique* de feu sieur André Du Laurens; que le privilège a été donné à Jean Philippe, chirurgien et juré à Paris, lequel a choisi Thomas Blaise, Pierre Fébvrier et Julien Berthault. Paris, 2 août 1610.

Une deuxième édition de *la traduction de François Sizé* a paru *à Lyon*, chez Simon Rigaud, marchand libraire, rue Mercière, devant Saint-Antoine, 1621. In-8 de 1453 pages. Entièrement semblable : titre, dédicace, éloges, avis de l'imprimeur au lecteur, et le portrait d'André Du Laurens dans sa trente-neuvième année, gravé de nouveau par Carolus Audran.

Reste le dernier ouvrage d'André Du Laurens, paru l'année de sa mort (1609), et qui n'a eu qu'une seule édition : De mirabili strumas sanandi *vi solis Galliæ regibus christianissimis divinitus concessa, liber unus. Et de strumarum natura, differentiis, causis, curatione, quæ fit arte et industria medica, liber alter. Authore Andrea Laurentio regis consiliario et medico primario.* 1609. Ce titre est renfermé dans le cartouche d'un petit frontispice aux armes royales, signé : *P. Firens fecit.* Parisiis, apud Marcum Orry. In-8 de 293 pages, belle impression en gros caractères. Il est dédié à « Henrico IIII, Galliæ et Navarræ regi christianissimo et invictissimo », et commence ainsi : *Artabanus, Persarum strapa*, etc. J'y relève ce passage où Du Laurens, plein de croyances mystiques, parle des armes de France : « *Nam tria lilia aurea, in cyaneo colore miro splendore micantia, veræ religionis candorem denotant, et divinum ac cœleste aliquid spirant. Lilio in sacris scripturis nil pulchrius, nil fragrantius; auro nil pretiosius; ternario nil perfectius. Lilium flos campi dicitur in canticis :* Dilectus meus pascitur in lilia. Justus germi-

de variole, autant de moyens faciles pour la propagation de la maladie.

Les mêmes réflexions sont suggérées par le tableau suivant dû au docteur Bernard (de Grenoble).

En effet, on y voit *sur* 218 *vaccinations :*

27 enfants de................	2 ans passés
15 enfants de................	3 ans —
11 enfants de................	4 ans —
7 enfants de................	5 ans —

Quoi de plus éloquent que ces chiffres? Comment peut-on encore hésiter à demander une loi qui rende la vaccination obligatoire? En négligeant de se faire vacciner on n'expose pas seulement sa propre personne, mais on compromet encore la sécurité des autres.

Peut-être quelques personnes viendront-elles objecter qu'agir ainsi c'est porter atteinte à la liberté individuelle. A cela je répondrai que, tout soucieux que je puisse être de cette liberté, je crois que, dans une société bien organisée, l'intérêt de tous doit primer toujours la liberté de chacun. Quiconque, en effet, veut vivre en société doit, dans une certaine mesure, faire le sacrifice de cette liberté individuelle, toutes les fois que son exercice absolu peut faire courir un danger à ceux qui composent la même société. En échange de ce sacrifice on récolte les avantages de la vie en commun. Qui dit société dit contrat; or un contrat n'est pas autre chose qu'une série de conventions faites au profit de tous les contractants, grâce à l'abandon de certaines prérogatives particulières à chacun. Les exemples abondent dans tous les règlements établis au profit de la cité et de ceux qui l'habitent. On règle les heures du travail et celles du repos, on défend à chacun de répandre sur la voie publique les résidus et immondices de son habitation, etc., etc. : pourquoi n'imposerait-on pas certaines obligations reconnues indispensables pour placer chacun et tous dans les meilleures conditions d'hygiène, de santé et de vie?

Ce que nous venons de dire pour les *vaccinations* est également applicable aux *revaccinations*, car leur utilité indispensable est aussi bien démontrée par les faits rigoureusement observés que celle des vaccinations. Comme l'a dit M. le docteur Lalagade (d'Albi) :

« La *vaccination* est la sentinelle vigilante.

» La *revaccination* c'est la forteresse presque inexpugnable. »

A ceux qui nous répéteraient ce qui a été dit si souvent, à savoir que préconiser et surtout rendre obligatoire la revaccination est le meilleur moyen d'ôter la confiance en la vaccine, nous conseillerons d'étudier un peu l'histoire des différentes épidémies varioliques et surtout celle de 1870-1871; ils y verront, d'une part, que cette pratique salutaire a pu, maintes et maintes fois, arrêter sur place la marche des épidémies, et, d'autre part, que tous les auteurs y ont signalé des cas, relativement rares, de variolés atteints pour la seconde et même la troisième fois de la maladie. Or, peut-on demander à la vaccine plus qu'à la petite vérole elle-même?

Je n'ignore pas tout ce qu'on a prétendu sur l'influence des revaccinations en temps d'épidémie comme moyen de favoriser le développement de la variole; mais ces allégations sont tellement erronées qu'elles n'ont plus besoin d'être réfutées. Elles ne prouvent qu'une chose, c'est qu'il reste encore beaucoup de personnes, et même quelques médecins, qui ignorent la marche naturelle de la variole et, en particulier, la durée variable de son incubation. Nous nous contenterons de les renvoyer à l'importante discussion de la Société médicale des hôpitaux sur cet intéressant sujet.

Non seulement le *service militaire obligatoire*, mais aussi et surtout l'*instruction obligatoire* pourraient rendre plus facile l'application de la loi que nous sollicitons. En effet, l'instruction obligatoire s'appliquant aux deux sexes, et à un âge beaucoup moins éloigné de la première inoculation vaccinale, deviendrait un moyen efficace d'assurer la pratique des revaccinations. Il suffit pour cela d'exiger un certificat de revaccination, en même temps que celui de vaccine, au moment de l'entrée dans les écoles.

Les réflexions qui précèdent sur la *nécessité démontrée des revaccinations* m'amènent à rappeler les questions posées par notre savant prédécesseur dans le service de la vaccine à l'Académie, M. le professeur Depaul. Dans son rapport sur l'exercice de l'année 1868, à la page 5 de ce rapport, M. Depaul, après avoir fourni les preuves incontestables de l'utilité des revaccinations, termine en disant : « Que conclure de tout cela? Faut-il y voir la preuve de l'affaiblissement de l'action préservatrice du vaccin? Faut-il, au contraire, y trouver la démonstration d'une activité plus grande du virus varioleux? Ou bien faut-il admettre que nos devanciers s'étaient trompés quand, dans l'intérêt de la découverte de Jenner, ils avaient cru devoir déclarer qu'une première vaccination bien faite, et ayant donné lieu à l'évolution d'une série de phénomènes qui caractérisaient la vaccine régulière, mettait pour toujours à l'abri de la variole? »

Pour notre part, nous n'hésitons pas à penser que Jenner et ceux qui l'ont suivi ont été trop loin en affirmant la pérennité de l'influence vaccinale. Nous ne croyons pas plus à l'augmentation de gravité de la variole, considérée en général et dans une série d'épidémies, qu'à la dégénérescence du virus vaccin. Nous croyons seulement qu'on a fait faire à ce dernier, dès le début de son emploi, des promesses exagérées en disant qu'il mettait *pour toujours* à l'abri de la variole, c'est-à-dire en promettant par lui, et cela sans

---

NABIT SICUT LILIUM, » etc. Il prépare ainsi le lecteur à la cérémonie divine du *toucher du Roi.*

Parmi les éloges en vers latins adressés à André Du Laurens et à son livre, je signale : « In eruditissimum atque elegantissimum D. D. Andr. Laurentii regis consiliarii et archiatri digniss. et meritiss. opusculum de strumis. *Signé :* JOAN DE LORME, reginæ christianissimæ archiater. » — De clarissimo et eruditissimo viro Andrea Laurentio christianissimi regis archiatro Carmen, *Signé :* G. DU PEYRAT, christianissimi regis Eleemosynus (aumônier), — et un autre éloge, *signé :* HEB. BRUNERIUS, med. doctor.

En 1613, furent publiées en même temps à Paris et à Rouen *Toutes les œuvres de Me André Du Laurens, sieur de Ferrières, conseiller et premier médecin du roy très chrestien de France et de Navarre, Henry le Grand, et son chancelier en l'Université de Montpellier, recueillies et traduites en françois par Me Théophile Gelée, médecin ordinaire de la ville de Dieppe*, in-fol. Ce titre est dans le frontispice de la belle édition de l'*Historia anatomica*. Paris, 1600. *Signé :* MALLER. La dédicace : « A très illustre et vertueux seigneur messire François de Monceaux, baron de Bézigny, sieur de Landon, de Villers-Houdan, conseiller, etc., vice-amiral de Normandie et gouverneur pour Sa Majesté des ville, château et citadelle de Dieppe », est datée de Dieppe le 20 mai 1613. L'avis au lecteur nous donne de précieux renseignements sur la traduction de Th. Gelée :

« Je te dis donc qu'il y a plusieurs ans passez que je mis à traduire en français l'anatomie du sieur Du Laurens, selon sa première édition, non en intention de la publier, mais seulement pour m'exercer en la cognoissance de cette science, qui est autant nécessaire à gens de notre profession, qu'aucune autre partie de la médecine..... Quelque temps après la seconde édition m'ayant esté apportée, je la conferai avec la première, et l'ayant trouvée accrue d'une juste moitiée, je résolus d'en recommencer la traduction et la

preuves suffisantes, une préservation plus grande que celle que la variole elle-même peut donner.

La conclusion pratique à tirer des résultats fournis par l'expérience, c'est qu'aujourd'hui il ne s'agit pas de chercher un nouveau moyen de préservation; mais de tâcher seulement de préciser, mieux qu'il n'a été possible de le faire jusqu'à présent, la durée la plus ordinaire de l'influence préservatrice du vaccin, afin de fixer, du même coup, les périodes auxquelles on doit avoir recours aux revaccinations.

Or, cette durée de l'*immunité vaccinale* varie chez les différents sujets avec le degré de *réceptivité* pour le virus varioleux, et on n'arrivera jamais, dans les recherches de cette nature, qu'à des *moyennes* qui devront servir de base.

D'un grand nombre de travaux qu'il m'a été donné d'analyser, depuis une période de sept années, et, en particulier, dans mon rapport de 1876, d'après un travail très bien fait de M. le docteur Emmerique, médecin aide-major de 1re classe au 111e régiment de ligne, il me paraît résulter que les revaccinations doivent être pratiquées tous les *sept ans*. Voici, en effet, les deux propositions qui peuvent résumer ce travail :

Insuccès constant chez les hommes variolés depuis moins de sept ans.

Insuccès constant chez les vaccinés ou revaccinés avec succès depuis moins de sept ans.

Dans ce même mémoire, notre confrère de l'armée rapporte un fait curieux d'*évolution doublée* du vaccin, chez deux militaires qui furent inoculés sur le bras gauche et sur le bras droit à quelques jours d'intervalle. Ces faits viennent se joindre à ceux de même espèce déjà connus, pour prouver que le vaccin, comme la plupart des virus, met un certain temps avant d'imprégner complètement l'économie. D'après les faits les mieux observés jusqu'à ce jour, ce temps nécessaire à l'*imprégnation vaccinale* varierait entre *huit* et *dix jours*. Il faut s'en souvenir quand on vaccine ou revaccine des personnes vivant dans un milieu variolique depuis un certain temps, et surtout quand il s'agira de permettre à des consultants de se rendre, après vaccination ou revaccination, auprès de personnes atteintes de variole.

Combien de gens, en effet, s'imaginent être à l'abri de la contagion dès qu'ils se sont fait vacciner! Aux premières, il ne faut pas manquer de dire que peut-être elles sont déjà en puissance de variole; aux secondes, ne pas permettre de s'exposer à la contagion avant les dix jours qui suivent l'insertion vaccinale.

Obtenir une loi pour rendre *obligatoires*, en France, *les vaccinations et les revaccinations* sera une excellente chose; on aura ainsi réalisé un des progrès les plus importants de l'hygiène publique et on aura, enfin, mis notre pays au niveau de tous ceux qui, en Europe, ont déjà promulgué une loi semblable. On sait, en effet, que cette loi existe en Angleterre depuis plus de vingt ans; qu'elle existe également en Hollande, en Belgique, en Autriche, etc., etc. Mais cela ne suffit pas, et si l'on veut compléter l'œuvre d'hygiène ainsi commencée, il faudra faire davantage et provoquer un congrès où seraient représentées toutes les nations civilisées des deux mondes pour étudier, préparer et réaliser une *convention internationale* destinée à rendre générale l'application de la loi votée.

Alors seulement l'œuvre sera complète, et on pourra concevoir l'espérance d'atténuer tellement les ravages de la variole qu'on serait en droit de dire qu'elle a presque disparu du cadre nosologique.

Une telle convention internationale serait, certes, aussi utile que celles qui ont été tentées pour l'unification du régime postal et du système monétaire.

La loi une fois votée, il faudra fournir les moyens de l'appliquer; or, le meilleur moyen, le plus efficace, celui qui produirait les effets les plus prompts, consiste à ce que chaque Conseil général vote les fonds nécessaires pour créer, dans chaque canton, des centres de vaccination sérieuse, afin de ne pas trop centraliser le service de la vaccine.

Il restera à rechercher les moyens les plus simples et en même temps les plus sûrs dans l'application de ces principes généraux; leur étude nous ferait dépasser les limites d'un article de journal, nous y reviendrons plus tard.

BLOT,
Membre de l'Académie de médecine.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Vaccination et revaccination.

Je vous serais obligé d'insérer dans votre journal les quelques observations suivantes, relatives à la vaccination et à la revaccination :

1. VACCINATION. — Dans son excellent projet de loi, M. le docteur H. Liouville établit que la vaccination doit être obligatoire et suivie d'une pénalité pour ceux qui seront convaincus d'infraction. Nous devons approuver, sans réserve, l'éminent auteur de ce projet d'avoir enfin exigé qu'il y ait une peine effective encourue, sans laquelle l'obligation n'est qu'un mot dérisoire. Ceci n'intéresse cependant que les Français; n'y aurait-il rien à faire pour les étrangers?

Exemple. — A certaines époques de l'année un grand nombre de départements sont inondés de petites voitures ambulantes (camps volants) contenant chacune une famille nombreuse. Or, je me suis assuré que beaucoup de ces enfants n'étaient pas vaccinés. Doit-on les laisser pénétrer librement en France et y répandre le germe de la variole sans

---

poursuivre selon que les affaires me donneraient le loisir d'y travailler. A peine avais-je ébauché l'ouvrage, que ledit sieur Du Laurens pria M. de Sigongnes de faire en sorte que je lui en envoyasse la copie, et qu'il désirait la voir. Je fus tellement pressé que pour les contenter tous deux, je fus contraint de la leur mettre entre leurs mains. Le sieur Du Laurens l'ayant reçue, m'escrivit qu'il la reverroit lui mesme aussitôt qu'il en auroit la commodité. Plusieurs années se coulent, je l'en presse par lettres, je lui en fais parler; il s'excuse sur ses occupations, finalement il meurt.

» Ayant en sa mort perdu l'espérance de retirer ma copie, je délibérai pour satisfaire aux délibérations de mes amis, de revoir quelques brouillons qui me restoyent, et en dresser une nouvelle traduction; mais ma charge, mes affaires domestiques, et un procès de plusieurs années..... retardant fort longtemps mon dessein; néanmoins je surmonte à la longue toutes difficultés; et après avoir depuis trois ans contrélvité les remises et longueurs de l'impression, voicy que finalement je te donne en français ce long œuvre de l'anatomie du sieur Du Laurens que j'ai accompagné de ses livres des crises et escrouelles. Et afin que tu aies toutes ses œuvres en un corps, l'imprimeur y a adjousté quatre discours françois ci-devant imprimés qui sont..... et trois autres petits traittez qui n'ont poinct encore esté publiez, desquels es deux premiers sont des annotations sur les deux premiers chapitres du sixième traitté de Guidon, où il parle de la goutte et de la lèpre : et le troisième est un discours de la maladie vénérienne; lesquels trois traittez m'ont esté volontairement communiquéz par M. de Brasdefer, docteur en médecine, exerçant avec beaucoup de réputation en la ville de Rouen, homme très docte, fort curieux, et grandement désireux de l'avancement des lettres; et par maistre David Canu, chirurgien juré en la ville de Dieppe, lieu de sa naissance, où il pratique heureusement, tous deux nos intimes amis, auxquels tu demeureras obligé du contentement et profit que tu retireras d'iceux. »...

. . . .

réclamer d'eux un certificat de vaccine? N'y aurait-il rien à faire non plus pour d'autres catégories d'étrangers pénétrant dans notre pays?

Voyons maintenant quelles sont les difficultés que présente l'opération de la vaccine dans les campagnes et par quels moyens on peut les surmonter.

A. Voici comment se pratique d'habitude la vaccination : le médecin de l'Assistance publique, dans les départements où celle-ci est organisée, reçoit du dépôt le vaccin en tube ou en plaque. Il veut l'ensemencer; mais comment vous décrire les difficultés qu'il éprouve pour mettre la main sur des mères qui veuillent bien consentir à faire de leurs enfants des vaccinifères? Lorsque le moment est venu de recueillir le virus, le vaccinateur, au lieu de procéder de bras à bras, charge ses tubes ou ses plaques et va porter son vaccin dans chacune des communes de sa circonscription. Ici, nouvelles difficultés; beaucoup de mères n'apportent pas leurs enfants dans la crainte que ceux-ci, si des pustules se forment, ne servent pour vacciner les autres. Enfin, à la séance de révision qui a lieu sept ou huit jours après, un grand nombre d'enfants ne sont pas apportés, de sorte que les résultats de la vaccine ne peuvent être constatés.

B. Voilà bien des obstacles à une bonne opération vaccinale. Si on veut les analyser, on trouve qu'ils se rapportent principalement aux quatre chefs suivants :

1° *Inoculation première du vaccin.* — Les mères, avons-nous dit, consentent très difficilement à nous permettre de reprendre du vaccin à leurs enfants. Pour faciliter notre tâche, il faut : ou donner une prime à l'enfant, comme cela a lieu dans l'armée, ou imposer une amende à la mère qui nous le refuse.

2° *Mise en œuvre d'un bon vaccin.* — Lorsque l'on inocule à un enfant du vaccin en plaque ou en tube déjà ancien, on risque de n'obtenir que quelques pustules petites, une ou deux sur chaque bras. Si, au bout de sept ou huit jours, on réinocule à nouveau cet enfant avec son propre vaccin, on détermine souvent la production de nouvelles pustules. Le même résultat se produit fréquemment aussi, lorsque la première inoculation n'ayant donné que deux ou trois pustules chétives, on se sert, pour la seconde, du vaccin d'un autre enfant donné de bras à bras. Nous avons recueilli, pendant les années 1878 et 1879, un certain nombre de faits semblables. De plus, les récentes expériences de M. Pasteur sur le choléra des poules ont montré qu'un virus atténué ou affaibli pouvait produire des effets gradués dont l'action peut augmenter par des inoculations successives jusqu'à produire une immunité vaccinale complète. D'où l'on peut conclure que le virus vaccin peut déterminer, dans certains cas, des effets gradués, en rapport avec le degré d'activité ou le nombre des éléments virulents qu'il contient. Si donc nous voulons que la vaccination soit faite dans de bonnes conditions de succès, il faut, autant que possible, mettre de côté le vaccin en plaque ou en tube et recourir à l'inoculation de bras à bras. Mais alors, comment faire pour se procurer, dans chacune des communes où nous allons vacciner, des enfants vaccinifères en assez grand nombre?

3° *Difficulté de trouver des vaccinifères.* — Si une mère nous refuse son enfant, il faut bien que nous ayons, pour lutter contre son mauvais vouloir, d'autres armes que la persuasion. Quels arguments peuvent la faire céder si nous ne pouvons lui infliger une punition ou lui donner une récompense? De plus, lorsque nous avons besoin de vaccin, nous nous adressons presque toujours, si nous ne voulons pas essuyer de refus systématique, aux mères les plus nécessiteuses. Pourquoi ne rétablirait-on pas l'égalité et pourquoi ne nous donnerait-on pas les moyens d'exiger du vaccin d'une mère riche aussi bien que d'une pauvre, lorsque toutes les deux se présentent, dans les mêmes conditions, au médecin de l'Assistance publique.

4° *Nombre de pustules requises.* — J'ai vacciné bien des fois des enfants n'ayant que quelques pustules petites (une à trois) avec du vaccin d'autres enfants, et j'ai souvent réussi à produire de nouvelles pustules. Ce fait tend à prouver que l'existence des quelques boutons qui ont suivi la première inoculation n'était probablement pas suffisante pour conférer à l'enfant une immunité complète contre les atteintes de la variole. Dès lors, il conviendrait de revacciner, à la séance de révision, ceux des enfants qui ont eu des pustules chétives, surtout si elles sont en petit nombre. Ne serait-il pas également avantageux de faire, l'année suivante, une seconde vaccination aux enfants qui ont eu moins de trois pustules d'apparence chétive?

II. Revaccination. — M. le docteur H. Liouville veut aussi qu'elle soit obligatoire et qu'elle ait lieu à chaque période décennale. Beaucoup de législateurs pourront reculer devant les difficultés d'application qu'entraînera cette mesure. On pourra dire : Quelle utilité y a-t-il à exiger que la revaccination ait lieu tous les dix ans dans les petites communes, où souvent la variole ne pénètre pas quelquefois même tous les cinquante ans? Ne serait-ce pas assez d'établir que, dans les localités dont la population est inférieure à quelques milliers d'habitants, la revaccination sera obligatoire dès que la présence de la maladie aura été constatée? Comment le sera-t-elle? Par le médecin lorsqu'il aura été appelé près du malade. Et s'il ne l'est pas? Par la sage-femme ou par une autre personne sachant reconnaître la variole, au moins dans ses formes les plus régulières. Y a-t-il incertitude? qui empêcherait alors la municipalité de faire venir le médecin vaccinateur?

Voici un exemple à l'appui de cette manière de voir : Ma circonscription médicale renferme environ vingt ... com-

---

Suivent les lettres échangées avec André Du Laurens du 14 janvier 1605 au 6 mai 1606; puis les éloges nombreux en vers français et latins par Théophile Gelée et sa traduction. On retrouve ici le portrait de Du Laurens dans sa trente-neuvième année, avec le distique :

Vultum Laurenti cernis sub imagine : scriptis
Divini ingenii conspiciuntur opes,

avec cette traduction pour la première fois :

Tel du grand Du Laurens fut jadis le visage
Que tu le vois dépeint aux traits de cet image :
Mais lisant ce bel œuvre admire son écrit,
Car pour connaître un homme il faut voir son esprit.

Les 26 planches de la belle édition latine de 1600 sont à leur place. Les *Œuvres anatomiques* ont 353 feuillets sans compter les tables. Le discours des crises divisé en 3 livres..... auxquels est ajoutée une méthode générale servant au prognostic et aux crises de toutes les maladies, mais principalement les aiguës..... 53 feuillets. Le discours des escrouelles divisé en deux livres..... 43 feuillets. A la fin, Th. Gelée s'adresse encore au lecteur :

En ceste version si trouvez à reprendre,
Faites le comme amy et non comme envieux,
Et en la corrigeant, taschez de faire mieux
Pour profiter à ceux qui désirent d'apprendre.

Suivent les quatre discours : de la conservation de la vue, etc., 57 feuillets. Et « Quelques opuscules recueillis des leçons de M. André Du Laurens..... lors qu'il lisait publiquement aux chirurgiens de l'Université de Montpellier, ès années 1587 et 1588, lesquels n'ont point encore esté imprimez. » 30 feuillets.

Le privilège est octroyé « à Pierre Mettayer et Raphaël du Petit-Val, nos imprimeurs et nos libraires ordinaires dans nos villes de Paris et de Rouen » durant dix ans pour les œuvres tant latines que françaises.

munes. Dans deux d'entre elles, la variole s'est montrée dès le commencement de janvier 1880. Dans la première, Fliu, un cas de variole confluente s'étant montré, j'ai procédé de suite à la revaccination générale et j'ai eu le bonheur d'arrêter l'épidémie à son début. Aucune autre personne, à Fliu ou aux environs, n'a repris la maladie. De même, à Domptail (Vosges), commune de 1000 habitants, la revaccination faite dès le commencement de l'épidémie a arrêté les progrès de la maladie. Toutes les autres communes du voisinage ont été épargnées. Le sujet qui avait provoqué cette épidémie était un soldat revenu dans sa famille depuis quelques jours, après avoir passé deux mois à l'hôpital du Gros-Caillou, pour une fièvre typhoïde.

D'un autre côté, chacun sait que l'on peut reprendre la variole, quoique ayant été vacciné avec succès quelques semaines auparavant. On pourrait donc établir que la revaccination sera obligatoire pour quiconque arrive dans un milieu (caserne, hôpital, etc.) où existe la variole, sinon à son entrée, du moins lorsque le moment de le faire sera trouvé opportun.

D[r] Alison,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Sur les matières albuminoïdes du cristallin, au point de vue de la non identité de celles qui sont solubles, avec l'albumine du blanc d'œuf et du sérum, par M. *A. Béchamp*. — Le résultat des longues recherches auxquelles l'auteur s'est livré l'ont conduit : 1° à l'égard du cristallin, à admettre, dans sa partie soluble, deux matières albumineuses bien distinctes, et à nettement séparer, confirmant ainsi une ancienne observation de M. Fremy, la matière insoluble des fibres cristalliniennes de la fibrine; 2° à l'égard des matières albuminoïdes, à nier l'unité substantielle pour affirmer leur pluralité spécifique. Dans tout le cours de ces recherches, il a accordé une importance très secondaire au phénomène de la coagulation, mais a donné une importance extrême à l'analyse immédiate et à la détermination des pouvoirs rotatoires.

L'auteur a isolé du cristallin trois matières : 1° la *phacozymase :* c'est une substance qui reste soluble dans l'eau après qu'elle a été précipitée par l'alcool; 2° la *cristalbumine* devient insoluble dans l'eau lorsqu'elle a été précipitée par l'alcool, mais cette insolubilité ne se manifeste pas instantanément : au moment de la précipitation, si l'on ajoute de l'eau, elle se redissout; 3° la *cristalfibrinine*, précipité blanc mat qui résulte de la dissolution des fibres cristalliniennes dans l'acide chlorhydrique très étendu.

Un tableau met en regard les pouvoirs rotatoires obtenus pour les principales matières albuminoïdes et ceux des matières cristalliniennes indiquées, et montrent que les pouvoirs diffèrent. (Commissaires : MM. Dumas, Milne Edwards, Peligot, Fremy, Cahours.)

Vinaigre antiseptique. — M. *J. A. Pennès* soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur l'emploi d'un liquide antiseptique. Ce mémoire est accompagné de divers documents et de pièces anatomiques et zoologiques. (Commissaires : MM. Fremy, Bouley, Alph. Milne Edwards.)

Sur l'astigmatisme. Note de M. *C. J. A. Leroy*. — Démonstration par des formes algébriques de ce fait que le cas de la réflexion du pinceau lumineux par un plan est le seul où il n'y ait pas d'astigmatisme.

Proportion d'acide carbonique dans l'air. Note de M. *Marié-Davy*. — C'est une réponse à une précédente note de M. Reiset. M. Marié-Davy pense que des corrections de température et de pression sont indispensables dans les expériences de M. Reiset, qui *dose en poids* l'acide pris à l'air, tandis que, à Montsouris, on dose directement le *volume* de l'acide dans les conditions mêmes de température et de pression de l'air extérieur. Ce dernier procédé est plus direct et plus simple.

Les résultats généraux obtenus par les deux expérimentateurs sont remarquablement concordants. Du 2 octobre au 14 novembre 1879, trente opérations ont donné à M. Reiset un volume moyen de 30[lit],1 d'acide carbonique pour 100 000 litres d'air, nombre qu'il trouve un peu supérieur à sa moyenne générale. Du 2 octobre au 31 du même mois, vingt-huit analyses faites à Montsouris donnent pour moyenne 30[lit],2, nombre identique à celui de M. Reiset. Il est vrai que cette moyenne descend à 29[lit],1, si l'on joint aux vingt-huit analyses d'octobre les onze analyses de la première quinzaine de novembre.

Sur l'inoculabilité du charbon symptomatique et les caractères qui le différencient du sang de rate. Note de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas*. — *Conclusions :* 1° Le

(1) Les animaux de l'espèce bovine présentent, dans plusieurs localités (parmi lesquelles nous signalerons le Bassigny, dans le département de la Haute-Marne), une maladie toujours mortelle, qui débute brusquement par de la tristesse, de l'inappétence et l'apparition d'une tumeur irrégulière, mal circonscrite, sur le tronc, l'encolure, l'espace inter-maxillaire ou sur l'un ou l'autre membre. Dans tous les cas, cette tumeur progresse avec une rapidité étonnante, envahissant les muscles et les interstices musculaires; d'abord homogène et très douloureuse, elle devient peu à peu insensible, crépitante et sonore à son centre; les tissus qui la forment sont noirs, friables et laissent échapper, par incision, un sang rouge, puis noir, et enfin une sérosité spumeuse et une assez grande quantité de gaz. Pendant que la maladie

---

Une autre édition de tous points pareille et d'une impression encore plus belle (remarquables lettres illustrées a paru), à Paris et à Rouen en 1621. Le catalogue des sciences médicales de la Bibliothèque Nationale a le tort de dire que c'est la « première réunion des *Œuvres* de Du Laurens traduites sur différentes éditions latines séparées » (T. 25. 40), chez Raphaël du Petit Val, imprimeur à Rouen.

? Rouen, 1661, indiqué au même catalogue, n'a pu m'être présenté.

Les œuvres de M[e] Du Laurens, etc., traduites de latin en français, par M[e] Théophile Gelée, médecin ordinaire de la ville de Dieppe, revues, corrigées et augmentées en cette dernière édition par G. Sauvageon, d. m. agrégé au Collège des médecins de Lyon. A Paris, chez Pierre Billaine, rue Saint-Jacques, *à la Bonne Foi*, et chez Jean Petitpas, 1639. In-fol., sans frontispice; la marque du libraire est signée : *I. Briot fecit.* Impression moins belle. L'avis aux lecteurs est conservé. Pas de dédicace ni de portrait. Les 26 planches anatomiques sont un peu plus petites, comme dans l'édition de Francfort. La première partie comprend les *Œuvres anatomiques*, 597 pages. La seconde partie des œuvres de M[e] André Du Laurens est divisée en quatre discours : le premier explique la nature de la crise, de toutes ses différences et les signes critiques; le second traite de la vertu admirable de guérir les escrouelles par le seul attouchement des rois de France, leurs différences, causes, signes et curation par l'art de médecine; le troisième, de la conservation de la vue, des maladies mélancholiques, des catarrhes et de la vieillesse; le quatrième, de la goutte, de la lèpre et de la vérole, 395 pages. En somme, c'est la traduction de Th. Gelée, sans modifications apparentes.

Une autre édition de Sauvageon, tout à fait semblable, a paru en 1646, in-fol., à Paris, chez Adrien Taupinart, rue Saint-Jacques, *à la Sphère*, et chez Mathieu Guillemot.

J'ai insisté ailleurs (Études historiques, p. 70) sur la description de ces 26 planches qui se retrouvent encore dans

charbon symptomatique de l'espèce bovine (1) est inoculable au bœuf et à certaines autres espèces animales.

2° Il est transmis par un microbe qui pullule dans les tissus musculaire et conjonctif de la tumeur, qui est très rare ou même absent dans le sang; c'est donc surtout dans la tumeur qu'il faut le chercher.

3° Ce microbe est retenu par le filtre en plâtre.

4° Par ses caractères, les effets qu'il produit et les espèces animales qui sont propres à son évolution, il diffère nettement du *Bacillus anthracis*.

5° Donc le charbon symptomatique du bœuf ne doit plus être confondu avec le sang de rate dans le groupe des affections charbonneuses.

Nous poursuivons nos recherches, et, dans une note ultérieure, nous ferons connaître les résultats obtenus quant aux caractères biologiques du microbe et les conséquences médicales qui en découlent.

Académie de médecine

SÉANCE DU 8 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Legouest* présente, au nom de M. le docteur Jeannel (Maurice), médecin aide-major de 1re classe, un ouvrage intitulé : *L'infection purulente ou pyohémie* (ouvrage couronné par la Société de chirurgie, prix Gerdy).

M. *Léon Colin* présente, au nom de M. Antony, médecin aide-major de 1re classe au 25e régiment d'artillerie, un mémoire intitulé : *Étude des causes susceptibles de faire varier les résultats des revaccinations*.

M. *Leblanc* offre en hommage un travail qu'il vient de publier *Sur la spontanéité des maladies virulentes, examinée au point de vue de la médecine vétérinaire*.

M *Bergeron* présente, au nom de MM. Paul et Émile *Frank-Valery*, divers appareils contre la surdité et qui consistent : le *premier* en un petit tube en argent surmonté d'un pavillon sphérique à double chambre, auquel vient s'adapter une embouchure parabolique à col rétréci et servant à recueillir les ondes sonores; le *second* est un dilatateur progressif, qui n'est autre chose qu'un perfectionnement du *speculum auris*, et qui permet de dilater le conduit auditif à la volonté du malade; le *troisième* est un cornet ou plutôt une conque acoustique qui, d'après M. le docteur Bonnafoud, membre correspondant de l'Académie, triplerait l'intensité du son.

CHOLÉRA DES POULES. — A l'occasion du procès-verbal, M. *Jules Guérin* dit que M. Pasteur n'a pas exactement reproduit dans le *Bulletin* les paroles qu'il avait prononcées. En répondant à M. Guérin M. Pasteur avait dit : « Tant pis *pour vous*, » or le *Bulletin* reproduit simplement *tant pis*.

M. Guérin tient à rétablir exactement ces paroles, parce qu'il les considère comme un défi auquel il n'entend pas se soustraire. Il déclare, au contraire, accepter la provocation et se met à la disposition de M. Pasteur. Dans tous les cas il tient à répéter que la démonstration de la dernière séance ne l'a nullement convaincu.

M. *Pasteur* répond qu'il n'a jamais voulu étendre la théorie des germes au delà des limites où l'on peut raisonnablement l'appliquer. Il pensait que M. J. Guérin allait aujourd'hui donner des explications relatives à la démonstration faite dans la dernière séance; mais il n'en est rien. Il devient alors impossible de lui répondre. Il serait à désirer que M. Guérin voulût bien exposer les raisons qui l'empêchent d'admettre que le choléra des poules n'est pas causé par un microbe; il importe d'éclaircir ce premier point avant d'aborder les questions plus générales.

PROPAGATION A DISTANCE DES AFFECTIONS ET DES PHÉNOMÈNES NERVEUX. — M. *Rambosson* lit un mémoire sur *la propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux*, tels que le bâillement, les affections épileptiformes, les tics nerveux divers, la terreur panique, certaines folies, etc., etc.

Il explique cette propagation à distance, en faisant remarquer que le mouvement cérébral ou psychique qui donne naissance à l'affection ou au phénomène, va se reproduire dans le cerveau des spectateurs par l'intermédiaire des ondes sonores et des ondes lumineuses. Il suit ce mouvement dans toutes ses allures et dans toutes ses transformations, pour démontrer qu'il ne se dénature pas, et qu'il doit produire les mêmes effets ou des effets analogues, dès qu'il arrive dans un même milieu ou dans des milieux analogues.

Une enquête des plus complètes lui a démontré que cette propagation peut se faire par la vue et par l'ouïe agissant simultanément, ou par la vue seulement, ou par l'ouïe seulement; c'est-à-dire par l'intermédiaire des ondes sonores et des ondes lumineuses, agissant simultanément ou séparément.

Il cite des faits qui font voir l'influence de la répétition sur la propagation des affections et des phénomènes qui nous occupent; ils font voir également combien la simulation de ces affections et de ces phénomènes augmente les prédispositions à leur égard.

D'un autre côté, en partant du mouvement cérébral comme expression directe des facultés instinctives et intellectuelles, en un mot, comme expression de l'état psychique, et se basant sur la propagation à distance dont nous venons de parler, il arrive à la solution d'importants problèmes, tels que la compréhension spontanée du langage naturel, la différence essentielle qu'il y a entre ce langage et le langage conventionnel, etc., etc. Mais il en fait une application toute spéciale à la musique: il fait voir quelle doit être son influence sur le physique et sur le moral, sur le système nerveux en général, influence qu'il avait déjà établie par l'étude

évolue localement, les symptômes généraux s'aggravent; la température de l'animal s'élève, puis décroît; bref, en trente-six ou quarante-huit heures, le malade est emporté.

Ce tableau répond à l'affection appelée par Chabert *charbon symptomatique*, lequel constitue, avec le sang de rate et la pustule maligne, son groupe des affections charbonneuses.

---

l'*Anatomie universelle de toutes les parties du corps humain représentée en figures* et exactement expliquée par ***. Paris, chez F. Girard Jollain, 1731. *Ouvrage curieux et utile aux étudiants en médecine, chirurgie, sages-femmes, et aux peintres et sculpteurs*, in-fol. de 55 pages. Deux autres éditions de Paris, 1741, chez Antoine Humblot. — 1748, chez Crépy, avec ce petit changement dans le titre : *expliquée par le célèbre André du Laurens, revue par M. H..., chirurgien juré de Saint-Côme.*

E. TURNER.

(*A suivre.*)

BUREAU CENTRAL. — Le concours ouvert le 17 mars dernier, pour trois places de médecin du Bureau central, s'est terminé, après une brillante lutte, par la nomination de MM. Hanot, Gaillard-Lacombe et Du Castel.

— Voici la liste définitive du jury du concours, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux, qui s'est ouvert mercredi 2 juin courant : MM. Marrotte, président; Blachez, Bucquoy, Damaschino, Guyot, Lasègue, Laboulbène, Paul (Constantin), B. Anger, juges.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret du Président de la République, en date du 5 juin 1880, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé : M. Cotholendy (Gaspard-Jean-Baptiste-François), médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : M. Brassac (Pierre-Jean-Marcelin), médecin principal.

Au grade de médecin principal, 2e tour (choix) : M. Cheval (Julien-Elysée), médecin de 1re classe.

directe des faits; dans une communication à l'Académie de médecine du 31 octobre 1876. Il arrive ainsi au même résultat par deux voies différentes qui se confirment l'une l'autre.

M. Rambosson fait remarquer que le mouvement qui préside à la propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux semblerait, de prime abord, devoir produire un résultat fatal; mais il est facile de voir que la liberté morale de l'homme est ici en pleine évidence; car l'homme, par une volonté énergique peut résister complètement, ou plus ou moins suivant les circonstances, à l'impulsion que ce mouvement imprime à ses organes. C'est ce qui fait que les procédés d'intimidation sont quelquefois excellents comme préventifs, dans les épidémies de ce genre d'affections et de phénomènes.

Rapports. Hygiène de l'enfance. — M. *de Villiers* donne lecture au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance du *Rapport* général sur les travaux présentés à l'Académie pendant l'année 1879.

En résumant les opinions générales des auteurs dont M. de Villiers examine les mémoires au point de vue des résultats donnés par l'allaitement artificiel, on voit que la plupart de ces auteurs établissent comme des règles que, lorsque des circonstances absolument impérieuses empêchent de faire allaiter l'enfant, soit par sa mère, soit par une nourrice:

1° L'allaitement artificiel doit être pratiqué chez soi par la mère ou sous ses yeux et sous sa surveillance immédiate;

2° Lorsque l'on est contraint d'élever l'enfant par ce procédé loin du toit maternel, il ne faut le confier qu'à une femme consciencieuse, soigneuse, expérimentée et ayant facilement à sa disposition du lait de bonne qualité;

3° L'allaitement mixte constitue une excellente pratique qui acclimate l'enfant à l'allaitement artificiel;

4° L'allaitement artificiel pratiqué dans de bonnes conditions chez des enfants robustes issus de parents sains, donne chez soi et surtout à la campagne des résultats excellents, et certainement supérieurs à l'allaitement au sein par des nourrices habitant leur pays, vivant avec leurs maris et médiocrement rétribuées;

5° L'allaitement artificiel pratiqué loin de la surveillance de la famille donne des résultats inférieurs à l'allaitement au sein pratiqué dans les mêmes conditions;

6° L'allaitement artificiel pratiqué dans une agglomération d'enfants fait certainement courir à ces enfants les plus grands dangers, et entraîne le plus souvent la mort, quelles que soient les précautions prises et les mesures hygiéniques adoptées.

« Après cette exposition aussi fidèle que possible des travaux assez nombreux qui nous ont été adressés sur l'*allaitement artificiel*, nous nous demandons, en résumé, s'ils nous apprennent des faits nouveaux ou des choses inconnues. Tous ceux qui se sont occupés quelque peu de l'hygiène de la première enfance, auront reconnu tout ce que les livres déjà publiés et leur propre expérience leur ont enseigné, depuis les précautions à prendre dans l'application pratique, jusqu'aux résultats que l'on obtient de cet allaitement, soit dans la famille, soit en dehors de celle-ci, soit enfin et surtout dans les hôpitaux où il a toujours produit de si lamentables résultats. Nous devons cependant profiter de quelques mesures de détail indiquées par les concurrents pour compléter quelques-unes des recommandations relatives à l'allaitement artificiel contenues dans les conseils élémentaires aux mères et aux nourrices, que vous publiez chaque année. » Voici celles que M. de Villiers propose d'ajouter :

2° A défaut de lait de femme pour l'enfant, se servir de lait de vache ou de chèvre (ajoutez : *ayant récemment mis bas, ou du lait de la première traite, ou enfin, si cela est impossible*), de lait tiède et coupé pendant les huit premiers jours par moitié, *puis, pendant huit autres jours, par quart* d'eau légèrement sucrée, *selon la tolérance des organes digestifs de l'enfant;*

3° Pour faire boire ce lait employer des vases de verre ou de terre, et les nettoyer avec soin toutes les fois que l'on s'en est servi; défense de se servir de vases qui contiennent du plomb, *et d'embouts faits avec du caoutchouc vulcanisé;*

5° Se rappeler que la nourriture au biberon ou au petit pot, sans le secours du sein, augmente beaucoup les chances de maladie ou de mort des enfants, *à moins que l'allaitement artificiel soit pratiqué au milieu de la famille et par des personnes expérimentées. Cet allaitement ne peut être pratiqué au milieu d'une agglomération d'enfants sans leur faire courir les plus grands dangers.*

M. *J. Guérin* félicite le rapporteur sur la manière impartiale dont il a traité la question.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Constantin Paul sur les titres de candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Ostéite du tibia; abcès probable; trépanation. — Opération de bec-de-lièvre. — Redressement d'un oal vicieux de la jambe. — Gingivite expultrice. — Présentation d'un instrument.

M. *Delens* communique une observation de trépanation du tibia. Un jeune homme de vingt et un ans, souffrant beaucoup de la jambe depuis cinq ans, entra à l'hôpital en demandant un soulagement à ses souffrances. Le tibia présentait tous les signes de l'ostéite condensante et d'un abcès enkysté. L'iodure de potassium n'avait amené aucune amélioration. Le 28 avril, M. Delens appliqua le trépan sur le tibia; on enleva une épaisseur de 22 millimètres de tissu éburné. On ne trouvait point l'abcès; mais on remarqua sur la paroi du canal creusé un point très vasculaire; on détacha une lamelle osseuse à ce niveau, et une cavité latérale contenant un liquide séro-sanguin parut; cette cavité était située à 10 centimètres de la surface articulaire supérieure du tibia. Aussitôt après l'opération, les douleurs cessèrent, et le malade quitta l'hôpital guéri.

M. *Périn* a trépané trois fois le fémur d'une femme atteinte d'une ancienne tumeur blanche du genou. La partie moyenne du fémur était gonflée; il ne trouva point de pus, mais les douleurs cessèrent. Plus tard, comme il restait un point douloureux au niveau du trochanter, une couronne de trépan appliquée en ce point enleva la douleur. Enfin, six mois plus tard, un autre endroit étant devenu douloureux, le trépan fut encore appliqué avec succès; dans ces trois opérations, on ne trouva point de pus.

M. *Després* a déjà communiqué l'observation d'un malade qui avait un abcès de l'os à la suite d'une fracture mal soignée; trépanation et guérison. M. Després trouva du pus en trépanant sur le point de l'os le plus douloureux et le plus tuméfié. Un autre malade entra à Cochin avec un point douloureux à la partie supérieure du tibia; trépanation; on ne trouva que du sang. Lorsque M. Després ne trouve pas de pus, il traverse l'os de part en part, et met un drain pendant un an ou deux pour obtenir une guérison définitive. Chez le malade de Cochin, M. Després n'ayant pas mis de drain, il y eut une récidive, et c'est alors que M. Cruveilhier vit le malade.

M. *Verneuil* a rarement eu l'occasion de trépaner les os longs. Il a trépané le tibia chez une femme qui avait une violente douleur au niveau de cet os, avec un gonflement minime. Il avait diagnostiqué un abcès de l'os. Creusant le tissu osseux avec une gouge à creuser, il ne trouva rien. La malade dit qu'il fallait chercher plus bas; comme elle souffrait toujours,

M. Verneuil appliqua le trépan; il creusa le tibia en gouttière sur une étendue de 4 à 5 centimètres. La douleur diminua beaucoup, mais ne disparut pas complètement.

Un malade entra à l'hôpital avec une ostéite de la partie inférieure du fémur; gonflement notable de l'os. M. Verneuil chercha un séquestre et ne le trouva pas; il perfora l'os de part en part avec le trépan et plaça un drain. Le malade guérit. Comme dans le cas précédent, il n'y avait pas de pus.

M. *Lucas-Championnière* a fait la trépanation de l'extrémité supérieure du fémur chez un malade qui avait un gonflement de cet os, avec des fistules sans connexion avec le tissu osseux. On ne trouva ni pus ni sérosité. Le malade guérit.

M. *Cruveilhier*. La trépanation des os guérit des affection autres que les abcès osseux; ces abcès sont rares, mais souvent on trouve une cavité remplie de sérosité sanguinolente. Il y a des abcès des os qui récidivent; mais M. Cruveilhier a vu des malades qui n'ont pas eu de récidive. Le malade de M. Desprès a été repris au bout de deux ans d'atroces douleurs dans la jambe. M. Cruveilhier a perforé le tibia de part en part; la guérison est complète.

M. *Duplay* a trépané un certain nombre de fois pour des ostéites douloureuses. Comme lésions, il a rencontré l'ostéite condensante ou raréfiante; parfois une cavité nette, renfermant du pus, ou des fongosités, des fragments d'os; parfois il n'y a pas de cavité. Le plus souvent le trépan a guéri les malades.

— M. *Trélat* a opéré deux enfants atteints de gueule-de-loup, c'est-à-dire de bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine et écartement considérable. Dans ces deux cas, il a employé un moyen qui a beaucoup facilité le rapprochement des parties avivées. Une petite plaque de plomb traversée par un fil est appliquée contre l'aile du nez; ce fil traverse les parties avivées et ressort par l'autre narine; en ce point seconde plaque On peut ainsi rapprocher plus ou moins les parties avivées. Après cette sorte de suture profonde, on procède à la suture superficielle. Ce moyen est décrit dans le livre de M. Lucas-Championnière sur la chirurgie antiseptique.

M. *Lucas-Championnière* a appliqué ces plaques avec succès; il avait vu Lister les mettre en usage.

M. *Désormeaux* se sert d'un fil métallique pour rapprocher les narines. Le succès plus ou moins complet dépend de l'âge des malades.

M. *Sée* a opéré de nombreux becs-de-lièvre; il veut attirer l'attention sur une cause d'imperfection des résultats : c'est le défaut de développement du cartilage nasal du côté aplati.

— M. *Duplay* communique une observation de redressement du cal vicieux de la jambe. Un homme de vingt-deux ans se cassa la jambe le 24 avril 1879. Application d'un appareil. Quand on enleva cet appareil, la jambe était déviée et le cal solide.

Le 8 octobre, M. Duplay vit le malade; la fracture avait siégé à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du tibia; le malade ne pouvait pas marcher. Opération le 23 octobre. Incision sur le tibia; avec un ciseau et un marteau M. Duplay arrive à fracturer le tibia; mais il est impossible de redresser la jambe, même après la fracture du péroné. M. Duplay fit alors une résection cunéiforme sur le tibia; alors il put remettre les os dans la direction normale. Guérison complète.

M. *Desprès* a redressé un cal difforme chez un homme de vingt-huit ans qui n'était resté qu'un mois dans un appareil à fracture. Il a tenté le redressement sans opération et l'a obtenu. On doit essayer ce redressement jusqu'au dixième mois à partir de l'accident, avant d'en arriver à une opération.

— M. *Aguilhon* lit un mémoire sur la gingivite expultrice, ostéo-périostite alvéolo-dentaire de M. Magitot.

— M. *de Saint-Germain* présente un fixateur linguo-maxillaire.

L. LEROY.

Société de biologie.

ADDITION A LA SÉANCE DU 29 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

M. François-Franck : Faits relatifs à la température des différentes couches du cerveau et à l'échauffement du cerveau par la section du sympathique.

I. La température du cerveau est moins élevée dans les couches superficielles d'un hémisphère que dans ses parties profondes : la différence, variable du reste, peut dépasser 1 degré centigrade.

On démontre le fait avec les aiguilles ou mieux avec les sondes thermo-électriques qui n'exposent pas autant aux hémorrhagies : une sonde étant enfoncée par une petite perforation faite au crâne jusqu'aux couches profondes d'un hémisphère cérébral, l'autre sonde est maintenue dans les superficielles : on note un écart de 1 degré par exemple. Si l'on enfonce par degrés successifs, de 5 millimètres à chaque fois, la sonde superficielle, on voit la différence entre les deux sondes s'atténuer progressivement, et on observe l'égalité quand la sonde mobile est arrivée au niveau de la sonde fixe. La contre-épreuve est fournie en retirant la sonde mobile de la profondeur vers la surface.

Cette expérience prouve que les régions superficielles du cerveau sont moins chaudes que les régions profondes, mais elle ne donne pas la raison de la différence observée.

On arrive à démontrer que cet écart résulte de la déperdition de chaleur qui s'opère par les enveloppes du cerveau (téguments, crâne, etc.). En effet, 1° si l'on entoure d'une épaisse couche de ouate la tête de l'animal, on voit la température superficielle se rapprocher de la température profonde, sans arriver cependant à l'atteindre, la ouate ne préservant pas suffisamment le cerveau contre la déperdition; 2° une enveloppe de laine rapproche davantage la température superficielle de la température profonde, parce qu'elle isole beaucoup mieux que la ouate; 3° en couvrant la tête d'un bonnet imperméable, à double enveloppe, dans lequel on fait circuler de l'eau à la température des régions profondes du cerveau, on arrive très vite à niveler les deux températures.

Réciproquement, l'exagération de la déperdition de chaleur par les téguments augmente la différence entre la température superficielle et la température profonde : c'est ce qu'on observe en mouillant la peau de la tête et en activant l'évaporation par un courant d'air, etc.

Donc la surface du cerveau est moins chaude que ses parties profondes, à cause de la déperdition qui s'opère à l'air libre par les téguments du crâne.

II. La température profonde du cerveau est elle-même inférieure de quelques fractions de degré (1/10e à 2/10e) à la température du sang artériel explorée dans l'aorte thoracique : cette différence est mise en évidence par l'exploration thermo-électrique faite avec deux sondes, l'une plongée dans les parties profondes du cerveau, l'autre engagée par l'artère axillaire jusque dans l'aorte thoracique.

Il est probable que la différence tient à ce que le sang artériel subit, en traversant la région du cou, une légère perte de température; en effet : 1° si l'on entoure le cou d'une épaisse cravate de laine, on voit la température profonde du cerveau se rapprocher de la température du sang artériel; 2° on exagère la différence en refroidissant artificiellement la

région du cou par l'irrigation médiate à l'aide d'un manchon à double paroi.

III. Puisque les régions superficielles du cerveau présentent une température moins élevée que les parties profondes, on conçoit, *à priori*, qu'elles puissent être échauffées par la section du sympathique cervical. Cl. Bernard a observé l'échauffement du cerveau à la suite de cette section. En réalité c'est de l'échauffement des régions superficielles seules qu'il doit être question, puisque la profondeur est déjà presque aussi chaude que le sang artériel. Mais quelle est la cause de l'élévation de la température produite dans le cerveau par la section du cordon cervical du sympathique? Jusqu'ici on a beaucoup discuté la présence de nerfs vasomoteurs des vaisseaux cérébraux dans le sympathique cervical, et l'expérience de l'échauffement du cerveau par la section du sympathique n'est pas suffisante pour démontrer l'existence de ces nerfs. En effet, cet échauffement cérébral paraît surtout subordonné à l'élévation de la température des téguments de la tête: si on coupe le sympathique après avoir lié la carotide externe ou mieux après avoir oblitéré les vaisseaux péricrâniens par l'injection de poudres inertes, l'élévation de la température cérébrale reste douteuse, ce qui s'accorde avec l'hypothèse que l'échauffement du cerveau résulte surtout de l'échauffement de la coque vasculaire qui l'entoure. Dans des recherches ultérieures sur les vaisseaux cérébraux on cherchera quelle peut être l'influence des plexus nerveux qui entourent l'artère vertébrale et remontent avec elle jusqu'à la base de l'encéphale.

SÉANCE DU 6 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

M. Rabuteau : Anesthésie des végétaux par le bromure d'éthyle. — M. Brown-Séquard : Arrêts des mouvements rhythmiques des sphincters. — M. Mégnin : Abris de nature variée sécrétés par certains insectes. — M. Arloing : Restauration des mouvements à la suite de la destruction de certaines régions motrices du cerveau.

M. *Rabuteau* a fait des expériences sur l'action que le bromure d'éthyle exerce sur les végétaux. Ce corps, en contact avec des graines desséchées, reste sans action sur elles. Si, au contraire, grâce à l'humidité, les graines ont commencé à germer, le bromure d'éthyle arrête la germination; il tue les graines au bout de deux heures seulement. M. Rabuteau dit que les éthers sont d'autant plus toxiques que leur poids moléculaire est plus élevé. C'est la même loi qu'il a établie pour la toxicité des alcools, dans ses recherches sur les animaux : à ce sujet, il dit que cette loi a été vérifiée par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, qui ne font pas mention de ses expériences.

— M. *Brown-Séquard* annonce avoir constaté l'inhibition (*l'arrêt*) de la puissance tonique et de la faculté réflexe de la moelle épinière dorso-lombaire, chez des chiennes, non seulement quant à l'influence de ce centre nerveux sur les sphincters de la vessie et de l'anus, comme Goltz l'a trouvé, mais aussi sur les deux sphincters vaginaux. Si l'on coupe la moelle épinière transversalement à la région dorsale, chez un chien, on constate, en enfonçant un doit dans le rectum, que le sphincter anal, distendu, est pris de mouvements que Goltz a considérés comme parfaitement rhythmiques (environ 25 par minute). D'après M. Brown-Séquard il n'y a pas toujours là un rhythme véritable. Ordinairement il n'y a qu'une série de contractions et de relâchements successifs, séparés par des intervalles de temps inégaux. Ce physiologiste a trouvé que, si l'on introduit le doigt dans un vagin de chienne ayant mis bas depuis peu de temps, on constate le fait nouveau que les deux sphincters de cette partie se contractent et se relâchent alternativement de vingt à trente fois par minute. Si, l'on met un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, on trouve que la même périodicité presque rhythmique existe dans les sphincters du vagin que dans le sphincter anal. Si, lorsque le doigt introduit dans le vagin est soumis à ces resserrements périodiques, on vient à pincer une des pattes postérieures, on trouve que les mouvements s'arrêtent immédiatement et l'on sent que le sphincter se relâche. C'est là, pour le vagin, ce que Goltz a découvert à l'égard du sphincter anal. Sur une chienne ayant eu une section transversale d'un peu plus que la moitié latérale droite de la moelle dorsale, M. Brown-Séquard a constaté, pour le vagin et pour l'anus, que l'inhibition (*l'arrêt*) de la faculté réflexe et de la puissance tonique de la moelle épinière s'est produite également bien, que l'on pinçât la patte postérieure hyperesthétique (la droite) ou l'anesthétique (la gauche). Il a aussi trouvé que, pendant qu'on pinçait une de ces pattes, l'introduction d'un doigt, soit dans l'anus, soit dans le vagin, pouvait se faire sans résistance et sans provoquer le moindre mouvement réflexe des fibres musculaires des sphincters ou des parties voisines.

— M. *Mégnin*. Certains insectes, pendant la ponte, se protègent et protègent leurs œufs par des abris (carapaces, tissus variés) qu'ils sécrètent autour d'eux. M. Mégnin a observé le même fait chez des acariens trouvés chez un oiseau. Il montre à la Société des préparations où l'on voit des taches laiteuses sécrétées par l'acarien qui y a déposé ses œufs.

— M. *Arloing*. On sait que les troubles du mouvement qui suivent, chez le chien, l'ablation de la zone psycho-motrice du manteau d'un hémisphère cérébral s'atténuent au bout d'un certain temps, malgré la persistance de la lésion. Pour expliquer la restauration des mouvements, on a admis que les régions corticales voisines des régions détruites peuvent devenir des centres de suppléance, par une véritable transformation fonctionnelle.

M. François-Franck a émis l'hypothèse (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. SYSTÈME NERVEUX) que les mouvements d'un membre primitivement frappé de parésie redeviennent des mouvements coordonnés, parce que les centres médullaires correspondants subissent une sorte d'entraînement de la part des centres médullaires des membres sains, restés en rapport avec l'écorce du cerveau. Cette théorie repose sur l'étude des mouvements bilatéraux provoqués par une excitation unilatérale du cerveau, étude que MM. Franck et Pitres ont exposée devant la Société (décembre 1877).

Il est possible que la séparation des mouvements s'opère dans les conditions qui viennent d'être indiquées. Mais faut-il absolument abandonner l'hypothèse de la suppléance par des centres voisins? Le fait suivant, que nous avons observé, nous conduit à expliquer la restauration des mouvements par des centres corticaux prédestinés à leur exécution.

Si l'on pratique une brèche de 1 centimètre carré aux parois de la cavité crânienne d'un chien chloralisé, en dehors du point de séparation des crêtes fronto-pariétales, on découvre, après l'ablation de la dure-mère, une région du cerveau ordinairement divisée en deux parties par un petit vaisseau qui rampe un peu obliquement de dedans en dehors.

En excitant en avant et en arrière du vaisseau avec des courants induits, difficilement supportables à la langue, on obtient des effets unilatéraux, à la condition de bien localiser les courants, avec des électrodes fines et très rapprochées. L'excitation de la zone placée en avant du vaisseau détermine l'occlusion nette de l'œil du côté opposé. L'excitation de la zone située en arrière du vaisseau entraîne l'occlusion de l'œil du côté correspondant; toutefois, l'occlusion y est moins nette que dans l'œil opposé.

Ce qui existe pour les muscles des paupières peut exister pour les autres groupes musculaires.

« On conçoit dès lors comment les muscles affaiblis par la destruction d'un centre peuvent rentrer sous l'influence du centre voisin ou éloigné situé du même côté, et qui à l'état physiologique semble moins puissant que celui du côté op-

posé. On comprend même la possibilité d'une réparation motrice après la destruction des centres homologues des deux hémisphères. »

— La séance est levée à cinq heures et demie, la Société se réunissant en comité secret.

François-Franck.

REVUE DES JOURNAUX

Du nitrite d'amyle et de la morphine dans le traitement des convulsions des jeunes enfants, par le docteur Hugo Engel.

Un petit garçon de dix-huit mois, probablement sous l'influence de la dentition, fut brusquement pris de convulsions épouvantables et telles que le médecin américain n'en avait jamais vu d'aussi graves chez l'enfant. La plupart des muscles du corps étaient affectés; la bouche était pleine d'écume, les dents serrées, la langue mordue, les pouces fortement fléchis. La face, les lèvres, les gencives, tout le corps, en réalité, était pâle; une sueur visqueuse recouvrait comme une sorte de rosée toute la peau. Les pupilles enfin étaient tellement dilatées que l'iris était réduit à une ligne étroite.

La situation paraissait en somme excessivement grave; le père racontait que trois de ses enfants avaient succombé dans des conditions absolument identiques.

En vain on essaya les bains, les diaphorétiques, les révulsifs externes, le bromure de potassium et le chloral en lavement; en vain on eut recours aux inhalations de chloroforme: le petit malade allait de plus en plus mal et paraissait devoir succomber rapidement. Sa pâleur était celle de la mort; il ne respirait plus que péniblement; son pouls se ralentissait en devenant faible et irrégulier.

Le docteur Hugo Engel, considérant qu'en présence de ce cas désespéré il était autorisé à faire une tentative hasardeuse, pratiqua sur cet enfant une injection hypodermique de morphine d'un quart de grain (13 milligrammes), et lui fit aussitôt après respirer cinq gouttes de nitrite d'amyle répandues sur un mouchoir. Au bout de trente secondes, violente agitation; les convulsions prennent un caractère spasmodique, la surface du corps et la face deviennent rouges, l'enfant fait une longue et profonde inspiration. Deux minutes plus tard survenait un sommeil calme, avec respiration régulière, pouls plein et régulier quoique rapide; enfin au bout de dix minutes les pupilles étaient étroites.

Le petit malade dormit pendant huit heures; mais comme son sommeil paraissait trop profond, que sa respiration était stertoreuse, ses pupilles excessivement resserrées, on lui fit une injection sous-cutanée de 1/180 de grain d'atropine comme antidote de la morphine (33 milligrammes). La guérison complète fut rapide.

Le nitrite d'amyle avait été essayé en raison de la pâleur excessive du tégument externe, indiquant une contraction comme tétanique des artérioles.

La morphine fut prescrite à cause de la dilatation excessive de la pupille, de la pâleur de la face, et pour assurer et continuer l'action du premier médicament (*Philadelphie med. Times*, janvier 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Édouard Meyer, 2e édition, entièrement revue et augmentée, in-8 de 796 pages, avec 291 figures dans le texte. — Paris, G. Masson, 1880. Prix : 12 francs.

Traité complet d'ophthalmologie, par L. de Wecker et E. Landolt.

La première édition de l'ouvrage de M. Ed. Meyer avait été inspirée par l'esprit du Manuel d'ophthalmologie de Wharton Jones, traduit en français et annoté par Foucher. Cette édition fut relativement vite épuisée, et sa traduction en langues allemande, russe, italienne, montre assez que le public médical français ne fut pas seul à apprécier la valeur de ce traité pratique. La faveur dont il jouit en France, ne tient pas seulement à ce qu'il est, en somme, le seul manuel complet et récent écrit sur les maladies des yeux que nous possédions, mais aussi à ce qu'il a en réalité toutes les qualités que son titre représente. Il est en effet méthodique, très clair, précis, bien écrit en un mot, dogmatique, mais surtout pratique. Il constitue pour l'élève un excellent guide, nous en avons fait l'expérience, et d'un autre côté il offre aux praticiens de précieuses ressources. Il fournit à ces derniers les moyens de rappeler rapidement, au moment du besoin, des souvenirs plus ou moins effacés, leur fixe bien exactement l'étendue et la forme de leur intervention sans étaler à leurs yeux un amas de formules plus ou moins surannées parmi lesquelles il leur serait parfois difficile de faire un choix; enfin, sans réclamer de leur part ni beaucoup de temps, ni de grands efforts d'attention, ni connaissances mathématiques, il les initie aux problèmes de l'optométrie, dont certains traités ne cherchent pas (et c'est leur tort) à diminuer assez l'aridité pour pouvoir être facilement compris de la plupart des élèves et des praticiens.

Le premier chapitre est consacré à l'exposé de la marche à suivre dans l'examen méthodique de l'organe visuel et à la description des procédés d'exploration qui servent à établir le diagnostic des affections oculaires. Viennent ensuite des aperçus généraux sur le traitement des affections inflammatoires, aperçus que l'auteur a cru devoir grouper avant de procéder à l'étude de chacune de ces affections, pour éviter des redites fréquentes, et aussi pour mieux fixer ces données pratiques dans l'esprit du lecteur. Les maladies inflammatoires de la cornée, de la conjonctive, de l'iris, les lésions du cristallin, de la sclérotique, de la choroïde, de la rétine, sont l'objet de développements étendus, en raison de leur fréquence et de leur importance. L'étude des maladies de chacune des membranes est précédée d'un résumé d'anatomie et de physiologie succinct, mais bien suffisant pour faciliter la compréhension des détails d'anatomie pathologique ou des troubles fonctionnels qui caractérisent chaque affection.

Mettant à profit tous les documents contenus dans son traité bien connu *Des opérations qui se pratiquent sur l'œil*, l'auteur développe à propos des maladies de l'iris et du cristallin toutes les questions importantes relatives aux indications, aux contre-indications des opérations; au choix des procédés opératoires, aux accidents consécutifs, aux résultats définitifs. La compréhension du manuel opératoire est facilitée par un nombre suffisant de bonnes figures.

Les troubles de la réfraction et de l'accommodation, qui occupent aujourd'hui une si grande place dans les traités d'ophthalmologie, et dont l'étude présente habituellement pour les débutants et les praticiens de telles difficultés qu'elles les éloignent souvent de l'étude de l'oculistique, sont résumés en 80 pages. L'auteur s'est par-dessus tout, et il faut lui en savoir gré, attaché, en traitant ces arides questions, à être très compréhensible et toujours pratique. Il a résumé là ses

leçons *sur la réfraction et l'accommodation* professées, il y a longtemps déjà, à l'École pratique et bien connus.

Les paralysies des muscles de l'œil, les questions relatives au strabisme, les affections des paupières et des voies lacrymales remplissent les 100 dernières pages. La partie opératoire relative au strabisme, les divers modes opératoires, les moyens de modifier les effets produits, le traitement consécutif, les résultats immédiats et consécutifs ont surtout été traités avec un très grand soin.

En terminant, l'auteur donne un tableau des dioptries et des numéros correspondants de l'ancienne série des paires de lunettes.

Les modifications apportées à la nouvelle édition ne sont en somme que des modifications de détail et sont noyées dans le texte. L'auteur s'est attaché à mettre son livre au courant de la science, sans faire de la nouvelle édition un livre presque nouveau.

Pour terminer, nous souhaiterons à la nouvelle édition de ce livre, qui renferme la substance des volumineux traités d'ophthalmologie, et qui par le fait se recommande à l'élève et surtout aux praticiens ordinaires, tout le succès de la précédente édition.

— De Wecker et E. Landolt viennent de faire paraître, à la librairie Delahaye, la deuxième partie du tome Ier de ce grand traité d'ophthalmologie auquel collaborent un grand nombre des auteurs les plus connus en oculistique et qui remplace la troisième édition du traité de de Wecker. Ce fascicule de 292 pages, écrit par Snellen et Landolt, renferme une partie seulement de ce qui a trait aux méthodes d'exploration de l'œil.

Il nous serait impossible de faire un compte rendu analytique de cet ouvrage didactique, et nous croyons inutile, d'un autre côté, d'insister sur les mérites de ce vaste compendium qui, comme l'on sait, comme deux éditions rapidement épuisées l'ont prouvé, possède toute la faveur de cette partie du public médical qui s'occupe spécialement d'ophthalmologie. Nous nous bornerons donc à indiquer d'une façon sommaire le contenu du livre.

Une partie de l'ophthalmo-métrologie a déjà paru dans la première portion du tome Ier. La détermination de l'acuité visuelle, les optomètres, la détermination de l'intensité lumineuse (photométrie), de la sensation lumineuse de la couleur, de la perception des couleurs, de l'étendue du champ visuel, enfin le numérotage des lunettes ont été déjà étudiés.

Dans ce fascicule, Snellen passe en revue la détermination des états amétropiques de l'œil (hypermétropie, myopie, astigmatisme), l'entoscopie (étude des ombres oculaires), les phosphènes, l'augmentation de tension des globes oculaires et les différents appareils imaginés pour l'apprécier; enfin, la situation des yeux. Landolt a écrit les chapitres relatifs à l'ophthalmométrie, à l'ophthalmoscopie envisagée surtout au point de vue du diagnostic des états amétropiques, le chapitre relatif à l'exploration des mouvements des yeux, l'examen de la vision binoculaire, enfin la pupillométrie.

Comme dans la première partie du tome Ier, chaque chapitre est suivi d'une bibliographie étendue.

Dr E. D.

VARIÉTÉS

LES TROUBLES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Ainsi que nous l'avions prévu, l'autorité universitaire n'a pu laisser impunies les scènes de désordre provoquées à Montpellier par un groupe d'étudiants mal conseillés et imprudemment dirigés. Le recteur vient de faire afficher à la Faculté de médecine une lettre qui lui est adressée par M. le ministre de l'instruction publique, et un arrêté qui suspend tous les cours et interdit aux étudiants de se faire inscrire, pour y subir leurs examens, dans une autre Faculté. Voici ces documents :

Monsieur le recteur,

J'ai l'honneur de vous adresser ampliation d'un arrêté en date de ce jour, par lequel la Faculté de médecine de Montpellier est fermée jusqu'à nouvel ordre. Les élèves en cours d'études à cette Faculté ne pourront, jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné, prendre d'inscription ni subir d'examen devant aucune autre Faculté ou École.

J'espère que cette mesure, à laquelle je suis décidé à tenir rigoureusement la main, fera comprendre aux étudiants que l'Université n'est pas plus disposée aujourd'hui qu'à une autre époque à incliner son autorité devant le tumulte et la sédition. Quand j'ai pris l'arrêté du 19 mai, qui confie à deux savants éminents deux cours complémentaires de botanique et de zoologie, je l'ai fait en pleine connaissance de cause, et sans porter atteinte aux droits de personne. J'ai choisi, sous ma responsabilité, les deux chargés de cours qui m'ont paru les plus capables en ce moment d'enseigner l'histoire naturelle. Je suis plus que jamais résolu à ne confier cet enseignement, dont j'ai seul le droit de disposer, à aucune autre personne.

Quant à M. Amagat, qui est l'instigateur manifeste de tous ces désordres, il est déféré au conseil académique. Il aura très prochainement à rendre compte de sa conduite. Par une lettre rendue publique, cet agrégé annonce qu'il veut faire des conditions à ses juges : il sera jugé selon la loi. S'il récuse ce tribunal comme il a refusé l'enquête qu'il avait demandée au doyen, et que le doyen lui offrait par mon ordre, il sera jugé par défaut.

J'ai lu tout ce qui s'est écrit, depuis quinze jours, sur cette déplorable affaire; j'ai examiné attentivement toutes les accusations dont la Faculté a été l'objet; je ne les ai pas trouvées fondées; j'aurais, quant à moi, un reproche à adresser à la Faculté de Montpellier, c'est d'avoir parfois dépassé, aussi bien vis-à-vis de M. Amagat que vis-à-vis des étudiants révoltés, la mesure de l'indulgence permise.

J'espère, monsieur le recteur, que la réflexion et le bon sens vont reprendre leurs droits, que les étudiants rentreront dans le devoir, et qu'il me sera possible, le calme étant rétabli, d'achever l'organisation du centre universitaire de Montpellier, par l'installation de la Faculté de droit. C'est là, pour la ville de Montpellier et pour toute la région, un intérêt de premier ordre; vous savez avec quelle sympathie j'en poursuis la réalisation. Il serait déplorable de voir compromettre ou retarder, par des désordres persistants, une solution si impatiemment attendue et pour laquelle, à cette heure, tout est préparé.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Jules FERRY.

Lu en séance de Faculté, le 6 juin 1880.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Vu les dépêches de M. le recteur de l'Académie de Montpellier, en date des 25 et 26 mai 1880;

Arrête :

ART. 1er. — La décision de M. le recteur de l'Académie de Montpellier qui, en vertu des pleins pouvoirs à lui accordés à cet effet, a fermé la Faculté de médecine de Montpellier, est approuvée.

ART. 2. — Jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné, aucun élève en cours d'études à la Faculté de médecine de Montpellier ne sera admis à prendre d'inscription ni à subir d'examen dans aucune Faculté ou École de la République.

ART. 3. — MM. les recteurs sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 juin 1880.

Signé : Jules FERRY.

Un journal affirme que les députés de l'Hérault protestent contre la publication de la lettre ministérielle. Nous ne savons ce qui en est; mais animés uniquement, en cette affaire, de l'esprit de justice, nous devons faire remarquer que M. Amagat, par cela même qu'il est déféré au Conseil académique, devient pour le moment un simple accusé, et que l'une des phrases de la lettre de M. le ministre semble s'appliquer à un cou-

pable reconnu. Il n'en reste pas moins prouvé que, à l'unanimité, les professeurs et agrégés de Montpellier condamnent les agissements de M. Amagat, qu'ils sont tous d'accord pour affirmer ses intempérances de langage et pour déclarer qu'il n'aurait pu, sans danger pour la dignité de l'enseignement, être chargé d'un cours magistral. Dans de telles conditions, il n'appartenait pas à ses élèves de protester, au mépris de toute convenance et de toute justice, contre un verdict que ratifieront certainement, si l'enquête ordonnée devant le Conseil académique prouve que ces accusations sont bien fondées, l'Université et le corps médical tout entier.

NÉCROLOGIE : FR. RIZZOLI.

Le professeur Rizzoli, dont nous annoncions, dans notre dernière chronique, la maladie en même temps que la généreuse libéralité envers les pauvres de Bologne, vient de succomber dans cette ville. Rizzoli était un chirurgien du plus grand mérite, dont on aimait à reconnaître l'exactitude de diagnostic et de pronostic, et la logique dans la recherche de la nature des maladies. Il recommandait et pratiquait l'association de la thérapeutique interne à la thérapeutique chirurgicale, donnait, dans les opérations, la préférence aux doigts sur les instruments, bien qu'il en eût inventé ou modifié un grand nombre; mais il tenait avant tout à rendre les procédés opératoires plus simples et plus efficaces. La hardiesse et la prudence, admirablement associées en lui, en faisaient suivant les circonstances, un opérateur audacieux ou un conservateur déterminé. A son école s'est formée toute une génération de chirurgiens, qui maintiennent à un rang élevé la chirurgie en Italie.

L'œuvre de Rizzoli a été réunie en deux volumes traduits en français par son élève, le docteur Andreini, sous le titre de *Clinique chirurgicale : mémoires de chirurgie et d'obstetrique*. Paris, 1872-1877. Comme il est peu de sujets qui n'aient été abordés par Rizzoli, ces volumes forment une sorte de *Compendium* de thérapeutique chirurgicale des plus utiles à consulter. La partie originale, celle qui revient en propre à Rizzoli, se compose des travaux relatifs au traitement des anévrysmes par la compression variée, par l'acupressure, dont la priorité lui revient contre Simpson (d'Edimbourg); — l'ablation complète intra-buccale et sous-périostée du maxillaire inférieur; — la massétérotomie intra-buccale et la résection osseuse en cas d'ankylose de la mâchoire inférieure, pratiquée avant Esmarch (de Kiel); — diverses méthodes d'amputation totale ou partielle de la langue; — la résection du sternum; — la trachéotomie à l'aide d'un trocart de son invention; — l'ostéoclasie d'un membre sain en cas de fracture, avec raccourcissement de l'autre membre; — l'ostéoclasie pour rupture de l'ankylose du genou; — la taille médiane; — opération de l'anus vulvaire, etc. M. le docteur Andreini a rendu à son illustre maître toute la justice qui lui est due dans une introduction ajoutée au second volume de sa traduction, et à laquelle nous avons emprunté les éléments de cette notice.

L. H. P.

École de médecine de Nantes. — M. Bureau, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est institué, en outre, suppléant des chaires de sciences naturelles à ladite Ecole, pour une période de dix années.

Mortalité a Paris (22e semaine, du vendredi 28 mai au jeudi 3 juin 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1071, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 37. Variole, 54. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 16. — Coqueluche, 7. — Diphthérie et croup, 38. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 10. — Affections puerpérales, 14. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 54. — Autres affections générales, 111. — Bronchite aiguë, 43. — Pneumonie, 84. — Diarrhée infantile et athrepsie, 90. — Autres maladies locales : aiguës, 81; chroniques, 167; douteuses, 44. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 25. — Causes inconnues, 7.

Bilan de la 22e semaine. — Voilà enfin une diminution notable à enregistrer : 1071 décès au lieu de 1200 des semaines précédentes. Elle porte surtout sur la fièvre typhoïde, puis sur la variole, sur la diphthérie, sur la coqueluche; à peine sur la fièvre puerpérale, sur la rougeole. Au contraire, les décès par scarlatine ont sensiblement augmenté. Les décès par affections puerpérales nous offrent un fait important à noter, c'est que trois cas sur quatorze ont été constatés dans le même quartier (*Folie-Méricourt*), dont deux dans la même rue (Fontaine-au-Roi), un autre fort près de là (rue des Trois-Bornes). Déjà, dans la 20e semaine, il s'est rencontré jusqu'à 5 décès par fièvre puerpérale dans les quartiers contigus de la *Porte-Saint-Martin* et des *Enfants-Rouges;* dans la 21e, il y a encore eu un décès dans le quartier Folie-Méricourt et un dans celui de la Porte-Saint-Martin. Il semble donc qu'il y a là un centre de puerpéralité morbide qui se signale aux praticiens.

Nous appellerons de nouveau l'attention sur les sévices exceptionnels de la variole dans le quartier des *Quinze-Vingts* et les quartiers contigus de *Sainte-Marguerite* et de la *Roquette;* ces quartiers continuent à enregistrer trois à quatre fois plus de décès par variole que ne le comporte leur population. Ces sévices, si cruellement exceptionnels, s'expliquent trop bien, d'après nos recherches spéciales sur ce sujet (voyez le dernier numéro des bulletins de la *Société de médecine publique*), par la présence de l'hôpital Saint-Antoine, qui a remplacé le dépôt de varioleux à l'*Annexe*, et qui, comme lui, pendant le premier trimestre, renferme plus de 100 varioleux. Ainsi ont été transportés dans ces trois quartiers contigus (*Saint-Antoine* est sur la lisière des *Quinze-Vingts* et de *Sainte-Marguerite*, et tout près de celui de la *Roquette*) les contages dont l'*Annexe* empoisonnait le bas quartier de la *Sorbonne*. L'administration les a charriés avec les varioleux : c'est là une démonstration que l'on peut dire expérimentale de nos précédentes conclusions.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du rôle de la fièvre dans la genèse des maladies aiguës et du traitement préventif de ces maladies. Propositions de médecine pratique par L.-A. Frogé. In-8, de 213 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 4 fr.

Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale, par le docteur A. Robin. 1 vol. in-8 de 601 pages, avec 46 fig. et 1 pl. lithographiée. J. B. Baillière et fils. 9 fr.

Accidents de la lithiase biliaire, par le docteur Mossé. 1 vol. in-8 de 160 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Des gangrènes spontanées, par le docteur Edouard Rondot. 1 vol. grand in-8 de 159 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50

De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, par le docteur J. E. Henri Barth. 1 vol. grand in-8 de 170 pages, avec 2 planches en chromo-lithographie. Paris, Asselin et Ce. 5 fr.

Manuel du brancardier régimentaire, rédigé pour l'exécution de la circulaire ministérielle du 25 novembre 1879, par le docteur Granjux. 1 vol. in-12, cartonné avec de nombreuses figures. Paris, Berger-Levrault et Ce. 1 fr.

Le Cerveau; sa topographie anatomique par le docteur C. Morel, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy. In-4, v-50 pages et 17 planches en partie coloriées, cartonné. Paris, Berger-Levrault et Ce. 7 fr. 50

De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, par le docteur Lannelongue. 1 vol. grand in-8, avec 6 planches, dont 4 en chromo-lithographie. Asselin et Ce. 6 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 17 juin 1880.

Chambre des députés : DISCUSSION DE LA LOI SUR L'ADMINISTRATION DE L'ARMÉE. — MÉMOIRES PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE SUR LA QUESTION DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

Discussion de la loi sur l'administration de l'armée.

La discussion générale de la loi sur l'administration de l'armée, dont la solution intéresse si vivement le corps de santé militaire, vient de se terminer par un important discours de M. le baron Larrey. Nous n'avons plus à exposer ici les arguments qu'ont fait valoir à la Chambre les défenseurs de l'indépendance et de l'autonomie du corps de santé. Depuis plusieurs années, nous les avons développés à l'occasion de discussions analogues à celle qui vient d'avoir lieu. M. le docteur Marmottan et M. le comte de Roys n'ont pas eu de peine à montrer l'insuffisance de nos institutions médico-militaires, et les désastres qu'ont amenés à leur suite l'omnipotence administrative et l'incompétence des chefs que, seule parmi les nations civilisées, la France impose à nos médecins militaires. Le discours de l'ancien médecin en chef de l'armée d'Italie, de l'armée du Rhin et de l'armée de Paris devait faire impression, en raison surtout du grand nombre de documents officiels sur lesquels M. le baron Larrey s'est appuyé pour montrer l'influence que peut et que doit exercer, en temps de guerre, le chef du service médical de l'armée. On aura bien compris, nous l'espérons du moins, que la situation personnelle de l'orateur lui a rendu plus facile qu'à tout autre l'initiative des réformes qu'il a obtenues. En insistant sur tous les devoirs qui s'imposent au médecin en chef, aux divers points de vue de l'habillement, de l'alimentation et du casernement des troupes; de l'organisation des ambulances; de l'installation des hôpitaux; des mesures à prendre en cas d'épidémie, M. Larrey n'a point manqué d'ailleurs de dire que bien souvent ses bonnes intentions avaient été annihilées par le mauvais vouloir de ceux dont le médecin militaire dépend encore. Si le caractère conciliant de l'orateur l'a poussé à montrer surtout ce qu'il est permis à un médecin instruit et actif de faire pour le bien de l'armée, on n'oubliera pas, en lisant son discours, que ce qu'il a pu obtenir, bien des médecins l'ont en vain réclamé. Nous pourrions citer à cet égard nombre d'exemples. Il nous suffira de rappeler que, durant la dernière guerre, les ambulances volantes dont parle M. Larrey n'ont pu être organisées ni à Borny, ni à Gravelotte, ni à Saint-Privat, ni à Serpigny, ni à Ladonchamp; que toutes les instances, toutes les réclamations du médecin en chef de l'armée de Metz et du médecin en chef de la garde ont échoué devant les résistances de l'intendance; qu'à la bataille de Gravelotte, par exemple, cinq ambulances sont demeurées inactives *par ordre* depuis dix heures du matin jusqu'à six heures du soir, et qu'à cette heure tardive et durant toute la nuit elles ont été encombrées de blessés; que le service des évacuations s'est effectué dès lors dans les conditions les plus déplorables, et que l'armée de Metz, battant en retraite, a dû confier aux soins de l'ambulance dirigée par M. Léon Le Fort le plus grand nombre de ses blessés. Ces faits, qui n'ont peut-être pas été suffisamment mis en relief, montrent jusqu'à quel point l'initiative des médecins a été battue en brèche par les chefs officiels du corps de santé de l'armée, c'est-à-dire par les intendants. Nous ne savons point encore, au moment où nous écrivons, ce qu'il adviendra à la Chambre d'une réforme si souvent discutée, si souvent amendée et toujours ajournée; mais il nous semble que le temps est venu d'accorder enfin aux médecins militaires l'autorité et l'indépendance qu'ils réclament, et la responsabilité qui est la conséquence légitime de leur autonomie. Si, contrairement à nos espérances et aux intentions qui se sont si nettement manifestées lors de la discussion des articles, la Chambre venait à repousser encore une fois le projet de loi actuellement soumis à ses délibérations, le découragement, qui décime déjà le corps de santé de l'armée, rendrait plus désastreuse encore la situation faite depuis de longues années à la jeune génération médicale, qui vient de lutter avec tant d'activité et d'énergie pour faire partager à nos députés les convictions qui les animent.

L. L.

Mémoires présentés à l'Académie sur la question de l'allaitement artificiel.

L'année dernière, l'Académie avait choisi comme sujet de mémoire pour un de ses prix l'*allaitement artificiel*. Elle prouvait ainsi que, tout en faisant ses réserves, elle ne rejetait pas absolument ce procédé d'alimentation des enfants.

L'Académie a pu voir combien la question était actuelle; seize mémoires lui ont été présentés. Dans la séance du 8 juin, M. le docteur de Villiers a donné lecture de son rapport sur ces travaux. L'analyse de chacun d'eux a été publiée dans le *Bulletin* académique; il s'est contenté, à la tribune, d'en présenter, dans une vue d'ensemble, les traits généraux.

Comme le rapporteur l'avoue lui-même, aucun fait nouveau ne ressort de la lecture de ces différents mémoires. Chacun des auteurs a vu ce qui se passait autour de lui et a fourni les documents dont il disposait. Malheureusement,

aucun essai d'allaitement artificiel scientifiquement dirigé n'a pu être tenté, et nous avons déjà maintes fois démontré que la question ne pouvait avancer tant qu'on ne s'engagerait pas dans cette voie. Chacun, en effet, garde ses opinions. Les uns considèrent l'alimentation artificielle des enfants comme absolument dangereuse ; les autres la préconisent à l'excès et ne craignent pas de lui donner la préférence sur l'allaitement maternel.

Il nous a paru toutefois intéressant, après avoir lu l'analyse de ces différents mémoires, de noter les points qui paraissent acquis, ceux sur lesquels l'opinion s'est prononcée définitivement.

Or, il est facile de voir que la très grande majorité des auteurs reconnaît absolument les avantages de l'allaitement maternel lorsqu'il est possible. A son défaut, l'allaitement par une nourrice sur lieu donne les meilleurs résultats. Mais ici la question se complique déjà. Il est, en effet, indispensable de sauvegarder l'intérêt des enfants des nourrices. En outre, Les gages demandés par ces femmes augmentent continuellement, et dans beaucoup de départements il faut renoncer à obtenir une nourrice sur lieu, même à des conditions très onéreuses. Il ne faut pas juger de ce qui se passe en province par ce qu'on voit à Paris, où les nourrices mercenaires sont relativement nombreuses.

Quant à confier les enfants à des nourrices qui les emportent chez elles, on s'accorde à reconnaître qu'on les expose ainsi à des chances effrayantes de mortalité, et que mieux vaut tenter l'allaitement artificiel.

Lorsque ce mode d'allaitement s'impose, ce qui arrive fréquemment, il convient de savoir quelles sont les conditions dans lesquelles il donne le plus de succès. Tout d'abord plusieurs auteurs recommandent l'allaitement mixte. La mère essayerait de nourrir pendant deux ou trois mois en s'aidant plus ou moins du lait de vache ou de chèvre, et soumettrait son enfant au bout de ce temps à l'allaitement artificiel. Cette méthode aurait bien des avantages. Elle préparerait les organes digestifs de l'enfant à l'usage d'un lait étranger. La mère, habituée à donner ses soins à son enfant, serait plus disposée à les lui continuer en se chargeant elle-même de surveiller l'allaitement artificiel. Ces conditions sont assurément des plus favorables et doivent être recherchées autant que possible.

Quand il y a lieu de pratiquer, dès la naissance, l'allaitement artificiel, il est indispensable de mettre les meilleures chances de son côté, en se conformant soigneusement à certaines prescriptions d'une utilité incontestable.

Le lait de vache ou le lait de chèvre sont le plus habituellement employés. Dans des conditions qui ne peuvent être généralisées, la chèvre peut allaiter directement l'enfant. Ce sont des cas absolument exceptionnels.

Le lait de vache doit être coupé au tiers ou au quart d'eau sucrée pure, dans les six premières semaines. On habituera peu après l'enfant à digérer ce lait pur de tout mélange. Il y aura avantage à donner à un très jeune enfant le lait d'une vache qui a mis récemment bas, à lui réserver le lait du commencement de la traite, toujours plus séreux et plus léger. Si le lait pouvait être donné tout chaud de la traite, il est probable que l'enfant le supporterait beaucoup plus facilement sans coupage. Il paraît reconnu que le lait ne doit pas avoir bouilli; une température de 32 degrés centigrades obtenue par le bain-marie paraît convenable.

Le meilleur appareil pour l'alimentation artificielle est le biberon, qui laisse monter le lait dans toutes les positions. L'usage du caoutchouc vulcanisé sera sévèrement interdit. Inutile d'insister sur la nécessité d'une propreté parfaite de ces appareils.

L'allaitement artificiel est une opération délicate, qui demande à être dirigée par une personne intelligente et dévouée. C'est surtout à la campagne qu'il réussira, et nous voyons dans les différents mémoires qu'il peut, quand il est pratiqué dans les familles, donner des résultats qui le placent immédiatement après l'allaitement maternel. L'auteur d'un de ces mémoires cite sa propre expérience sur ses sept enfants tous élevés au biberon à la campagne, sous sa surveillance et celle de sa femme. Les animaux qui donnaient le lait étaient élevés au pâturage. Nous avons maintes fois insisté sur l'importance capitale de cette dernière condition.

Voici donc un des points de la question qui nous paraît solidement établi : l'allaitement artificiel réussit sur une grande échelle, quand il est pratiqué à la campagne, dans la famille ou sous une surveillance attentive et raisonnée.

Les auteurs s'élèvent d'une façon unanime contre l'accumulation des nourrissons dans les hôpitaux. On ne saurait trop appuyer cette opinion. Vouloir élever des enfants par l'allaitement artificiel dans un hôpital serait s'exposer à justifier la boutade d'un savant hygiéniste, en faisant « mourir les enfants aux frais du public ». L'hôpital est pour l'enfant un lieu de pestilence qu'il doit fuir à tout prix.

Mais il n'en est pas de même d'établissements spéciaux dont il a été longuement traité dans ce journal, et où seraient réunis un nombre très limité d'enfants soumis à l'allaitement artificiel.

Ces établissements, situés à la campagne, bien isolés, installés au point de vue spécial de l'allaitement artificiel, disposant de vaches et de chèvres nourries au pâturage, seraient particulièrement destinés aux enfants si nombreux auxquels la famille fait absolument défaut.

Les enfants en bonne santé seraient seuls admis dans les bâtiments destinés à l'allaitement. Tout enfant malade serait immédiatement transporté dans un établissement voisin, mais absolument isolé, et y serait entouré de tous les soins nécessaires. Des études ultérieures règleraient le nombre d'enfants que l'on peut recevoir. Mais nous pouvons dire *a priori* que ce nombre devrait être très limité. Mieux vaudrait des établissements installés avec la plus grande simplicité, que de grandes fermes d'allaitement contenant beaucoup d'élèves. Nous trouvons dans les mémoires de nombreuses allusions à la possibilité de créations de ce genre. C'est là seulement qu'on pourra juger la valeur de l'allaitement artificiel bien dirigé. On ne peut espérer qu'on modifiera à courte échéance des habitudes invétérées dans les familles étrangères à toutes ces questions, et n'en soupçonnant pas même l'existence. Le plus sûr moyen d'exercer quelque influence utile est de prêcher d'exemple, en montrant ce qu'on peut obtenir par de bonnes méthodes d'allaitement chez des enfants jusqu'ici exposés à toutes les chances de l'envoi en nourrice, et en comparant les résultats. Pourra-t-on faire mieux? A coup sûr on ne fera pas plus mal.

Tels sont les points principaux que nous avons cru devoir relever dans l'analyse rapide de ces différents mémoires. En désignant ceux qu'elle croira devoir récompenser, l'Académie donnera nécessairement une sorte de patronage aux idées défendues par leurs auteurs.

Il serait temps que cette question de l'allaitement artificiel sortît de l'état de stagnation dans lequel elle s'immobilise. Peut-être quelque initiative individuelle donnera-t-elle l'élan

à des essais, qu'on ne saurait d'ailleurs tenter sans y être autorisé par une sorte de pression de l'opinion médicale. En provoquant les manifestations de cette opinion, l'Académie a fait preuve de sagesse et d'impartialité.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Des indications de la création d'un anus contre nature et principalement d'un anus lombaire dans les cas de cancer du rectum, par M. le docteur Léon Labbé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(Fin. — Voyez le numéro 23.)

Je ne me suis pas étendu sur la description du manuel opératoire publiée dans tous les traités et devenue classique; je signalerai cependant certains points de détail qui ont leur importance : Amussat faisait une incision transversale et y ajoutait, suivant les besoins de la cause, une incision verticale formant ainsi une ouverture en croix plus large et permettant l'isolement plus facile de l'intestin.

Je me suis contenté de faire une incision verticale, et, dans le cas que je viens de rapporter, elle m'a donné un jour suffisant. Néanmoins, chez un sujet gros, bien musclé, on aurait avantage, je crois, à donner la préférence à l'incision oblique de Baudens, adoptée par Bryant, et descendant de la dernière côte vers l'épine iliaque antéro-supérieure, le milieu de cette incision correspondant à l'intersection de l'incision verticale. Cette incision oblique paraît offrir plusieurs avantages : elle donne un champ plus vaste à l'opérateur, et l'espace n'est pas à dédaigner quand on a des parois épaisses à traverser; elle permet de tomber plus facilement sur l'intestin; enfin, d'après Allingham, elle aurait pour avantage de s'opposer plus efficacement que l'incision verticale au prolapsus de l'intestin.

Les deux observations que je viens de rapporter me paraissent renfermer un grand enseignement. Dans les deux cas, j'ai eu affaire à des sujets vigoureux, chez lesquels la maladie du rectum était bien limitée, chez lesquels, par conséquent, je pouvais faire et je crois avoir fait une opération aussi radicale que l'on peut le souhaiter. Et cependant, peu de mois après, la récidive se montrait impitoyable, si bien qu'aujourd'hui je me demande si mon intervention a été utile ou nuisible. A plus forte raison, pourrais-je me poser cette question pour des cas où l'affection aurait été moins bien limitée. Aussi suis-je disposé à tenir grand compte de ce fait, qu'en ce moment, parmi les chirurgiens anglais et américains, la colotomie lombaire, dans beaucoup de cas d'affections cancéreuses du rectum ou de l'S iliaque, n'est point considérée comme une ressource extrême, mais comme une opération de début pouvant souvent être substituée avec avantage, non seulement au point de vue de la diminution des souffrances, mais peut-être à celui de la rapidité de la marche de cette affection, aux opérations pratiquées par les voies naturelles.

Dans les deux cas que j'ai rapportés, dans lesquels je suis arrivé, en définitive, à pratiquer un anus contre nature, j'ai tendance à croire que cette même opération pratiquée de bonne heure, sans autre intervention préalable, eût peut-être été plus favorable à mes malades!

Dans une statistique d'Amussat, sur 5 opérés de quarante-huit à soixante-deux ans, nous voyons la survie être de trois mois, de cinq mois, de deux ans. Dans un relevé publié dans l'*American Journal of medical sciences* (octobre 1873), Erskine Mason a réuni un total de 80 cas, dont voici le résumé général :

Sur ces 80 opérations, on compte 44 hommes et 34 femmes; dans 2 cas le sexe n'est pas indiqué.

La colotomie fut pratiquée 75 fois à gauche et 3 fois à droite.

Il y eut, sur 77 cas où le résultat est indiqué : 54 guérisons (de l'opération, bien entendu); 23 morts, dont 4 par ouverture du péritoine, à bref délai; 13 pour des causes, suivant Mason, qui ne sont pas imputables à l'opération.

Sur ces 80 cas, on comptait : 42 cas de cancer du rectum ou de l'S iliaque; 1 cas de cancer du côlon ascendant.

Dans une statistique publiée avant celle de Mason, et comprenant les cas antérieurs à 1853, Hawkins a relevé 44 observations de colotomie, dont 17 pour cancer du rectum ou de l'S iliaque.

Enfin j'ai compté, depuis la publication du mémoire de Mason : 40 opérations de colotomie, dont 27 à gauche, 6 à droite; le côté n'est pas indiqué dans 7 cas.

17 fois l'opération fut faite pour un cancer de l'S iliaque ou du rectum, les autres fois pour des rétrécissements non cancéreux et d'autres affections.

L'âge des opérés a varié entre dix-huit et soixante-quinze ans.

Un point important à considérer est le long espace de temps qui a, dans plusieurs observations, séparé l'instant de l'opération de la mort du malade. On ne peut se refuser à croire que, dans ces cas, l'intervention chirurgicale n'ait prolongé l'existence.

Dans les observations de Hawkins, et je ne parle ici que des colotomies pour cancer, on voit la mort survenir seulement un mois, deux mois, cinq mois, un an après l'opération. Dans un cas, le malade vivait trois ans encore après l'opération; mais alors s'agissait-il d'un véritable cancer du rectum?

Dans la statistique de Mason, nous voyons les chiffres varier entre quelques semaines et deux, trois, six, neuf mois; dans un cas, deux ans et demi. Enfin, dans les observations plus récentes, on voit encore que, dans un cas, la mort n'est survenue que neuf mois après, et que les douleurs, pendant ce temps, n'étaient plus à comparer avec celles qui existaient avant l'opération.

L'ensemble de tous ces faits me paraît démontrer l'utilité réelle de la création d'un anus contre nature, comme opération primordiale, dans un assez grand nombre de cas de cancer du rectum. Mais ceci étant admis, dans quel point est-il préférable de pratiquer l'opération? Elle a été faite, suivant la méthode de Littre, en 1776, par Pillore, chirurgien de Rouen, au niveau de la fosse iliaque droite; le malade succomba au vingtième jour. Depuis, l'opération a été répétée avec des succès divers, et ma première observation, dans laquelle j'ai ouvert l'S iliaque, est un fait de plus favorable à cette manière de faire.

Ce que l'on reproche à la méthode de Littre, c'est de nécessiter l'ouverture du péritoine. Aujourd'hui cette considération touche moins les chirurgiens, et la pratique consistant à fixer l'intestin à la paroi abdominale avant d'en faire l'ouverture a encore diminué les risques que pouvaient courir les malades à la suite de cette opération.

La colotomie lombaire, si habilement, si tenacement défendue par Amussat, a pour avantage de permettre d'arriver à l'intestin sans léser le péritoine, au moins dans l'immense majorité des cas. Cette opération, qui peut se pratiquer à droite ou à gauche, suivant les indications particulières, a aujourd'hui, en Angleterre, le pas sur toute autre méthode d'entérotomie quand il s'agit d'une affection du rectum ou de l'S iliaque.

On a cependant opposé la difficulté de trouver l'intestin, dans certains cas; mais avec les règles précises que nous possédons sur ce point de médecine opératoire, l'objection ne me paraît pas suffisante. J'ajouterai que, dans le plus grand nombre des cas, lorsqu'il s'agit d'un cancer du rectum, si l'opération a lieu à un moment éloigné de la dernière débâcle,

on aura grande chance de trouver l'intestin distendu et par conséquent plus accessible.

On a dit que le siège de l'anus dans la région lombaire rendait l'infirmité beaucoup plus pénible et plus embarrassante. Je ne puis donner, sur ce point, une appréciation très concluante, n'ayant encore fait cette opération qu'une seule fois. Je dois dire cependant que, chez mon dernier opéré, lorsqu'il était couché, les soins de propreté étaient bien plus faciles que sur mon malade chez lequel j'avais pratiqué un anus dans la région iliaque. Si l'on consulte, d'autre part, les observations anglaises, on voit qu'un simple coussinet de caoutchouc empêche l'issue des gaz et des matières, et permet aux malades de dissimuler parfaitement leur infirmité; si bien que plusieurs d'entre eux, opérés, il est vrai, pour des rétrécissements non cancéreux, ont pu reprendre leur travail et vaquer à leurs occupations sans qu'on pût se douter de leur état.

Les indications de cette opération peuvent être réunies dans les propositions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la chirurgie, les opérations pratiquées sur le rectum ont acquis, grâce aux perfectionnements apportés dans ces dernières années, un degré de précision et d'innocuité remarquable dans le cas de cancer du rectum.

2° Malgré ces progrès réels, on est en droit de se demander si l'intervention directe est toujours utile et si, quelquefois, elle n'a point l'inconvénient de hâter la marche de la maladie.

3° La plupart des observations démontrent que, le plus souvent, la récidive a lieu au bout de quelques mois.

4° En présence de ces résultats, on doit se demander s'il ne serait pas souvent préférable de laisser évoluer la maladie sur place, sauf à parer, par une opération à distance, à la conséquence la plus redoutable de la maladie : l'obstruction complète ou incomplète de l'intestin.

5° Dans le cas d'obstruction complète l'indication est tellement nette qu'il n'y a pas à hésiter; on doit établir un anus contre nature.

6° Même quand les matières fécales peuvent encore être expulsées, si elles circulent difficilement et déterminent, par leur passage au niveau des parties malades, une irritation incessante et des douleurs intolérables, il est encore indiqué d'intervenir pour détourner les matières de leur cours normal et rendre, par ce fait, *la vie plus supportable et peut-être retarder la marche du mal.*

7° La pratique, principalement celle des chirurgiens anglais et américains, démontre que les malades retirent un véritable bénéfice *de la création d'un anus contre nature à une époque relativement rapprochée du début de la maladie.*

8° L'indication de cette opération étant ainsi posée, le chirurgien peut choisir entre la méthode de Littre (création d'un anus iliaque) et celle de Callisen, (création d'un anus dans la région lombaire).

9° La première, dans laquelle on doit intéresser le péritoine, peut donner des résultats satisfaisants, grâce surtout à l'emploi de la suture faite préalablement à l'ouverture de l'intestin.

10° Néanmoins, la méthode de Callisen, à laquelle les travaux d'Amussat ont donné toute sa valeur, paraît devoir être préférée, parce qu'elle permet d'arriver à l'intestin sans traverser le péritoine, et parce que la situation occupée par ce nouvel anus semble favorable à l'application des appareils susceptibles de pallier cette infirmité.

Je dois ajouter que, jusqu'à démonstration contraire, le résultat de la pratique si remarquable des chirurgiens anglais et américains doit nous faire donner la préférence à la création d'un *anus lombaire.*

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Traitement du croup.

Varsovie (Pologne), le 4 juin 1880.

Ayant lu dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 22, p. 358) le compte rendu de la séance de la Société de thérapeutique, rédigé par M. le docteur Michel et concernant les différents procédés employés contre le croup, je viens à mon tour soumettre à mes savants confrères de Paris le traitement suivant, dont je me suis toujours bien trouvé. Il est simple et connu; il s'agit seulement de l'exécuter de point en point :

Dès le début, vomitif au *sulfate de cuivre*, badigeonnage de l'arrière-gorge avec de la *créosote* et de la glycérine (1 sur 6), répété toutes les trois heures. Après chaque badigeonnage, et même plus souvent encore, aspersion de l'arrière-gorge avec de l'eau phéniquée ou carbolisée (*aqua carbolica*), dans la proportion de 4 grammes pour 250 grammes d'eau, *au moyen de l'appareil Richardson* (ou de l'appareil Lister), ce qui vaut mieux que tous les gargarismes, injections, etc. *Nettoyage spécial et continu du nez*, avec la même eau, au moyen de la seringue ou, mieux encore, du même appareil. *Ceci est très important.*

Le lendemain, je remplace ordinairement la créosote par du tannin et l'eau carbolisée par l'eau de goudron, l'eau de chaux et, au commencement de la convalescence, par une solution de chlorate de potasse au huitième, dont le malade doit se servir bien longtemps, de crainte d'une rechute.

A l'intérieur, chlorhydrate de quinine en solution et, quelquefois, alternativement avec le chlorate de potasse. Température ambiante : 12-14 degrés R.; isolement complet; nettoyage immédiat de tous les closets, vases, etc.

J'ajoute que je partage complètement l'avis de M. Édouard Labbé sur le danger de l'emploi des caustiques et celui de M. Féréol sur le peu d'efficacité des préparations bromurées.

Je serais heureux de voir ces idées appuyées par les lecteurs de votre journal, que nous attendons toujours avec impatience, et je saisis cette occasion pour vous envoyer mes salutations confraternelles.

Dr Guillaume Lubelski,
Médecin du Consulat général de France
et des hôpitaux civils à Varsovie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Narcolepsie. — M. *Gélineau* adresse à l'Académie un mémoire portant pour titre : *De la narcolepsie.* (Renvoi au concours des prix de médecine et chirurgie.)

De la désinfection et de la conservation au point de vue agricole des matières animales, et notamment du sang, par l'emploi du bisulfate d'alumine et de l'acide nitrique. Note de M. *Et. Vantelet.* — Le procédé proposé consiste dans l'emploi des matières suivantes dans des proportions déterminées : 1° sulfate d'alumine; 2° acide sulfurique; 3° acide nitrique. Par l'addition de l'acide sulfurique au sulfate d'alumine, il se forme un bisulfate qui, moins soluble que le sulfate, provoque rapidement une parfaite coagulation du sang. Le rôle de l'acide nitrique est tout indiqué : coagulation de l'albumine du sang et formation de nitrate.

Ce traitement des matières organiques et surtout du sang provoque une complète désinfection et empêche toute altération ultérieure, en conservant à ces matières leur valeur fertilisante au point de vue agricole.

Effets physiologiques de l'érythrophléine. Note de MM. *G. Sée* et *Bochefontaine*. — L'érythrophléine, découverte par MM. N. Gallois et E. Hardy en 1876, est le principe actif extrait de l'écorce de l'*Erythrophleum guineense*, de la famille des Légumineuses; c'est un alcaloïde auquel ces auteurs ont reconnu expérimentalement un pouvoir toxique considérable et une action remarquable sur le cœur.

Les recherches de MM. G. Sée et Bochefontaine, commencées sur des batraciens, ont été continuées sur des lapins et des chiens.

1 centigramme d'érythrophléine introduit sous la peau d'un chien pesant 9 kilogrammes est demeuré sans effet appréciable; 2 centigrammes ont tué en deux heures un autre animal de la même espèce, du poids de $14^{kil},5$. En d'autres termes, chez le chien, l'injection hypodermique d'*un milligramme* d'érythrophléine *par kilogramme* de l'animal ne produit pas d'effets toxiques évidents; $1^{mgr},5$ au contraire par kilogramme est mortel au bout de quelques heures.

Plusieurs expériences comparatives établissent que le pouvoir toxique de l'érythrophléine est à peu près le même que celui de la digitaline amorphe de MM. Homolle et Quevenne.

Le fonctionnement de l'appareil circulatoire est troublé comme celui de l'appareil digestif. On observe l'augmentation de la pression sanguine intra-artérielle, l'irrégularité, puis le ralentissement du pouls, que l'on trouve déjà notés dans le mémoire de MM. N. Gallois et E. Hardy.

Les mouvements respiratoires semblent influencés directement par l'érythrophléine, en même temps qu'ils le sont secondairement par les troubles cardiaques. D'une manière générale, ils sont, au début, légèrement ralentis et plus amples. Lorsque les pulsations cardiaques sont accélérées, dans la période terminale de l'empoisonnement, les mouvements respiratoires sont extrêmement énergiques et plus fréquents. Dans presque toutes les expériences, sinon dans toutes, les mouvements respiratoires ont cessé au moment de l'arrêt du cœur. Plusieurs fois, à ce moment, l'animal a poussé un grand cri. Une, deux et même trois minutes après la cessation des battements du cœur, les mouvements respiratoires ont reparu, encore énergiques, pendant deux ou trois minutes, pour s'arrêter alors définitivement.

Les fonctions de diverses parties du système nerveux paraissent troublées par l'érythrophléine. Ainsi, l'excitation faradique des bouts thoraciques des nerfs vagues à la région cervicale n'a pas déterminé l'arrêt du cœur chez l'animal intoxiqué, comme il le produit sur l'animal sain. La chute brusque de la pression sanguine qui survient sous cette influence s'est au contraire manifestée également dans les deux cas. L'action frénatrice ou modératrice du nerf pneumogastrique sur le cœur est donc modifiée par l'érythrophléine.

L'excitation faradique des bouts céphaliques des pneumogastriques, dans une période avancée de l'intoxication, n'entraîne pas l'accélération du pouls, qu'elle détermine tout d'abord dans les conditions normales; mais elle agit sur la tension artérielle comme elle fait d'ordinaire, c'est-à-dire en l'augmentant : c'est là encore une disjonction des effets physiologiques.

La faradisation des bouts cardiaques ou des bouts céphaliques des nerfs vago-sympathiques entraîne donc, chez l'animal à l'état normal, les mêmes modifications de la pression que chez l'animal qui a reçu de l'érythrophléine. Le rhythme du cœur, au contraire, est respecté par les mêmes excitations faradiques chez l'animal intoxiqué par cet alcaloïde.

Lorsque l'animal vient de mourir, on peut voir que le cœur est en diastole, flasque et cependant rempli de sang. Quelquefois, les ventricules cardiaques sont animés d'un mouvement de trémulation semblable à celui qui succède à la faradisation de ces ventricules. Généralement, le cœur n'a pas perdu sa contractilité électrique. Le nerf pneumogastrique a conservé son action sur l'estomac. L'excito-motricité des nerfs phréniques est ordinairement diminuée ou même parfois abolie, tandis que celle du sciatique ou du sympathique cervical n'est pas amoindrie.

Observations helminthologiques et recherches expérimentales sur la maladie des ouvriers du Saint-Gothard. Note de M. *E. Perroncito*. — Dans une précédente communication, faite en commun avec le professeur Concato, l'auteur a appelé l'attention sur les causes de l'anémie pernicieuse qui fait tant de victimes parmi les ouvriers occupés au percement du tunnel du Saint-Gothard. Nous avons signalé à cette époque la présence, dans l'intestin des malades, de l'helminthe habituellement connu sous le nom d'*ankylostome*, et qui doit porter le nom de *Dochmius duodenalis*.

De nouvelles observations, plus nombreuses et plus précises, me permettent aujourd'hui d'affirmer la nature essentiellement parasitaire de la maladie. De plus, elles m'autorisent à déclarer que celle-ci est sous la dépendance de trois espèces différentes d'helminthes: le *Dochmius duodenalis* de Dubini, l'*Anguillula stercoralis* et l'*Anguillula intestinalis* de Bavay. Chez certains individus, les ankylostomes existent seuls ou en grande majorité; chez d'autres, au contraire, ce sont les anguillules qui prédominent ou se rencontrent exclusivement, bien qu'il ne soit pas toujours possible d'établir nettement le diagnostic différentiel entre ces deux variétés d'infection.

Ces assertions reposent essentiellement sur ces faits, à savoir : 1° que certains sujets éliminent principalement des œufs qui offrent tous les caractères de ceux des ankylostomes, et qui, après incubation, donnent naissance à des larves appartenant à cette espèce; 2° que, chez d'autres malades, les déjections contiennent un plus ou moins grand nombre d'œufs présentant les caractères anatomiques et l'éclosion très irrégulière des œufs d'ankylostomes, mais produisant des larves très nettement distinctes des premières par leurs caractères et par leurs mœurs, et que je déclare appartenir à l'espèce *Anguillula intestinalis* de Bavay. En outre, chez les sujets spécialement porteurs d'anguillules, j'ai fréquemment trouvé, dans les fèces récemment évacuées, parmi un nombre plus ou moins considérable d'œufs, des larves assez abondantes, s'agitant en tous sens, et présentant tous les caractères anatomiques de l'*Anguillula stercoralis* de Bavay.

L'auteur a tenté l'éducation des larves de ces trois espèces dans des conditions particulières, et a pu observer ainsi les diverses phases de leur vie à l'état libre.

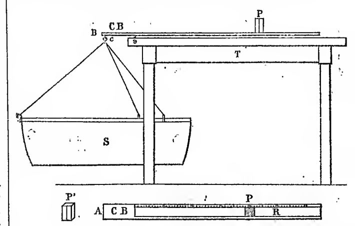
« En résumé, il est constant, dit l'auteur, que tous les individus revenus du tunnel du Saint-Gothard sous le coup de l'anémie ou oligohémie pernicieuse (et ils sont déjà nombreux) sont porteurs d'un nombre déjà tellement considérable d'ankylostomes et d'anguillules, que la présence seule de ces vers suffit à expliquer le développement de l'anémie. »

Académie de médecine

Séance du 15 juin 1880. — Présidence de M. H. Roger.

L'Académie reçoit : 1° Un rapport sur le croup, adressé par M. le docteur Godin, médecin à Chauvigny (Vienne) (Com. des épidémies). 2° Une lettre de M. le docteur Biechy, accompagnant l'envoi d'un livre ayant pour titre : *D'une révolution dans la constitution médicale et dans la méthode thérapeutique durant le cours du siècle actuel.* 3° Une lettre de M. le docteur Andréa Apicella (de Naples), accompagnant l'envoi de deux ouvrages de chirurgie.

M. le docteur Jeannel adresse le modèle d'une balance métrique pour les nouveau-nés (voy. la figure ci-jointe) : A, balance métrique vue de face; B, balance métrique vue de côté; CB, courte branche faisant saillie au bord d'une table; T, table



(on se sert d'une table quelconque); l'P', poids quadrangulaire mobile dans la rainure; R, rainure dont la longue branche est creusée; C, crochet auquel doit être suspendu le berceau; D, point d'appui sur le bord d'une table; S, berceau suspendu au crochet C.

M. *Depaul* dit, à propos de cet instrument, qu'il a eu l'occasion de l'expérimenter, et qu'il l'a trouvé d'un usage très simple et très facile; il a en outre l'avantage d'être d'un prix peu élevé, ce qui permettra d'en généraliser l'emploi.

M. *Jules Rochard* présente, au nom de M. le docteur Burat, médecin de 1re classe de la marine, un ouvrage intitulé : *De la fièvre bilieuse inflammatoire dans la Guyane.*

M. *Gueneau de Mussy (Noël)* présente, au nom de M. le docteur Grellety, une brochure intitulée : *Compte rendu et analyse des thèses présentées au dernier concours d'agrégation en médecine.*

M. *Pasteur* présente avec éloges une note manuscrite de M. A. Certes, sur un moyen de retrouver facilement les infusoires en petite quantité dans les eaux les plus pures.

CHOLÉRA DES POULES. VACCINE — A l'occasion du procès-verbal, M. *J. Guérin* fait observer qu'il n'a pas entendu le passage imprimé par M. Pasteur dans le *Bulletin de l'Académie*, et dans lequel il est dit que sa déclaration a paru *suspecte* à son confrère. Dans tous les cas, il proteste contre ces paroles qui n'ont rien de scientifique.

M. *Pasteur* dit qu'il a été accusé par M. Guérin d'ignorer complètement les travaux publiés par l'Académie sur la question de la vaccine, et que M. Depaul avait contesté la valeur de ses expériences sur le choléra des poules. Il a donc dû répéter, devant l'Académie, une expérience démonstrative, à la suite de laquelle M. Guérin a déclaré n'être pas convaincu du fait du parasitisme du choléra des poules. C'est cette négation que M. Pasteur a considérée comme une fin de non-recevoir qu'il a appelée *suspecte;* mais il n'a jamais eu l'intention de froisser M. Guérin.

M. Pasteur répète qu'il se tient à la disposition de l'Académie et de M. Guérin pour renouveler toutes les expériences qui seront de nature à élucider les questions discutées.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Sur 73 votants, M. *Dujardin-Beaumetz* est élu par 51 voix; MM. Féréol et Vidal obtiennent chacun 10 voix; MM. Desnos et Ferrand, chacun 1 voix.

OVARIOTOMIE. — Le docteur *Cazin*, médecin en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, communique à l'Académie un travail intitulé : *Contribution à l'étude des ovariotomies incomplètes.*

Après des considérations générales sur le diagnostic des adhérences qui sont quelquefois si résistantes, si étendues, que l'opération ne peut être terminée classiquement, il relate un fait où il fut obligé de laisser un kyste très volumineux (l'abdomen mesurait 1m,68 de circonférence), probablement uniloculaire, dans la cavité abdominale avec les parois de laquelle il faisait corps. Grâce à la mortification de la surface interne de la poche, obtenue à l'aide de la gaze antiseptique et de l'eau phéniquée forte, l'apparition de la suppuration put être retardée. L'élimination des eschares superficielles ne fut complète que le vingt-huitième jour. A ce moment, le docteur Cazin, sans chercher à aviver la plaie abdominale, tenta la réunion immédiate secondaire. L'intestin, par sa distension, adossa la face postérieure du kyste à sa face antérieure restée unie à la paroi abdominale, et l'accolement réciproque des bourgeons charnus fut rapide et complet. Deux drains latéraux avaient été placés par précaution. La guérison fut obtenue cinquante jours après l'opération.

Faisant ensuite l'historique du procédé de nécessité auquel il a été contraint d'avoir recours, le docteur Cazin insiste sur la léthalité observée dans ces cas, et attribue son succès dans des circonstances particulièrement graves à l'action nécrosique de l'acide phénique retardant la suppuration, en atténuant l'abondance; au soin qu'il avait pris de laisser la plaie abdominale largement ouverte, au lieu de la refermer comme ses devanciers, qui se contentaient de placer un drain dans l'angle inférieur de la plaie, et enfin à l'emploi de la réunion immédiate secondaire, qui a été remarquable par la facilité de son exécution, la rapidité de ses résultats, et avant tout par sa complète innocuité.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret. La séance est levée à quatre heures et demie.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Discussion à propos du procès-verbal. — Rapports des affections rénales et cardiaques : M. Debove. — La réfrigération dans les pyrexies : M. Dumontpallier. — Télangiectasie généralisée : M. Vidal.

M. *Vidal* prend la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, à laquelle il n'a pu assister. Le malade de son service observé en 1873 par M. Rendu n'a pas succombé; il est sorti de l'hôpital pour y rentrer en 1877 avec des tumeurs sarcomateuses généralisées et des taches rougeâtres surmontant des indurations aux bras, prélude de nouvelles tumeurs dans ces points. Un sarcome du prépuce et du gland, de formation récente, constaté en 1873, s'était dans l'intervalle transformé en un épithélioma du gland, du pénis et des corps caverneux qui nécessita l'amputation de la verge, pratiquée par M. Duplay. Le malade guérit de cette opération et, fait plus extraordinaire, de son sarcome généralisé. Les plus grosses tumeurs furent enlevées avec l'écraseur, les plus petites se recouvrirent d'une couche très épaisse d'épiderme donnant à la coupe l'aspect d'un épithélioma, puis s'affaissèrent et disparurent; celles qui semblaient en voie de formation n'ont pas évolué, les taches cutanées des bras devinrent jaunâtres et s'effacèrent. Ce malade guéri, du moins actuellement, a été observé tout récemment encore par M. Vidal. Les coupes histologiques des tumeurs après ablation ne peuvent cependant laisser aucun doute sur le diagnostic, c'était un *sarcome fasciculé érectile*.

M. *Martineau* regrette que M. Rendu ne soit pas présent, car il a dit avoir assisté à l'autopsie du malade dont il a parlé. N'y aurait-il pas confusion avec un autre malade de M. Vidal à la même époque?

M. *Vidal* avait en même temps dans ses salles un homme atteint de mycosis fongoïde limité à la tête et qui a succombé; mais pas d'autre cas de sarcome généralisé.

M. *Laboulbène* demande à M. Vidal quel a été le traitement employé dans le cas en question.

M. *Vidal*. L'iodure de potassium.

M. *Laboulbène*. Ce malade n'était-il pas syphilitique?

M. *Vidal* répond qu'il y avait en effet chez cet homme des antécédents de syphilis, mais qu'en tout cas l'affection observée par lui n'avait rien de commun avec cette diathèse.

M. *Laboulbène* ne met pas en doute le diagnostic anatomo-pathologique, mais au point de vue clinique ne peut s'empêcher de trouver que l'effet curatif de l'iodure de potassium, bien surprenant sur un sarcome, s'expliquerait plus naturellement à l'égard d'une lésion de nature syphilitique.

M. *Vidal* croit qu'il y a là une simple coïncidence; son malade a guéri d'un sarcome *pendant* qu'il prenait de l'iodure de potassium.

M. *Hillairet* fait observer que le sarcome de la peau est une lésion persistante ne disparaissant pas, ce mode de guérison s'observant seulement pour les tumeurs lymphadéniques.

M. *Vidal* est de cet avis pour tous les sarcomes, excepté ceux de la peau qui offrent parfois une sorte de résolution.

M. *Rendu*, mis au courant de la discussion à son entrée en séance, reconnaît avoir fait confusion et terminé l'histoire

clinique du malade atteint de sarcome généralisé par la nécropsie du sujet mort avec un mycosis fongoïde de la tête.

— M. *Laboulbène* présente à la Société une monographie sur les cysticerques par M. le docteur R. Moniez (de Lille), accompagnée de deux planches. Il fait ressortir l'importance de cet ouvrage dans lequel se trouve décrit et figuré le *Cysticerque du tænia inerme* de l'homme, qui doit du reste prendre le nom de *Tænia saginata* Gœze.

— M. *Debove* communique une note sur les rapports des affections rénales et cardiaques dans la néphrite interstitielle. Il rappelle un travail qu'il a publié avec M. Letulle dans les *Archives de physiologie,* montrant que, dans la néphrite interstitielle, les lésions cardiaques résultent d'une affection générale à production fibreuse, sous l'influence de laquelle le cœur s'hypertrophie. Il a observé récemment à Bicêtre deux cas qui lui semblent probants. Le premier est celui d'un homme qui, sauf un peu de divagation, semblait bien portant et mourut subitement pendant le repas. M. Debove trouva à l'autopsie un morceau de viande du poids de 45 grammes dans le pharynx; quelques foyers disséminés de ramollissement cérébral; un cœur pesant 750 grammes dont l'hypertrophie, portant exclusivement sur le ventricule gauche, fit songer de suite à une néphrite interstitielle. Les reins au premier aspect semblaient de coloration et de volume normaux, mais à la coupe certaines différences de couleur semblèrent vérifier le diagnostic, confirmé d'ailleurs par l'examen microscopique. Le cœur offrait les lésions de nature fibreuse décrites dans le travail déjà cité. M. Debove voit là une grave objection à la théorie mécanique de l'hypertrophie cardiaque; l'affection fibreuse a porté dans ce cas peu sur le rein, mais davantage sur le cœur. Le second malade, qui a succombé à une pneumonie aiguë lobaire, forme le pendant du cas précédent; durant la vie on avait noté un peu d'hypertrophie du cœur et une légère albuminurie. A l'autopsie : cœur presque normal; reins atteints de néphrite interstitielle type. Ici la maladie scléreuse a porté surtout sur le rein. Ces faits démontrent la proportionnalité directe des lésions fibreuses du cœur et de son hypertrophie.

M. *Dumontpallier* demande si, dans ces deux cas, les grosses artères étaient athéromateuses.

M. *Debove* répond qu'il n'en était rien. La néphrite interstitielle est très souvent observée à Bicêtre, et il ne semble pas qu'à âge égal l'athérome artériel soit plus fréquent dans ce cas que chez les autres malades de l'hospice.

M. *Rendu* se demande si, dans le grand nombre de néphrites interstitielles dont il parle, M. Debove ne ferait pas rentrer certains reins séniles dont le tissu fibreux a subi aussi une augmentation.

M. *Debove* a constaté, dans tous les cas auxquels il fait allusion, de l'hypertrophie cardiaque et des lésions nettes de néphrite interstitielle. Il croit d'ailleurs, s'appuyant sur l'autorité de M. Charcot, le rein sénile vrai, à surface lisse, plus rare qu'on ne l'a dit jusqu'ici; chez le vieillard un certain nombre de néphrites interstitielles qui restent stationnaires sont prises pour des cas de rein sénile.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande s'il y a une raison qui localise la production de tissu fibreux sur le cœur et le rein dans cette affection générale qui serait cause du petit rein contracté.

M. *Debove* répond qu'on retrouve ce tissu dans d'autres organes, quoique toujours moins abondant que dans le rein et le cœur, atteints d'ailleurs souvent de façon très inégale. Il ignore le pourquoi de ce fait.

— M. *Dumontpallier* apporte de nouveaux faits relatifs à la réfrigération des malades dans les pyrexies. A son appareil précédemment décrit on pouvait faire cette objection, qu'il n'était pas toujours facile de se procurer la quantité d'eau nécessaire pour obtenir un courant continu pendant longtemps. Mais avec 40 à 50 litres d'eau, si l'on emploie deux vases unis l'un à l'autre par les tubes de l'appareil, et dont chacun peut alternativement s'élever et fonctionner comme réservoir, tandis que l'autre s'abaisse et fonctionne comme récipient, on obtient ainsi une sorte de siphon qui marche d'une façon continue. Il suffit d'ailleurs que celui des vases qui fait momentanément office de réservoir soit élevé de 50 à 60 centimètres au-dessus du plan du lit, pour que le courant ne soit en rien modifié par les mouvements du malade. La température initiale du sujet étant par exemple de 40 degrés, on obtiendra un abaissement de 1°,5 à 2 degrés vers quatre heures du soir, et l'eau, qui d'une température supposée de 17 degrés au début de l'expérience aura atteint dans le même temps 24 degrés, pourra continuer encore à produire la réfrigération. En étudiant pendant les vingt-quatre heures, de quart d'heure en quart d'heure, les modifications *spontanées* de la courbe thermique, soit chez un individu sain, soit chez un malade, M. Dumontpallier a constaté le fait suivant déjà signalé en partie par William Ogle et par Lorain et Brouardel; la courbe se partage en trois stades : 1° ascension régulière de huit heures du matin à six heures du soir; 2° descente continue de six heures du soir à minuit, heure à laquelle la température est un peu inférieure à celle du point de départ; 3° légère ascension en plateau jusqu'à huit heures du matin, où elle a atteint de nouveau le chiffre initial. Il n'est donc besoin de pratiquer la réfrigération thérapeutique que de huit heures du matin à six heures du soir, ce qui est toujours facile.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande si cette méthode a donné des résultats préférables à celle de Brand, aujourd'hui d'ailleurs presque partout abandonnée.

M. *Dumontpallier* croit que deux raisons ont fait rejeter la méthode de Brand : ses résultats contestables et la difficulté de son exécution. C'est pour cela qu'il a cherché un moyen pratique de la remplacer et de soustraire le malade aux complications qu'elle pouvait amener. Il a eu d'excellents résultats; mais vingt ou trente cas ne sont pas suffisants pour juger un mode nouveau de traitement; il pense qu'il appartient mal aux inventeurs de confirmer l'utilité et l'efficacité de leurs méthodes; il laisse pour lui ce soin à une expérimentation plus longue et plus générale.

— M. *Vidal* présente une malade atteinte d'une affection cutanée peu connue, décrite par Vincenzo Tanturri (de Naples) sous le nom de *dermatose veineuse généralisée idiopathique.* — Cette femme, âgée de trente et un ans, névropathique, a été réglée à treize ans et demi; à quatorze ans, elle fut affectée d'urticaire, puis bientôt se montrèrent, aux bras et à la poitrine, des taches rouges, qui lors d'émotion vive devenaient violacées; elles se généralisèrent rapidement sur les bras, la poitrine, le tronc, la face, mais respectèrent les jambes, sur lesquelles on constate de très petites varices superficielles. Lors de changement brusque de température ou de violente contrariété, la malade éprouve du prurit cutané et une sorte de tension pénible, avec palpitations et tendance à la syncope, phénomènes qui auraient, dit-elle, annoncé le début de son affection; ce serait également sur les parties précédemment atteintes d'urticaire que ces taches rouges se sont développées; d'ailleurs des manifestations ortiées se montrent encore lorsque le tégument est irrité. Actuellement ces taches, légèrement mamelonnées, présentent une teinte rouge vineux qui augmente par la compression de la racine du membre; elles se dépriment et s'affaissent sous la pression, comme des tumeurs érectiles, et deviennent jaunâtres lorsque l'on tend la peau à leur niveau. La coloration de la face a été déjà très améliorée par des scarifications linéaires. — M. Vidal voit dans ce cas une forme de *télangiectasie généralisée.* Bazin, qui avait observé cette malade, avait porté le diagnostic de *lichen lividus.* Le cas cité par l'auteur italien a

débuté chez une jeune fille nerveuse de quatorze ans, vers l'époque de l'instauration cataméniale.

M. *Hillairet* a vu l'année dernière un cas tout semblable à l'hôpital Saint-Louis ; c'est aussi pour lui un exemple de télangiectasie généralisée.

M. *E. Besnier* croit très difficile de pouvoir se prononcer d'une façon catégorique ; c'est là certainement une lésion cutanée dont la relation avec l'urticaire est très curieuse ; il serait néanmoins intéressant d'examiner chez cette malade l'état de la circulation centrale, pour fixer d'une manière non douteuse si c'est le système vasculaire de la peau qui est seul intéressé, ou s'il existe une gêne en retour de la circulation générale. Si l'on veut donner à cette affection un nom qui classe sa nature dermatologique, on se trouve assez embarrassé : ce n'est certainement pas un *lichen lividus*, la face aujourd'hui a un aspect assez analogue à l'acné congestive érythémateuse ; on peut dire en tout cas télangiectasie généralisée, mais c'est là un nom d'attente qui n'engage pas l'avenir. — On pourrait peut-être, dit M. E. Besnier, obtenir de cette malade, avec beaucoup de diplomatie, un petit lambeau de derme qui servirait à un examen histologique.

M. *Hillairet* pense qu'il faut être assez réservé sur l'ablation de lambeaux de derme dans des cas semblables. Il a vu chez un de ses malades qui avait consenti à cette opération, se développer des ulcères fongueux, blafards, très longs à se cicatriser ; de simples écorchures produites par l'ongle en se grattant ont déterminé chez le même individu des accidents analogues.

M. *Vidal* croit n'avoir rien à craindre de ce genre chez sa malade, car les scarifications se sont admirablement cicatrisées.

M. *Hillairet* pense qu'on pourrait employer, ainsi qu'il l'a pratiqué lui-même avec succès dans un cas de couperose, la compression, soit avec le collodion, soit, de crainte de gangrène superficielle, avec un moulage de tarlatane plâtrée. Ce dernier procédé, employé par lui à deux reprises, a donné, après une application de vingt-quatre à trente-six heures, d'excellents résultats.

M. *Vidal* croit que la compression avec la bande de caoutchouc, rendue uniforme par interposition d'une couche de ouate serait, au niveau des membres, aussi avantageuse.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Correspondance. — Corps étrangers du rectum. — Hématocèle testiculaire traumatique. — Corps étranger du genou ; extraction directe ; guérison. — Ostéo-sarcomes chez les enfants. — Présentation d'un malade.

M. *Trélat* présente : 1° la deuxième édition du *Traité des maladies des yeux* de M. *E. Meyer* ;

2° La thèse de M. *Choquet* sur l'emploi du chloral comme agent anesthésique pendant les opérations ;

3° Un ouvre-bouche d'un emploi facile fabriqué par M. *Collin*.

— M. *Guyon* présente : 1° plusieurs mémoires de chirurgie au nom de M. *Emilio Tassi* (de Rome) ; 2° deux brochures de M. *Eugène Monod : De la cystite chez la femme*, et sur les *Indications de l'uréthrotomie externe* ; 3° *Des abcès chauds de la prostate* par M. *Segond*, et *Diagnostic des affections du rein*, par le même.

— M. *Verneuil* fait un rapport sur une observation de M. *Bernard* (de Cannes) : corps étranger anal ; extraction avec une pince ; guérison. — Un marin s'était introduit dans l'anus un morceau de bois volumineux. Au moyen d'une grosse bougie élastique, on rencontre un corps dur à 15 centimètres de profondeur ; avec le doigt on arrive à toucher l'extrémité inférieure de ce corps. Une pince à polypes longue de 25 centimètres fut conduite dans le rectum, et on put retirer une cheville de bois ayant 15 centimètres de longueur et 4 centimètres de diamètre.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'une bougie à brûler qui fut extraite au bout de huit jours avec la même pince à polypes.

— M. *Monod* lit un mémoire sur l'hématocèle testiculaire traumatique (commission composée de MM. Lannelongue, Le Dentu et Terrillon).

— M. *Houzel* (de Montreuil) lit une observation de corps étranger du genou ; extraction directe, guérison (commission composée de MM. Cruveilhier, Th. Anger et Nepveu).

— M. *Lannelongue* a vu quatre cas de cancer primitif des os, en dehors des mâchoires ; tous les quatre chez des petites filles : deux fois au fémur, une fois au tibia et une fois au bassin. Les deux premières malades ont été perdues de vue avant la fin de la maladie. Voici l'histoire des deux dernières.

Une fille de neuf ans et demi se plaignait de la cuisse en avril dernier ; elle boitait un peu. Le 20 mai elle entra à l'hôpital. On constatait la présence d'une tumeur faisant corps avec le fémur et remontant jusqu'au trochanter. Pas de fluctuation. M. Lannelongue diagnostique une affection maligne ; quelques ganglions dans la région inguinale ; rien dans les organes.

Désarticulation de la hanche le 29 mai, par le procédé de Farabeuf. Pansement de Lister. Réunion par première intention ; guérison. Le sarcome, qui était fasciculé, avait pris naissance sous le périoste.

Une fille de onze ans et demi se plaignait en septembre 1879 de douleurs vives dans le membre inférieur gauche ; on pouvait croire à une sciatique. Le 8 novembre elle entra à l'hôpital ; il y avait un commencement de tumeur du côté de la fesse, en arrière de la crête iliaque.

En décembre, le gonflement avait gagné les parties molles ; c'était un ostéo-sarcome. En janvier dernier, le mal gagnait la fosse iliaque interne et tout le bassin. En mai, d'autres tumeurs parurent sur le crâne.

L'enfant mourut le 8 juin. Les poumons étaient couverts de noyaux sarcomateux. Les tumeurs du crâne avaient pris naissance dans l'os.

— M. *Cruveilhier* présente un malade auquel il a amputé la langue pour un cancer du plancher de la bouche propagé à cet organe.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 MAI 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Du traitement de la diphthérie : MM. Créquy, Vidal, Féréol et Blondeau. — Du traitement du prolapsus rectal par les injections sous-cutanées d'ergotine : M. Vidal. — De la préparation de l'ergotine : M. Yvon.

M. *Créquy* indique le mode de traitement qu'il emploie d'ordinaire, le plus souvent avec succès, même dans des cas graves de diphthérie. Il commence par enlever les fausses membranes d'abord avec une pince ; il essaye par un mouvement de torsion d'enlever la fausse membrane, sans la déchirer, et dans sa plus grande étendue possible, puis, les fausses membranes détachées, il badigeonne à l'aide d'une éponge la surface muqueuse dénudée avec une solution de tannin ; il se sert en même temps des fumigations de tannin ; les résultats sont si favorables qu'il n'hésite pas à employer cette méthode dans tous les cas.

M. *Vidal* a employé aussi les solutions de tannin, principalement le glycérolé au tannin (au cinquième); il les considère comme très inférieures à l'acide tartrique, dont il a entretenu la Société dans la précédente séance; d'abord parce qu'il détruit la fausse membrane par un procédé rapide et plus facile à employer que celui qui consiste à les arracher directement, et ensuite parce qu'il agit directement sur la muqueuse; de tous les acides, c'est à l'acide tartrique que M. Vidal donne la préférence.

M. *Féréol* s'est servi aussi du tannin; il a remarqué que le tannin réussit souvent dans les cas bénins, mais non dans les cas graves; il insiste aussi sur la difficulté qu'on éprouve à arracher les fausses membranes.

M. *Blondeau* a obtenu tout récemment une guérison dans un cas des plus graves par des injections d'eau de chaux.

— M. *Vidal* lit une observation communiquée par M. le docteur Gérard-Laurent sur un cas de prolapsus rectal traité heureusement par des injections d'ergotine. Il ajoute que, depuis sa communication, plusieurs observations ont été publiées; il en a recueilli lui-même plusieurs. En voici une nouvelle des plus probantes. Un homme de quarante-cinq ans, atteint depuis trois ans d'un prolapsus rectal irréductible avec hémorrhagies fréquentes, fut traité par les injections d'ergotine, alors que tous les autres moyens avaient échoué. Une première injection de 1gr,50 de la solution Yvon ne fut suivie d'aucun résultat; une deuxième faite avec vingt-cinq gouttes d'ergotine Bonjean fut suivie presque aussitôt de rétention d'urine, etc.; dès la onzième injection (les injections étaient faites tous les deux jours), le prolapsus avait presque entièrement disparu. Le flux hémorrhoïdaire avait cessé dès la cinquième injection Néanmoins M. Vidal fit encore dix-huit injections pour assurer la guérison définitive.

— M. *Yvon*. Au mois de juillet 1877, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de thérapeutique un travail sur une nouvelle préparation de seigle ergoté destinée aux injections hypodermiques. Depuis cette époque, je me suis constamment occupé de ce sujet, et je désire présenter aujourd'hui à la Société le résumé des observations que j'ai pu faire.

La composition exacte de l'ergot de seigle, dit M. Yvon, n'est pas aujourd'hui plus connue qu'à cette époque; mais ce qui me paraît démontré et résulte des essais physiologiques faits par un savant collaborateur, le docteur Laborde, c'est qu'il existe au moins trois principes qui concourent à l'activité thérapeutique de l'ergot. Il y a *deux acides* de nature colloïdale découverts et étudiés par Dragendorff et Padwissotzky, l'*acide sclérotique* et l'*acide sclérotinique*, puis l'ergotinine, alcaloïde découvert par M. Tanret. Au point de vue de la chimie pure, l'ergotinine seule est intéressante; elle peut être obtenue cristallisée: c'est une espèce chimique bien définie. Son activité thérapeutique ne correspond pas à celle de la quantité d'ergot dont elle provient; ce n'est pas le principe actif unique. Il est, du reste, facile de s'en convaincre en isolant les acides indiqués par Dragendorff; pour cela, on traite la solution aqueuse d'ergot d'abord par l'*acétate neutre de plomb*, puis par le sous-acétate de plomb ammoniacal. Chacun des précipités est lavé, puis mis en suspension dans l'eau distillée, et décomposé ensuite par un courant d'hydrogène sulfuré.

Le premier précipité donne l'acide sclérotique très impur: car il renferme de l'acide sulfurique et provient de la décomposition des sels correspondants de plomb. Le second précipité donne l'acide *sclérotinique*. Le liquide aqueux primitif, après avoir été traité par le sous-acétate de plomb ammoniacal, renferme encore l'alcaloïde, l'*ergotinine*. On le met facilement en évidence en enlevant l'excès du sel de plomb par un courant d'hydrogène sulfuré et en traitant par les réactifs des alcaloïdes.

Quelle doit être la meilleure préparation pharmaceutique de l'ergot? C'est évidemment celle qui contiendra les trois principes aussi peu altérés que possible. La préparation dont j'ai donné la formule a été contrôlée point par point par l'expérimentation physiologique, et je puis affirmer que c'est elle qui donne le dosage le plus constant et aussi uniforme qu'on puisse l'espérer... Quant aux extraits, leur préparation est sujette à des causes d'erreur et d'altération. Dans la préparation dite *ergotine de Bonjean*, on précipite la solution aqueuse par de l'alcool, et le liquide est ensuite évaporé en consistance d'extrait. Suivant la quantité d'alcool employée, suivant le titre, le degré de consistance de l'extrait, le rendement obtenu varie de 8 à 16 pour 100, c'est-à-dire que 1 gramme d'ergotine peut représenter de 6gr,25 à 12gr,50 d'ergot, et cela sans préjudice de la variation que peut présenter l'ergot lui-même. Les principes actifs de l'ergot sont éminemment altérables; je n'ai rien à ajouter à ce qu'a dit M. Tanret lui-même sur l'ergotine. La formule que j'ai fait connaître me permet de résoudre le problème suivant : Étant donné un ergot de bonne qualité, en faire de l'ergot liquide qu'on puisse administrer par voie hypodermique, et cela en lui faisant perdre le moins possible de son activité, et favorisant sa prompte absorption en éliminant tous les principes inactifs.

Depuis que je prépare de la solution titrée d'ergot, j'ai fait subir à la formule primitive un certain nombre de modifications qui en rendent l'exécution beaucoup plus facile, et permettent à tout pharmacien de la préparer. J'ai pu supprimer la partie la plus longue de la préparation, le traitement par le sulfure de carbone, pour enlever l'huile grasse.

L'ergot doit être pulvérisé au moment même d'en faire usage; il ne faut point avoir recours à la contusion, mais bien à la mouture. L'ergot est introduit dans un appareil à déplacement, et on l'arrose avec trois fois son poids d'eau distillée tenant en dissolution de l'acide tartrique dans la proportion de 1 gramme d'acide tartrique.

On laisse douze heures en contact; au bout de ce temps on ouvre le robinet de l'appareil, et on fait écouler le liquide goutte à goutte. L'écoulement terminé, on arrose l'ergot avec de l'eau distillée, et on continue ainsi le déplacement. Pendant ce temps, on chauffe au bain-marie le liquide provenant du premier traitement. Cette solution aqueuse très concentrée se coagule *toujours* par l'action de la chaleur; la proportion des matières coagulables est de 2 pour 1000.

On sépare le coagulum en pressant sur un linge fin, et on fait évaporer au bain-marie en consistance demi-sirupeuse; on opère de même avec les autres liquides aqueux provenant du traitement de l'ergot.

En opérant bien, on doit pouvoir épuiser entièrement l'ergot avec six fois son poids d'eau distillée; cette quantité d'eau est réduite par l'évaporation à un poids de 600 grammes environ. On la met en contact avec 2 grammes de carbonate de chaux, et on agite vivement à plusieurs reprises; puis on ajoute assez d'alcool à 90 pour faire avec l'eau de l'extrait de l'alcool à 70 (il en faut environ 700 grammes); on agite vivement; il se forme un abondant coagulum, qui par repos se rassemble au fond du vase. On sépare par filtration, puis on évapore l'alcool à la température la plus basse possible (je fais cette opération dans le vide).

Le résidu aqueux est ensuite versé dans un vase; on y ajoute 300 grammes d'eau distillée de laurier-cerise et assez d'eau distillée pour parfaire 1 kilogramme; on agite ensuite avec 50 grammes de noir animal bien lavé, et on filtre; après filtration, on fait dissoudre dans le liquide 1gr,50 d'acide salicylique, on filtre de nouveau, et on laisse déposer en lieu frais.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

De l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle,
par M. le docteur Terrillon.

Le bromure d'éthyle est un liquide d'une préparation facile, ne s'altérant pas et présentant surtout l'avantage de ne pas être inflammable. Par la pulvérisation à l'aide de l'appareil de Richardson, le bromure d'éthyle peut amener un abaissement de température de — 15 degrés. L'extrémité du pulvérisateur doit être maintenue à environ 10 centimètres du point sur lequel on veut agir. M. Terrillon a employé le bromure d'éthyle pour enlever des végétations chez les femmes et pour ouvrir des abcès, et dans tous les cas avec succès. On peut se servir du thermo-cautère, en ayant soin de pousser la chaleur assez loin. L'auteur conseille d'employer un pulvérisateur à tubulure assez grosse, et de pulvériser pendant trois minutes avant de commencer l'opération. (*Bull. génér. de thérapeut. méd. et chirurg.*, 15 avril 1880, p. 300, 49e année, t. XCVIII, 17e livraison.)

Du citrate de caféine comme sédatif calmant et diurétique,
par le docteur Lewis Shapter.

L'auteur a retiré de grands avantages de l'emploi du citrate de caféine chez de nombreux malades présentant, d'une part, des troubles circulatoires : atonie cardiaque, défaut de tension artérielle, stase veineuse, œdème et dyspnée consécutive, et se plaignant, d'autre part, d'anxiété angoissante, d'insomnie, de cauchemars, etc.

Cet état était dû à l'imperfection de la circulation cérébrale, qui entraîne la stagnation des produits de combustion, et à l'apport insuffisant d'éléments nutritifs, d'où une irritation et une malnutrition des cellules nerveuses. La digitale améliore cet état en excitant les contractions cardiaques; mais le citrate de caféine, de même que les autres diurétiques et que les drastiques, aide considérablement son action en ouvrant un débouché à la surcharge sanguine, et en assurant ainsi le rétablissement de l'équilibre entre les systèmes artériel et veineux : la nutrition cérébrale se fait mieux alors et donne quelque repos au malade. Le citrate de caféine agirait encore en excitant les vaso-moteurs abdominaux, d'où élévation de la tension artérielle et excitation des ganglions intrinsèques du cœur, d'après Ludvoig et Cyon. L'auteur donne le citrate de caféine à dose de 15 à 30 centigrammes chaque soir. (*Journal of Neurology*, octobre 1879.)

Empoisonnement par l'œnanthe safranée,
par M. le docteur Andouard.

L'auteur rapporte l'histoire d'un homme qui avait mangé des rondelles de tubercule d'œnanthe safranée mélangées intentionnellement à sa salade, et dont la mort avait eu lieu au bout de quelques heures, à la suite de très violentes douleurs. A l'autopsie, on trouva la muqueuse gastrique et celle du duodénum très vivement congestionnées et présentant par places de véritables ecchymoses. La muqueuse de l'estomac, dans la région pylorique et au niveau de la grande courbure, était le siège d'ulcérations dont l'ouverture avait 7 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur. M. le docteur Andouard fit l'examen histologique des matières organiques contenues dans le tube digestif, et vit qu'il s'agissait d'une fécule analogue à celle qu'on trouve dans les tubercules d'œnanthe et de tissu végétal analogue. L'extrait de ces débris végétaux, injecté sous la peau d'un très jeune chien, ne produisit aucun résultat, soit que le principe toxique ait été détruit par le temps (2 mois), soit qu'il ait été expulsé par les vomissements.

Voulant éclaircir cette question, M. Andouard entreprit avec des tubercules d'œnanthe des expériences qui produisirent des résultats plus sérieux : un cobaye de forte taille qui avait mangé 2 grammes de tubercule d'œnanthe safranée, succomba au bout d'une heure. Un autre, également vigoureux, a reçu, dans le tissu cellulaire, 5 à 6 milligrammes de principe actif de ces tubercules et meurt au bout de trente-cinq minutes seulement.

L'auteur fait remarquer que si les tubercules de l'*Œnanthe crocata* doivent être rangés parmi les poisons les plus violents connus, les organes aériens de la même plante paraissent jouir d'une innocuité à peu près absolue; il a pu, en effet, faire ingérer à un cobaye une forte quantité de jeunes tiges feuillées sans qu'il en ait éprouvé le moindre inconvénient. Peut-être même, les tubercules eux-mêmes sont-ils inoffensifs à certaines époques de l'année : c'est ce qui semblerait résulter de ce fait que le sujet dont nous avons rapporté la mort plus haut avait été, quelques mois plutôt, l'objet d'une tentative d'empoisonnement préparé dans les mêmes conditions et qui avait complètement avorté. Quoi qu'il en soit de ces inconnues, il ne reste pas moins démontré que les tubercules d'œnanthe sont un des poisons les plus actifs et que l'on doit se mettre en garde contre l'absorption qui pourrait résulter d'une négligence ou d'une erreur (*Journal de médecine de l'Ouest*, t. XI, p. 200).

De la tuberculose du muscle cardiaque, par M. Sanger.

Le mémoire de M. Sanger est le résumé de 22 cas de tuberculose du cœur, affection en somme assez rare pour que nous croyions intéressant de le signaler à nos lecteurs. L'auteur admet diverses formes : 1° une tuberculose extra-péricardique qui gagne, par voie de propagation directe, successivement le péricarde et le myocarde; 2° une tuberculose péri-myocardique; 3° la tuberculose myocardique proprement dite; 4° la tuberculose endocardique. Pour ce qui est de la première forme, le point de départ le plus ordinaire est un ganglion bronchique tuberculeux. Son point d'origine peut-il être un exsudat pleural tuberculisé? M. Sanger le croit au moins douteux.

Quelles sont, sous le rapport de leur nature intime, les lésions tuberculeuses qui peuvent intéresser le cœur? Ce sont, toujours d'après le même auteur : 1° le tubercule circonscrit, avec des nodosités dont le diamètre est plus ou moins grand; 2° la tuberculose diffuse; 3° une myocardite chronique avec tuberculose.

Dans le premier cas, les nodules peuvent être formés d'une seule granulation miliaire ou d'un agrégat de granulations. Dans la tuberculose diffuse, le cœur est envahi dans toute son étendue par un processus qui aboutit à la caséification, quelquefois avec destruction au centre du muscle. Enfin, dans quelques cas, il s'agissait au début d'une myocardite primitive fibreuse ou caséeuse compliquée accidentellement par la formation de granulations tuberculeuses.

Dans un intéressant chapitre, l'auteur étudie les altérations secondaires produites par la tuberculose; il a rencontré les suivantes : 1° œdème des valvules du cœur gauche (1 cas), hypertrophie avec dilatation du cœur (2 cas), compression des vaisseaux pulmonaires (1 cas), rétrécissement de l'oreillette droite (1 cas), hydropisie du péricarde (1 cas).

La tuberculose du cœur se produit à tout âge.

Elle n'a pas de symptomatologie propre; aussi quand elle n'est caractérisée que par la présence de granulations dans le myocarde, c'est une trouvaille d'amphithéâtre (*Archiv der Heilkunde*, Bd XIX, Heft 5 et 6, t. XIX, p. 448).

Affection spéciale des reins dans l'intoxication palustre, par Soldatow.

L'auteur a eu l'occasion de faire des recherches sur 350 soldats russes ayant succombé à l'intoxication palustre pendant l'été de 1878. C'est dans les cas graves qu'on voit bien l'altération des reins qu'il signale : le rein est alors tuméfié et parfois doublé de volume; il présente un grand nombre de petits nodules de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une coloration gris blanchâtre, qui se montrent sur les coupes verticales, disposés en séries linéaires dans toute l'épaisseur de la couche verticale hypertrophiée. Dans d'autres cas, les nodules moins nombreux sont plus gros et forment des amas qui ont parfois jusqu'à 1 centimètre. Enfin, on trouve aussi des nodules isolés au nombre de dix à trente sur les coupes. Si la maladie s'aggrave, les nodules se rétractent et finissant par disparaître; à leur place on voit alors une dépression entourée d'une zone injectée renfermant un grand nombre de vaisseaux, et enfin une rétraction de la substance corticale avec hyperplasie de tissu conjonctif.

L'examen microscopique donne les résultats suivants : l'épithélium est tuméfié, desquamé par places et plus tard graisseux; le tissu cellulaire interstitiel est rempli de cellules très nombreuses, surtout au voisinage des artères de la zone limitante. L'endothélium des vaisseaux capillaires est granuleux et tuméfié, et il en résulte une diminution très notable du calibre de ces vaisseaux. Au voisinage des glomérules de Malpighi, les vaisseaux sont remplis de globules blancs et quelquefois oblitérés par leur endothélium desquamé. Ce n'est qu'à une époque plus avancée qu'on assiste à la formation, puis à l'organisation des productions de tissu conjonctif (*Petersburg. medic. Wochenschr.*, n° 42).

De l'emploi du bromure de potassium dans le spasme de la glotte, par M. le docteur A. Joffroy.

M. Joffroy rappelle d'abord combien il est fréquent de voir les enfants qui ont subi avec succès la trachéotomie, chez lesquels toute trace de lésion diphthéritique a disparu, chez lesquels, en un mot, la santé semble tout à fait rétablie, succomber rapidement à l'asphyxie spasmodique quand on enlève la canule. Il est vrai que le spasme de la glotte ne constitue pas le seul danger d'asphyxie chez les opérés; les végétations, le rétrécissement de la trachée, peuvent produire les mêmes accidents, comme l'a justement fait observer M. le docteur Carrié (Thèse inaug., Paris, 1879). Laissant de côté ces deux dernières causes, l'auteur s'occupe seulement du spasme glottique. Cet accident peut, dans certains cas, se produire pendant la convalescence, alors qu'on commence à laisser les enfants quelques heures sans canule. Si l'accident ne persiste pas, il est sans gravité; mais s'il se prolonge pendant plusieurs mois il constitue une complication sérieuse qui, en s'opposant à l'enlèvement de la canule, expose le sujet aux complications broncho-pulmonaires qui peuvent être la conséquence de son séjour prolongé. La muqueuse laryngée reste longtemps plus sensible avant de revenir tout à fait à l'état normal, elle est plus excitable; si alors on supprime la canule, le larynx revenant à l'activité est excité, et alors l'action réflexe qui produit le jeu des muscles de la glotte s'exagère et la contraction régulière se change en spasme.

Or, qu'on se souvienne alors que le bromure de potassium diminue beaucoup la réflectivité de la gorge dans le spasme du pharynx. Si donc le spasme de la glotte est dû à une réflectivité exagérée, le bromure de potassium pourra donner les mêmes résultats et permettre l'ablation de la canule. Partant de ces données théoriques, M. Joffroy a employé le bromure de potassium dans deux cas de spasme glottique forçant à conserver la canule.

1° Il s'agit d'une enfant de quatre ans, opérée le 20 juillet, chez laquelle, malgré une guérison complète, il fut impossible d'enlever la canule jusqu'au 14 août. A partir de cette date, l'on donne à l'enfant 2 grammes de bromure de potassium. Le 16 août, la canule fut enlevée sans accident et la cicatrisation se fit régulièrement. Le bromure de potassium fut continué pendant une semaine.

2° Enfant de quatre ans, opéré le 26 juillet. Jusqu'au 14 août, état excellent, mais spasme de la glotte dès qu'on essayait d'enlever la canule; le 14, potion avec 2 grammes de bromure de potassium; le 16 août, l'ablation se fait sans complication; l'usage du bromure est continué pendant huit jours.

M. Joffroy conseille donc l'emploi du bromure de potassium, à dose suffisante, quand la cause qui s'oppose à l'ablation de la canule est le spasme de la glotte. L'existence d'une bronchite serait une contre-indication, le bromure pouvant diminuer l'énergie des bronches et faciliter l'engouement (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 3e année, n° 10, 10 octobre 1879, p. 812).

BIBLIOGRAPHIE

Cours de thérapeutique, professé à la Faculté de médecine, par Adolphe Gubler. 1 vol. in-8 de 568 pages. — Paris, 1880. J. B. Baillière et fils.

Gubler terminait la dernière leçon professée par lui à la Faculté de médecine par ces mots : « La science d'aujourd'hui n'est pas celle de demain ; ma science n'est pas la vôtre, et vous arriverez à comprendre dans un avenir plus ou moins prochain certains phénomènes encore inexpliqués. » Par un soin pieux ses élèves ont voulu montrer que Gubler n'est pas de ceux dont l'œuvre vieillit vite, et en publiant ces leçons, les dernières du maître tant regretté, faire voir combien il embrassait de vastes horizons thérapeutiques et comment il marchait à l'extrême avant-garde des chercheurs.

L'ouvrage que nous avons entre les mains renferme trente-quatre leçons professées à la Faculté de médecine ; il expose tous les traits généraux de la thérapeutique : c'est en quelque sorte un testament scientifique.

Les quatre premières leçons sont consacrées à une étude d'ensemble : Gubler expose sa manière de voir à grands traits, mais d'une façon claire et facile à saisir. Il montre comment, après avoir tout dû à l'empirisme le plus vulgaire, la thérapeutique est devenue une science; comment, après avoir été un véritable tour d'habileté, réservé à quelques intelligences hors ligne, elle est entrée dans le domaine public. Un médicament n'est plus indiqué parce que dans tel ou tel cas comparable il a donné de bons résultats : on l'administre pour modifier chez un sujet connu, dans un sens bien défini, une fonction troublée, un tissu ou des éléments anatomiques altérés. Dès lors, plus de thérapeute plus ou moins bien doué, mais des médecins instruits se guidant d'après des données acquises, et ne recourant à l'empirisme que dans les cas (encore trop nombreux) où la science fait défaut. Telle est la règle absolue, féconde surtout pour l'avenir.

Combien il est difficile dans de telles conditions de donner une classification véritablement scientifique des substances employées comme médicament! aussi Gubler ne le tente-t-il pas, et, entrant d'emblée au cœur même de son sujet, il étudie les diverses voies d'absorption. Toutes les leçons consacrées à cette étude n'offrent pas un égal intérêt; le professeur l'a bien compris, et il ne donne que des indications très sommaires sur l'introduction des médicaments par la bouche et l'estomac. Nous laisserons nous-même de côté presque tout ce qui a trait au tube digestif, nous réservant seulement de résumer l'opinion de Gubler sur les lavements médicamenteux, ce point nous paraissant digne d'être signalé au mo-

ment où l'étude des lavements nutritifs est à l'ordre du jour.

Pour les médicaments qui n'ont pas besoin d'un milieu acide, le rectum et l'S iliaque réalisent une absorption, non seulement plus rapide, mais encore plus complète : car le médicament échappe aux nombreuses causes de destruction qui le menacent dans la cavité gastrique; il est vrai qu'il reste, dit Gubler, l'action de l'épithélium qui jouerait le rôle de ferment.

Le premier inconvénient des lavements médicamenteux est la difficulté qu'on éprouve à les faire garder : les causes les plus fréquentes sont toutes les lésions de l'orifice anal. Cependant dans la majeure partie des cas on arrive à remédier à ces inconvénients, et alors la voie rectale se présente avec tous ses avantages. Gubler fait également remarquer que, pour combattre les affections qui ont leur siège dans le petit bassin, il vaut toujours mieux avoir recours à l'absorption par le rectum; il y a évidemment une action de voisinage qu'il importe de ne pas négliger. Enfin, Gubler croit que, dans ces conditions, il se produit dans les nerfs de la vie organique quelque chose d'analogue à ce qu'il a signalé dans les nerfs sous le nom d'*écho* de *sensibilité*. Dans ces conditions, quand le médicament, porté dans le rectum et l'S iliaque, agit sur les nerfs nutritifs de ces parties, le retentissement se fait sur les autres nerfs organiques qui se trouvent dans le voisinage, par exemple, sur ceux qui nourrissent les organes du petit bassin. Gubler consacre ensuite un certain nombre de leçons à l'absorption des médicaments par diverses autres muqueuses, par celle des voies urinaires, par la muqueuse des bronches, etc.; il fournit à ce sujet, sur la manière d'agir, sur l'efficacité de ces procédés, sur les indications et les contre-indications des renseignements précis, et qui pourront dans maintes circonstances servir de guide aux praticiens.

Mais les muqueuses, les séreuses, en un mot les surfaces qui à l'état physiologique jouissent d'un pouvoir absorbant énergique, ne sont pas les seules voies qu'on puisse utiliser pour faire absorber un médicament; la peau elle-même peut, soit par le fait même du mal, soit par l'intervention du médecin, être mise en état d'offrir une surface utile à la thérapeutique. C'est ainsi que les vésicatoires sont chaque jour utilisés; les plaies elles-mêmes sont mises à profit. Il est une particularité de l'absorption cutanée qui n'est peut-être pas assez connue et que nous avons été content de voir mettre en lumière par les leçons du maître : je veux parler de l'absorption des pommades par la peau préalablement détergée par l'alcool ou par un sinapisme. Après avoir ainsi étudié tous les procédés, Gubler arrive à la méthode hypodermique essentiellement moderne, et que, plus que personne, il a contribué à généraliser et à vulgariser. Nous empruntons à Gubler le résumé des substances qu'on peut injecter sous la peau : car chacun sait qu'il a introduit par ce procédé dans l'économie des médicaments que, jusqu'à lui, personne ne songeait à employer ainsi.

« Dès aujourd'hui, dit-il, on peut faire une longue liste des substances que l'on emploie : la morphine (la première injectée par Alexandre Wood), l'atropine; l'aconitine (Gubler), d'abord celle de Hottot, puis celle plus pure de Duquesnel; la quinine a été de longue date injectée sous la peau, elle a rendu ainsi des services, bien qu'il y ait beaucoup d'inconvénients à l'employer de cette façon ; puis, et cette fois sans inconvénients, le curare que Vella (de Turin) employa après Claude Bernard. J'ai moi-même employé la picrotoxine, puis la digitaline. L'ergotine a été récemment employée en injections, comme je l'avais fait dès 1874, contre une affection du système nerveux due à une oblitération de la veine cave inférieure. Aujourd'hui on peut employer non seulement l'ergotine de Bonjean, mais l'ergotinine. » Nous pourrions ajouter à cette énumération un grand nombre de substances : on a injecté l'éther, le chloroforme, l'émétine et mieux encore l'apomorphine, ce médicament qui ne s'est pas vulgarisé et qui cependant serait appelé à rendre des services incomparables dans les cas où l'on veut provoquer des vomissements immédiats, ou bien encore quand on ne peut administrer un vomitif par la bouche. D'une manière générale, on peut administrer par la méthode hypodermique toutes les substances qui ne sont pas trop irritantes et qui jouissent d'une puissance thérapeutique ou d'une solubilité assez grande pour agir sous un petit volume. Nous n'avons pas ici à faire une étude complète de cette méthode; aussi nous résumerons ce qu'on trouvera si bien exposé dans les leçons de Gubler en disant : La méthode hypodermique rend des services immenses, on ne saurait trop l'employer; car mieux qu'aucune autre, elle nous permet de mesurer l'action du médicament mis en usage, d'en prévoir et d'en varier les effets; avec elle c'est la substance active elle-même qui pénètre dans le torrent circulatoire, et non pas des produits dont la composition nous échappe à la suite des modifications qu'ils ont éprouvés dans le tube digestif. Mais à côté de ces grands avantages, la méthode hypodermique présenterait des inconvénients sérieux si on négligeait certaines précautions qu'il faut toujours prendre. Il faut éviter de pénétrer dans une veine, il faut ne point piquer un rameau nerveux, bien s'assurer du point où pénètre l'aiguille, varier le siège des piqûres; ce sont là, dira-t-on, des recommandations superflues : peut-être; cependant, comme elles sont de chaque jour, nous sommes heureux de voir Gubler y insister. Il est un dernier point que l'illustre professeur ne mentionne pas, mais que nous ne voulons pas négliger : *toute injection hypodermique doit être faite par le médecin.*

Telles sont les précautions générales qu'il faut prendre quand on veut employer la méthode hypodermique; mais à côté de ces dernières il en est d'autres qui varient avec la nature de la substance employée. On peut dire, comme règle générale, qu'il faut toujours se servir de solutions concentrées; mais cela est d'autant plus nécessaire que la dose du médicament qui doit être administré est plus considérable. Si, par exemple, nous voulons administrer les sels de quinine, nous devrons avoir recours à des solutions plus concentrées que pour les médicaments très actifs, la morphine par exemple, et mieux encore l'aconitine, l'atropine, etc. Enfin ajoutons qu'il faudra autant que possible ne pas faire usage de liquides irritants à réaction acide; de même, on ne saurait mettre trop de soin à injecter des solutions bien filtrées et ne contenant en solution aucune particule solide, dont l'élimination pourrait amener une suppuration du tissu cellulaire.

Malgré l'intérêt du sujet, nous sommes obligé de nous arrêter dans cette étude qui nous mène à la dix-huitième leçon et de passer sous silence les quatre leçons suivantes, qui traitent du manuel opératoire, des indications et des avantages de la transfusion du sang, pour arriver à l'étude des médicaments en particulier, c'est-à-dire à la vingt-deuxième leçon. Comme type, et ne pouvant les étudier tous, Gubler choisit l'arsenic. L'étude de cet agent précieux est faite en détail. Le professeur étudie son trajet dans l'organisme, le rôle du foie et des éléments histologiques; il montre où se place l'arsenic dans les intoxications, et comment la mort survient.

Après avoir, sur un type, montré comment un médicament se comporte dans l'organisme, Gubler arrive à l'élimination, c'est-à-dire à l'étude des modifications subies par la substance médicamenteuse, dans son passage à travers l'économie et aux voies par lesquelles elle est rejetée au dehors. Si dans l'absorption le médecin avait en quelque sorte le choix entre les diverses surfaces absorbantes et, sauf des cas exceptionnels, n'était guidé que par l'intérêt du sujet, il n'en est pas de même dans l'élimination, où tout appartient à la nature et où le rôle actif se borne à favoriser ou à retarder, dans une limite très restreinte, l'expulsion de la substance médicamenteuse ou de ses produits de décomposition. Enfin, Gubler arrive à

ce point si important de l'accumulation des médicaments.

L'accumulation des médicaments dans l'organisme peut avoir lieu de deux manières différentes : il y a l'accumulation des doses et l'accumulation d'action. L'accumulation des doses est un effet connu depuis longtemps, et nous dirons même si connu qu'il a produit dans le public certains préjugés qui, habilement entretenus par le charlatanisme, sont devenus la cause de l'horreur qu'on éprouve pour certains médicaments, à la tête desquels il faut placer le mercure, coupable (comme chacun sait??) de toutes les lésions organiques produites par la syphilis tertiaire. Cette accumulation des doses, souvent utile, peut dans certains cas être nuisible, et alors il faut favoriser l'élimination ou tout au moins la transformation. Toute autre est l'accumulation d'action. Les faibles doses de certains médicaments sont sans action apparente sur l'organisme : prenons la digitale pour exemple.

Quand on donne à un malade ou bien encore à un animal en expérience de faibles doses de digitale, voici ce qu'on observe : pendant les premiers jours il ne se produit aucun des effets du médicament; si l'on continue l'usage de la substance active, on voit, au bout d'un certain nombre de jours, les effets se produire, et si l'on continue toujours, sans augmenter la dose, l'action peut devenir très énergique. Or, si par des moyens appropriés on recherche la digitale dans les secrétions et même dans les tissus, on constate qu'elle est en aussi faible proportion que si l'animal n'avait pris qu'une seule dose.

Gubler, pour être complet dans cette revue d'ensemble, consacre à l'antagonisme et à l'antidotisme les quatre dernières leçons, et montre quel est le rôle du sujet dans cet antagonisme.

Telles sont à grands traits les leçons posthumes de Gubler; nous disions en commençant : Ce n'est pas un traité de thérapeutique; ceux qui auront bien voulu nous suivre auront pu se convaincre que nous étions dans le vrai. Mais dans ce discours sur la thérapeutique, quelle sûreté d'aperçus généraux! Gubler, tout entier dans les idées dues à l'expérimentation, a su tracer, d'une façon magistrale, l'histoire d'un médicament anonyme autour duquel il groupe toutes les particularités qu'il est utile de connaître, et dont l'ensemble constitue la véritable thérapeutique scientifique. C'est là un bon livre et son auteur, si utile aux élèves de la Faculté de Paris pendant sa vie, leur a laissé ainsi un souvenir précieux de son enseignement et de son expérience.

H. Chouppe.

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par M. T. Gallard, médecin de la Pitié, 1 vol. in-8, 2e édition. — Paris, 1879, J. B. Baillière et fils.

Ce n'est pas, à proprement parler, une seconde édition, mais bien un livre nouveau que M. Gallard nous présente aujourd'hui sous la forme de *Leçons cliniques*. Nous trouvons, en effet, dans ce volume un traité complet des maladies de l'utérus, du vagin et de l'appareil génital externe de la femme; l'auteur s'est réservé de traiter, dans un second volume, les maladies des ovaires et les troubles de la menstruation. Nous aurons ainsi un ouvrage aussi complet que possible et reproduisant l'enseignement clinique qui a valu à M. Gallard une légitime notoriété.

Ce qui plaît au premier abord, dans le livre de M. Gallard, est l'excellente distribution des matières, qualité précieuse les ouvrages cliniques, où les sujets sont parfois traités ordre ni méthode, selon les hasards de la pratique et l'enseignement. L'auteur s'est attaché à décrire successi-t chaque état morbide en commençant par les maladies l'urèthre et du vagin, en continuant par celles de l'utérus en terminant par les affections néoplastiques : le fibrome le cancer utérin.

Avant d'entrer dans une analyse détaillée de la partie purement clinique et pathologique du livre, nous devons particulièrement appeler l'attention sur les trois premiers chapitres consacrés à l'historique, à l'anatomie et à l'embryogénie. L'historique surtout a été parfaitement étudié par M. Gallard, qui a tenu à mettre en lumière les travaux les plus importants de ses devanciers. Cette étude se divise en quatre périodes distinctes :

1° Une *première période* gréco-romaine qui va d'Hippocrate à Paul d'Egine. Quelques confrères apprendront, peut-être avec surprise, que les médecins hippocratiques connaissaient la plupart des maladies utérines et les traitaient avec soin, et que des notions très exactes ont été fournies sur ces maladies par Celse, Arétée de Cappadoce, Galien, Aétius et Paul d'Egine.

2° Dans la *deuxième période*, qui s'étend du septième au seizième siècle, les maladies des femmes sont totalement négligées.

3° Dans une *troisième période*, les ouvrages des Grecs et des Latins commencent à se répandre par des traductions, les livres anciens sont vulgarisés par l'imprimerie, et les maladies des femmes sont étudiées avec plus de soin.

4° Enfin la *quatrième période* commence avec Récamier et le spéculum, et devient le point de départ de travaux nombreux et fructueux.

L'aperçu sommaire que nous venons de donner sur cette partie de l'œuvre de M. Gallard montre que l'auteur a donné à cette question toute l'importance qu'elle comporte.

Le chapitre III contient, outre des notions d'embryogénie, une étude très complète des vices de conformation des organes génitaux. Trois autres leçons sont consacrées à l'exploration directe des organes génitaux. Nous y trouvons une description nette et aussi détaillée que possible des procédés nombreux et parfois complexes que doit employer le médecin pour pratiquer l'examen au spéculum, le toucher, le palper, abdominal et le cathétérisme utérin.

Viennent ensuite les maladies de la vulve et de l'urèthre, qui sont traitées avec des développements suffisants. Nous appelons particulièrement l'attention sur la leçon IX, consacrée au vaginisme. L'auteur donne sur cette curieuse affection, avec une certaine élégance de style, des détails très circonstanciés auxquels il joint des conseils destinés aux jeunes mariées et qui méritent d'être particulièrement signalés.

Sept leçons importantes ont été consacrées à la description et au traitement des différentes espèces de métrite. C'est là un sujet qui a fait depuis longtemps le sujet des études spéciales de M. Gallard et qui a été traité avec de longs développements. Nous en recommandons vivement la lecture aux praticiens.

Enfin nous signalerons, en terminant, les quatre leçons dans lesquelles l'auteur a traité des tumeurs fibreuses et carcinomateuses de l'utérus. Le traitement médical et chirurgical de cette dernière affection a été fait avec le plus grand soin. L'auteur s'attache surtout à démontrer qu'il faut toujours traiter les femmes atteintes de cancer utérin et ne jamais s'en rapporter uniquement à la nature; si l'on ne peut pas guérir, on peut toujours soulager.

On voit, par ce court exposé, que le livre de M. Gallard mérite d'être placé parmi les bons ouvrages de gynécologie qui ont été publiés en France pendant ces dernières années; nous y reviendrons après la publication de la seconde partie.

A. Lutaud.

Index bibliographique.

HISTOIRE MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LA GUERRE DE SÉCESSION. (2e partie, t. I.)

Les médecins américains, après avoir achevé la publication des faits chirurgicaux relatifs à la guerre de sécession, viennent de faire paraître le premier volume de l'*Histoire médicale* proprement dite de cette période. Disons tout de suite que, comme intérêt et comme luxe, ce volume ne le cède en rien à ses devanciers. Ne contenant pas moins de 900 pages grand in-quarto, il est exclusivement consacré à deux entités morbides qui jouent toujours un très grand rôle dans la pathologie des troupes en campagne, la diarrhée et la dysenterie. On comprendra la place importante accordée à ces deux affections, quand on saura qu'à elles seules elles ont causé, dans les armées confédérées, une morbidité et une mortalité supérieures à celles de toutes les autres causes morbides réunies.

Dans un premier chapitre consacré à la statistique, d'autres tableaux, diagrammes aux différentes couleurs, indiquent d'une manière saisissante le nombre des cas de chacune des maladies, non seulement mois par mois, mais aussi région par région. Ces tableaux montrent également la fréquence comparative de la diarrhée et de la dysenterie parmi les troupes composées d'hommes de couleur et les troupes blanches, et la fréquence relative des cas aigus et des cas chroniques.

A la suite de ces conditions générales qui sont, pour ainsi dire, une entrée en matière, nous trouvons la partie vraiment originale de l'ouvrage, et à notre avis la plus intéressante, celle qui lui sert véritablement de squelette. C'est une série de rapports ou d'extraits de rapports adressés pendant la guerre par les médecins américains sur les épidémies de diarrhée et de dysenterie observées par eux. Nous ne comptons pas moins de 162 de ces documents.

Vient ensuite l'histoire détaillée de chaque affection. La diarrhée et la dysenterie sont successivement étudiées dans leur forme aiguë et dans leur forme chronique : étiologie, symptomatologie, anatomie pathologique, traitement, sont l'objet des plus complets comme des plus minutieux détails. Tous les modes d'investigation ont été mis à contribution par nos confrères américains, qui non seulement, au milieu des difficultés de la guerre, ont tout étudié en hommes de science, mais encore, très au courant des travaux européens, ont pu les comparer aux résultats de leurs propres observations et donner ainsi à leurs recherches un bien plus grand intérêt.

C'est surtout aux chapitres consacrés à l'anatomie pathologique que s'appliquent nos réflexions. Celle-ci est faite, en effet, tant au point de vue macroscopique que microscopique, avec un soin au-dessus de tout éloge. Il y a cependant une ombre à ce tableau, et nous ne savons comment les médecins américains, qui connaissent si bien les travaux français auxquels ils rendent un si juste et si loyal hommage, font de la dysenterie, après Bamberger, Virchow et Rokitanski, un processus diphthéritique. Faut-il, après Kelsch, dont ils citent justement les mémoires, répéter que c'est là détourner gratuitement, et au grand préjudice de la clarté du langage scientifique, le mot *diphthérie* de l'acception parfaitement nette et précise que lui a imposée Bretonneau ?

Les matières des selles sur la nature desquelles nos connaissances sont si peu avancées, et dont l'examen est si souvent négligé, ont été étudiées ici dans les plus grands détails, et tous les corps ou corpuscules végétaux ou animaux que le microscope y fait découvrir sont l'objet d'une description des plus minutieuses.

Le traitement de la diarrhée et de la dysenterie est enfin l'objet d'un chapitre des plus importants, qui ne comprend pas moins de 200 pages, et où sont passés en revue, avec des appréciations et des considérations critiques du plus haut intérêt, toutes les médications et même tous les médicaments qui ont été employés dans chacune de ces affections.

Telles sont, très rapidement passées en revue, les principales matières contenues dans ce volume, qu'il sera désormais impossible de ne pas consulter chaque fois qu'il sera question de diarrhée ou de dysenterie.

Nous avons donné une bien faible idée du tableau, mais que dire de la magnificence du cadre ? Ce livre qui, nous l'avons dit, comporte 900 pages, est imprimé sur de très beau papier; ses caractères larges et nets, ses lignes espacées, en rendent la lecture des plus faciles. Quant aux planches, elles défient la comparaison avec ce que nos éditeurs osent de plus luxueux; on en compte 41, plus 44 dessins dans le texte. Parmi les premières, il y en a 12 en chromolithographie, et les 29 autres sont d'admirables reproductions de photographies d'intestin ou de coupes intestinales. Les figures intercalées dans le texte sont toutes des reproductions de coupes de l'intestin.

Honneur aux médecins qui, au milieu des misères et des embarras de la guerre, ont su réunir les matériaux d'un aussi gigantesque travail et mener ensuite une pareille œuvre à bonne fin ! Honneur au gouvernement qui leur a laissé l'initiative et qui leur a fourni les moyens matériels d'élever à la science un aussi magnifique et aussi impérissable monument !

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE, par MM. BÉHIER et HARDY. Tome IV, 1re partie : *Maladies générales fébriles.*

Ce volume contient la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres intermittentes simples et pernicieuses, la fièvre jaune, la peste, la suette, la variole, la varioloïde, la vaccine et la varicelle, la scarlatine, la rougeole et l'érythème. La description de la fièvre typhoïde et du typhus est de Béhier; ce sont, nous dit son collaborateur, ses derniers travaux. Les autres articles sont de M. Hardy, qui en revendique toute la responsabilité. Les auteurs débutent par quelques considérations très courtes sur ce que l'on doit entendre par maladies générales. La fièvre typhoïde qui, en France, se présente si fréquemment à l'observation du médecin, occupe naturellement une place en rapport avec son extrême importance. Sa description est précédée d'un historique qui, pour ne tenir que quelques pages, n'en est pas moins très complet. La symptomatologie est traitée avec un grand luxe de détails, et nous pouvons en dire autant de l'anatomie pathologique. Le chapitre consacré au traitement de cette maladie est conçu dans un esprit clinique dont nous ne saurions trop louer la justesse et l'élévation, tout en regrettant de voir juger peut-être un peu sévèrement certaine méthode de traitement, comme celle des bains froids par la méthode de Brandt, par exemple. Les bains froids rendent tous les jours les plus grands services dans le traitement de la fièvre typhoïde, et nous les croyons, pour notre part, appelés à un usage de plus en plus général. En revanche, nous nous associons pleinement à ces lignes de M. Béhier :

« Nous sommes forcé d'admettre qu'il n'existe pas, pour la » fièvre typhoïde, comme pour certaines maladies, un seul et » unique traitement; loin de là, il n'existe que des médications » variables suivant les cas. Le traitement de cette pyrexie doit » donc être rationnel, éclectique et non systématique. »

Les fièvres intermittentes sont à leur tour l'objet d'une description très détaillée, à peine précédée de quelques mots relatifs à la pathogénie de ces affections. C'est qu'en effet, obéissant au plan général de l'ouvrage, M. Hardy ne donne aux questions théoriques qu'une place absolument secondaire. On doit le regretter.

Enfin, la description des fièvres éruptives qui terminent ce demi-volume est trop classique pour donner lieu à aucune observation. Notons cependant encore que M. Hardy ne met pas en doute la possibilité de transmettre la syphilis par la vaccine. L'auteur ne dit pas si, à son avis, ce danger existe encore alors même qu'on a le soin de n'inoculer absolument que la lymphe vaccinale; mais les conseils qu'il donne relativement aux soins qu'il faut apporter dans le choix d'un vaccinifère permettent de croire que telle est, en effet, son opinion !...

OBSERVATIONS ET LECTURES D'UN MÉDECIN DE CAMPAGNE, par le docteur A. CORIVEAUD (de Blaye). Paris, 1880, J.-B. Baillière.

C'est pour employer une figure de rhétorique, sans doute, que notre spirituel confrère réclame l'indulgence du lecteur en déclarant qu'un pauvre médecin de campagne ne peut se mesurer avec ses savants confrères des grandes villes. Plusieurs de ces « savants confrères » trouveront peut-être même que la critique vive et mordante du « modeste médecin de campagne » a parfois un peu dépassé la mesure. Nous en connaissons que la lecture du chapitre V de l'ouvrage n'amusera pas beaucoup. Mais ils devront reconnaître que les réflexions du docteur Coriveaud sont bien justes et qu'il a bien raison, en particulier, de railler un peu les lois que l'on a prétendu établir en parlant du pemphigus des nouveau-nés. Le livre de notre confrère comprend une étude statistique et médicale du pays blaizois, plusieurs études cliniques très bien faites sur la fièvre typhoïde, la curabilité de la phthisie, une

observation curieuse d'ichthyose, etc. Il se termine par quelques analyses bibliographiques où l'on retrouve toutes les qualités d'esprit et de style qui peuvent recommander un critique. On serait heureux de voir tous les médecins de province employer leurs loisirs aussi utilement que le docteur Coriveaud.

Action rapidement favorable de l'eau froide (draps mouillés) dans un cas de fièvre typhoïde avec température hyperthermique de 42 degrés et pneumonie du sommet, par le docteur Armaingaud.

Le titre seul de cette observation en indique l'importance et l'intérêt. M. le docteur Armaingaud s'est entouré de toutes les précautions voulues pour que les résultats thermométriques surprenants qu'il annonce ne puissent pas être contestés. Le thermomètre dont il a fait usage a été vérifié à plusieurs reprises. La température constatée a été vue par deux de ses confrères les plus distingués, les docteurs Picot et Layet. Il n'y a pas eu erreur dans l'appréciation de ce fait, surprenant il faut en convenir. La méthode réfrigérante par l'enveloppement dans un drap mouillé a été mise en usage pour remédier à l'hyperthermie accidentellement provoquée par une pneumonie intercurrente. C'est le vingt-unième jour de la maladie que le drap mouillé a été employé pour la première fois. Cependant la malade a guéri malgré les pronostics fâcheux des partisans de la méthode de Brand, qui n'hésitent pas à affirmer que les bains ou les affusions froides, voire même les applications de drap mouillé, ne réussissent que dans les cas où la réfrigération a été commencée dès les premiers jours de la maladie. Nous renvoyons nos lecteurs à la remarquable observation de M. le docteur Armaingaud pour toutes les conclusions qu'on en peut tirer. Nous nous contenterons de faire remarquer que si, dans le cas particulier, l'application du drap mouillé a été des plus favorables en raison de l'hyperthermie, il serait exagéré d'en conclure que les complications broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde sont une véritable indication de la médication réfrigérante. Celle-ci ne peut réussir que dans les cas d'hyperthermie. Encore ne réussit-elle pas toujours. Le succès de M. Armaingaud n'en est que plus remarquable. (Voy. l'observation dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, décembre 1879.)

VARIÉTÉS

CONSEIL MUNICIPAL. — NOUVELLE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS.

Dans la séance du 15 juin, qui a été très accidentée et où il a été beaucoup question des aumôniers des hôpitaux, la discussion du rapport de M. Bourneville sur l'ameublement et l'installation de la nouvelle clinique d'accouchements (rue d'Assas), a amené M. le *directeur* de l'Assistance publique à faire les déclarations suivantes :

« M. le rapporteur a traité deux points distincts dans le rapport dont vous venez d'entendre le développement. Le premier a trait à l'installation et à l'ameublement eux-mêmes. M. Bourneville comprend dans les frais d'ameublement certains détails relevant plutôt des travaux à exécuter ; puis, il demande au conseil de voter un crédit de 34 000 francs, dont moitié devrait être payé par l'Etat ; je n'ai aucune observation à présenter à ce sujet. M. le rapporteur, à propos de cette demande de crédit, formule en outre certains desiderata de la commission de l'Assistance publique. L'administration est heureuse de pouvoir lui donner satisfaction sur presque tous les points. En ce qui concerne les cultes, la commission propose de déléguer à la nouvelle clinique l'aumônier de la Maternité qui recevrait, pour ce surcroît d'occupation, une indemnité de 200 francs. Cette indemnité me semble insuffisante, mais j'accepte le principe contenu dans la proposition de la commission. Elle désire en outre un remaniement complet dans les services de la pharmacie. Le pharmacien de l'hôpital du Midi serait chargé du service à l'hôpital Cochin, celui de la Maternité à la nouvelle clinique. Je ne vois pas d'inconvénient à mettre ces changements à exécution. La commission demande que la direction soit confiée au directeur de la Maternité, qui toucherait à cet effet une indemnité. L'administration pense, au contraire, qu'un directeur spécial est nécessaire à la nouvelle clinique. Il y a là, en effet, deux services distincts : celui de l'Assistance publique, celui de la Faculté. Pour éviter des conflits possibles, pour surveiller un service qui exige la présence de sages-femmes tant internes qu'externes, il faut un directeur résidant et ayant une certaine autorité.

Reste la question des *rideaux* dont la commission repousse l'emploi. Faut-il des rideaux ou n'en faut-il pas ? Les hommes les plus compétents se divisent sur ce point. Les uns y trouvent des avantages, les autres des inconvénients. Je propose à la commission la solution que je crois la meilleure : les chefs de service qui voudront des rideaux en auront, ceux qui n'en voudront pas n'en auront pas. »

L'assemblée, à propos de diverses dépenses de construction et d'installation dépassant les devis, vote la proposition suivante, de M. G. Martin :

« La septième commission est invitée à présenter un rapport établissant la part de responsabilité qui peut incomber à M. le préfet Ferdinand Duval et à son administration, ainsi que les voies et moyens qu'il y aura lieu d'employer pour que cette responsabilité devienne effective et ne reste pas simplement morale.

Les bourses de doctorat. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu l'arrêté du 15 novembre 1879, arrête :

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine, le lundi 26 juillet 1880.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscriptions seront clos le samedi 10 juillet, à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879 précité, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la minéralogie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du second examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du second examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe. Les étudiants justifiant des grades de bacheliers ès lettres et de bacheliers ès sciences restreint, et qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, seront admis à concourir, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et l'autre régime d'études. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir une bourse de première année.

Art. 4. — Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs sous un pli cacheté qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris, le 14 juin 1880.

Jules Ferry.

Les élèves sages-femmes. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu l'arrêté du 1er août 1879, qui exige un examen préparatoire des aspirantes au titre d'élève sage-femme de 1re classe, arrête :

Dans les chefs-lieux de département qui ne sont pas siège d'une Faculté de médecine, l'examen prévu par l'arrêté sus-visé est subi devant un jury constitué par le recteur et composé : de l'inspecteur d'Académie ou du secrétaire de l'Ecole de médecine et de pharmacie dans les villes où il existe une de ces écoles, d'un inspecteur primaire, de la directrice de l'école normale primaire ou d'une institutrice déléguée à cet effet.

Fait à Paris, le 11 juin 1880. Jules Ferry.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Les journaux de Reims donnent les détails suivants sur le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences : Samedi dernier, à huit heures et demie du soir, le comité local du Congrès s'est réuni à l'hôtel de ville, sous la présidence de M. Poulain. Quarante membres étaient présents. M. Gariel, venu de Paris, a pris place au bureau. On a définitivement fait choix du lycée pour les séances des sections scientifiques.

L'exposition d'archéologie sera installée à l'hôtel de ville. Celle des produits de la fabrique de Reims, à la Société industrielle; enfin celle du Comité agricole, dans les promenades. Sur la demande du secrétaire général, le comité vote un crédit de 1000 francs pour faire face aux premières dépenses d'installation, ainsi que pour la publication de la notice.

Trois grandes excursions sont arrêtées.

Les sujets des conférences ne sont pas encore arrêtés, ils seront fixés dans quelques jours. — Le Congrès s'ouvrira le 18 août.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Par arrêté du 11 juin 1880, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrirait le 15 décembre prochain. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

SOCIÉTÉ D'AGRICULTURE DE FRANCE. — *Section d'économie des animaux*. — Le *prix de Béhague* a été décerné à M. le docteur Davaine, membre de l'Académie de médecine, pour ses travaux sur les maladies charbonneuses.

LÉGION D'HONNEUR. — M. Geoffroy (Lambert-Maxime), médecin de 1re classe de la marine, dix-neuf ans et demi de services, dont douze et demi à la mer ou aux colonies, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Charcot vient de recevoir l'une des plus hautes distinctions que puisse conférer S. M. l'Empereur de Russie. Le grand cordon de l'ordre de Stanislas a été remis hier à notre éminent confrère.

UNIVERSITÉS ALLEMANDES. — Le recueil anglais *The Academy* donne le chiffre du nombre d'étudiants fréquentant les cours des vingt Universités de l'Allemagne : ce chiffre est celui du dernier trimestre de l'hiver 1879-1880.

L'Université de Berlin comptait à cette date 3608 étudiants; Leipzig, 2227; Munich, 1806; Breslau, 1309; Halle, 1098; Tubingue, 994; Gœttingue, 965, etc. Les deux Universités ayant le moins d'élèves sont celles de Kiel, 242, et Rostock, 198. En moyenne, c'est un total de 1000 étudiants par Université.

Dans ce nombre de 20172 étudiants, 8624 suivaient les cours des lettres et des sciences (Facultés de philosophie); 5132 ceux de droit; 3761 ceux de médecine, et 2655 ceux de théologie.

LA VACCINE DANS LE CANTON DE ZURICH. — On mande de Zurich le 13 juin :

« Le peuple du canton de Zurich est appelé à se prononcer aujourd'hui au sujet d'une question intéressante et d'ordre absolument scientifique et général.

» Depuis longtemps une polémique était ouverte au sujet de l'efficacité de la vaccine. Les savants, la presse et enfin le peuple y ont pris part, et un pétitionnement de 5000 citoyens zuricois a demandé qu'on posât au peuple, sous forme de plébiscite, la question du maintien ou de la suppression de la vaccination.

» Les conférences, les assemblées populaires, les articles de journaux ont surabondamment traité la question. La statistique est venue aider de ses arguments tantôt les partisans, tantôt les adversaires de la vaccine.

» Si le peuple zuricois se prononce pour la suppression de la vaccination, l'affaire se compliquera, parce que la Confédération soumet à cette mesure hygiénique tous les miliciens appelés au service qui ne peuvent fournir la preuve qu'ils ont été vaccinés. Il en est ainsi pour toutes les recrues de l'année.

» Le canton de Zurich est actuellement en train de trancher la question; nous saurons demain ce que son peuple aura décidé, et s'il tient pour la science pure ou pour la science libérale ! »

MORTALITÉ A PARIS (23e semaine, du vendredi 4 au jeudi 10 juin 1880). — Population probable : 1988806 habitants. — Nombre total des décès : 1089, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 32. Variole, 50. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 9. — Diphthérie et croup, 56. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 13. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 57. — Autres affections générales, 128. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 82. — Diarrhée infantile et athrepsie, 76. — Autres maladies locales : aiguës, 65; chroniques, 161; douteuses, 78. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 2; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 18. — Causes inconnues, 1.

Bilan de la 23e semaine. — La variole, la fièvre typhoïde continuent à baisser; au contraire, la diphthérie s'est très notablement accrue (56 décès au lieu de 38). Il ne s'agit ici que des *cas de décès*, mais j'ajouterai que le mouvement paraît identique pour les *cas d'invasion*... Les documents communiqués par l'Assistance publique constatent une diminution dans les entrées : 1° par fièvre typhoïde (39 au lieu de 50 et 52 dans les 21e et 22e semaines); 2° par variole (94 au lieu de 109 et 119); mais, au contraire, une augmentation des cas de diphthérie (30 au lieu de 25 et 24)...

Quoi qu'il en soit, on remarquera que les sévices de la variole et ceux de la diphthérie continuent à s'exercer dans les quartiers contigus aux hôpitaux Saint-Antoine et Sainte-Eugénie (*Quinze-Vingts, Picpus, Sainte-Marguerite*). Mais, en outre, il se rencontre deux quartiers aux extrémités de Paris, *Petit-Montrouge*, d'une part, et *Clignancourt*, d'autre part, qui ont fourni cette semaine, le premier, 3 décès, et l'autre, 4 décès par diphthérie...

J'attirerai encore toute l'attention de l'administration et de mes confrères sur le fait suivant, aussi affligeant que remarquable, qui m'est signalé *pour la seconde fois par des médecins*. Il s'agit d'enfants qui, allant à la consultation de Sainte-Eugénie pour des maladies relativement bénignes, paraissent y avoir contracté le croup auquel ils ont succombé...

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

SOMMAIRE. — PARIS. Chambre des députés : Discussion de la loi sur l'administration de l'armée. — Mémoires présentés à l'Académie de médecine sur la question de l'allaitement artificiel. — TRAVAUX ORIGINAUX. Médecine opératoire : Des indications de la création d'un anus contre nature, et principalement d'un anus lombaire, dans les cas de cancer du rectum. — CORRESPONDANCE. Traitement du croup. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de thérapeutique. — REVUE DES JOURNAUX. De l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. — Du citrate de caféine comme sédatif calmant et diurétique. — Empoisonnement par l'œnanthe safranée. — De la tuberculose du muscle cardiaque. — Affection spéciale des reins dans l'intoxication palustre. — De l'emploi du bromure de potassium dans le spasme de la glotte. — BIBLIOGRAPHIE. Cours de thérapeutique. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Conseil municipal : Nouvelle clinique d'accouchements.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La Démographie figurée de l'Algérie. Etude statistique des populations européennes qui habitent l'Algérie, avec 12 tableaux graphiques traduisant les principales conclusions, par M. le docteur René Ricoux, avec une préface de M. le professeur Bertillon. 1 vol. grand in-8, de 300 pages. Paris, G. Masson. 9 fr.

Société des sciences médicales de Gannat, compte rendu des travaux de l'année 1878-79, par le docteur Fabre (33e année). In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr.

De l'anosmie des houilleurs, par le docteur S.-P. Fabre. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 1 fr.

Du rôle des parasites animaux dans la pigmentation cutanée, à propos d'une observation de mélanodermie pityriasique, par le docteur S.-P. Fabre. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 75 c.

Eloge d'Antoine Jordet, par le docteur S. P. Favre. V. A. Delahaye et Cie. 75 c.

Des températures basses centrales. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par V. Hutinel. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Arnozan. 1 vol. in-8. V. A. Delahaye et Cie. 5 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

L'ÉCLAIRAGE DES CAVITÉS DU CORPS AU MOYEN DE LA LUMIÈRE ÉLECTRIQUE.

On se souvient encore des expériences du docteur Milliot, faites en 1867 devant le Congrès scientifique, à Paris, et ayant pour but l'éclairage des cavités du corps au moyen de l'électricité. Ces expériences furent répétées par l'auteur à l'École pratique, environ deux ans plus tard, devant une commission nommée par la Société de biologie; cependant aucune mention ne fut faite devant la Société. Le rapporteur négligent n'est autre que celui qui écrit ces lignes. Dix années écoulées doivent avoir établi la prescription du délit; mais, malgré le bill d'indemnité que nous obtiendrions peut-être, il nous paraît un peu tard pour présenter notre rapport. D'ailleurs, la question s'étant reproduite depuis cette époque sous d'autres formes, nous avons pensé qu'il pouvait être de quelque utilité de la présenter aux lecteurs de la *Gazette* telle qu'elle apparaît aujourd'hui. Des modifications notables ont été apportés à l'instrument dont se servait le docteur Milliot; le principe d'éclairage et le mode d'exploration ont été sensiblement changés; des revendications de priorité ont surgi de divers côtés; enfin des polémiques se sont ouvertes. Notre intention n'est ni de faire l'historique complet de la question, ni d'entrer dans la description détaillée des instruments. Cette description, du reste, même accompagnée de figures, a paru dans plusieurs journaux; nous voulons simplement, à côté de quelques indications sommaires sur les instruments, examiner ici dans quelle mesure la médecine peut utiliser ces nouveaux moyens d'éclairage et s'il en sortira réellement une méthode d'investigation nouvelle. C'est là ce qui importe; quant aux revendications de priorité, elles ne sont que fatigantes et stériles.

Les principales expériences de M. Milliot consistaient à éclairer par transparence la cavité abdominale d'un chien, et sur un homme la bouche et les sinus maxillaires. A cet effet, un long tube cylindrique en verre épais et fermé à l'une de ses extrémités, reçoit les fils conducteurs d'une pile assez puissante pour produire l'incandescence d'une pointe de platine qui se trouve au niveau de l'extrémité fermée. Le tube s'échauffe difficilement, en raison de la mauvaise conductibilité du verre, et l'on a soin, en outre, d'éteindre de temps à autre la pointe rougie, afin de laisser par intervalles refroidir les parois. Après avoir introduit très haut ce tube dans le gros intestin d'un chien préalablement rasé, on ferme le circuit, le fil de platine rougit instantanément, et l'on aperçoit par transparence les anses intestinales dont les contours se dessinent assez nettement; en même temps des masses obscures indiquent à peu près les points d'accumulation des ingesta.

L'autre expérience consiste à introduire dans la bouche d'un homme un tube analogue au précédent, mais plus court. L'expérimentateur opéra sur lui-même; il rendit merveilleusement transparentes les dents et, à un degré beaucoup moindre, les sinus maxillaires.

Voilà ce que nous avons vu des expériences de M. Milliot, qui furent faites presque simultanément à Breslau, par le docteur Brück, et plus tard par le docteur Lazarevitch, à Kharkoff. Ce dernier a publié une description détaillée de la méthode sous le nom de *diaphanoscopie*, terme fort exact.

On s'était servi pour ces recherches de la pile de Bunsen ou de Grove, dont l'intensité est difficile à régler; mince, le

FEUILLETON

Deux lettres d'outre-tombe.

A MONSIEUR LÉON MARIE, DOCTEUR EN MÉDECINE, A PARIS.

Excellent confrère, cher collaborateur et compatriote,

Tout éloignés que nous soyons de votre petite boule, qui va tournant toujours, nous ne négligeons pas les faits et gestes des petits êtres qui sont dessus; des régions éthérées où nous sommes, non seulement nous pouvons contempler nos ex-frères, les humains, et même en rire quelquefois, mais nous sommes renseignés directement par les nouveaux arrivants, qui chaque jour viennent grossir notre colonie. Et tenez... pas plus tard qu'il y a quelques semaines, le père Caron a débarqué ici un homme qui a bien fait parler de lui chez vous : c'est le confrère Auzoux, auquel les préparations d'anatomie clastique ont assuré une grande réputation. Je le connaissais depuis longtemps; j'avais des raisons sérieuses pour lui tourner le dos... Mais ici les mesquines passions, l'envie, la jalousie, le ressentiment, si justifiés qu'ils fussent, nous quittent dès que nous avons franchi les portes de l'éternel Eden. J'allai à lui, je lui serrai la main, et nous causâmes.

Il m'apprit une chose bien étonnante, à savoir : que mon nom est à peu près oublié sur votre terre, et que l'on ne se rappelle plus ni mes efforts pour créer une nouvelle anatomie artificielle, ni les encouragements que j'ai reçus des corps savants, ni toute une vie passée à fabriquer de mes mains des mannequins anatomiques, des hommes artificiels se démontant comme on le ferait des rouages d'un mécanisme étonnamment compliqué. Auzoux est allé jusqu'à m'assurer que la priorité de l'invention m'était contestée, et que lui, Auzoux, en avait retiré tout l'honneur et tout le profit. On est ici très expansif.

Examen de la bouche. — Sur la muqueuse, un peu en dedans de la commissure labiale gauche, se trouvent deux élevures acuminées, ulcérées, « qui semblent avoir été rongées par le sphacèle, et des vaisseaux sanguins sort le sang qui se répand sur les gencives et est expulsé de temps en temps. » (Lasègue, *Revue critique*, in *Arch. gén. de médecine*, mai 1871.)

Dans l'arrière-bouche, un caillot cruorique de la grosseur d'une aveline est adhérent au pilier antérieur droit du voile du palais, et le sang baigne en nappe toute la gorge.

Examen de la verge. — Du sang s'écoule goutte à goutte par le méat; le prépuce recouvrant le gland est tuméfié; une tumeur du volume d'une noisette siège à la face inférieure de la verge, en un point situé vers son milieu, mais un peu plus rapproché du gland, et embrasse le canal de l'urèthre; de là part une ecchymose sous-cutanée qui gagne le scrotum.

L'urination est difficile, un peu de ténesme vésical, la vessie n'est pas distendue.

Traitement. — Potion avec perchlorure de fer et un grand bain; après celui-ci, émission facile de l'urine.

Le lendemain, 4 novembre, mieux-être général; pouls, 80; chaleur subfébrile, 38°,2. Aucune éruption nouvelle; toutes les taches sont devenues brunes, et le soulèvement épidermique est plus prononcé. On découvre une ecchymose superficielle à la partit interne du mollet droit. La tuméfaction du prépuce a augmentée et il a pris une teinte ecchymotique, de sorte que toute la verge, et le scrotum dans sa portion antérieure sont bleuâtres.

Une bougie même filiforme ne peut pénétrer dans la vessie; elle franchit facilement l'obstacle présenté par la tumeur pénienne, mais se trouve absolument serrée à la région prostatique. Le toucher rectal, pratiqué par notre collègue M. A. Guillemin, ne révèle aucune irrégularité dans la région; la prostate est saine.

Même traitement. — Urination facile après le bain.

A partir du 5 novembre, l'état général redevient tout à fait bon, les ulcères de la bouche se cicatrisent, le caillot qui adhère au pilier du voile du palais est devenu blanc; je le détache, il avait pour point d'origine un ulcère analogue à ceux de la joue.

Le noyau qui siège dans la portion spongieuse du canal de l'urèthre a augmenté de volume; on l'ouvre, il en sort du sang épanché noir et liquide et un peu de pus.

Le perchlorure de-fer a été remplacé par une potion avec ergot de seigle (1 gramme) continuée pendant deux jours; puis j'y substitue des toniques alimentaires : café et vin de quinquina.

L'émission de l'urine devient facile, mais un léger sentiment d'ardeur persiste en même temps qu'un peu de ténesme caractérisé par de la pesanteur dans les aines.

Les taches hématiques disparaissent assez rapidement; ce sont les ecchymoses sous-cutanées du prépuce et du mollet, ainsi que celles de la conjonctive oculaire, qui tardent le plus longtemps à s'effacer.

Le malade sort le 24 novembre. J'obtins, malgré sa pusillanimité, de le sonder, et je passe sans difficulté une sonde de moyen calibre.

En janvier 1880 sa santé est bonne; mais il éprouve toujours, surtout après une journée d'un travail plus assidu, une sensation désagréable de pesanteur dans les aines.

Marche de la température. — Le 3 novembre, soir, 38°,2. — Le 4, matin, 38°,2; soir, 38°,9. — Le 5, matin, 38°,4; soir, 38°,1. — Le 6, matin, 37°,5; soir, 37°,8. — Le 7, matin, 37°,8; soir, 38°,2. — Le 8, matin, 37°,2; soir, 37°,4. — Le 9, matin; 37°,3; soir, 38°,4. — Le 10, matin, 37°,5; soir, 38°,5. — Le 11, matin, 36°,6; soir, 37°,4. — Le 12, matin, 36°,9; soir, 37°,2.

Les variations de la température doivent être rattachées à l'évolution de la tumeur pénienne.

L'intérêt de cette observation réside, d'une part, dans la simplicité des symptômes, et, de l'autre, dans la relation qui paraît avoir existé entre la lésion intra-pénienne et l'apparition de la maladie.

C'est là un cas type de la maladie de Werlhof dégagé de toute parenté avec le scorbut et aussi éloigné que possible du purpura. Caractérisée par les taches cutanées hématiques, avec desquamation épithéliale, et les ulcères hémorrhagiques de la muqueuse buccale, l'affection modifie si peu l'état général que la question du pronostic ne fut pas agitée. Le sang qui s'écoulait de l'urèthre avait une origine traumatique définie, et il ne survint aucune des hémorrhagies qui font partie de l'évolution du purpura. Mais néanmoins la maladie de Werlhof fait certainement partie du même groupe.

La relation entre la lésion uréthro-pénienne et le développement de la maladie paraît réelle. Le traumatisme de l'urèthre au moyen de la bougie rigide et rectiligne dont, suivant les conseils d'un pharmacien peu scrupuleux, le malade se servait *pour déboucher son canal*, a précédé directement les symptômes hémorrhagiques de la peau et de la bouche. Il y a eu lésion du canal de l'urèthre et épanchement sanguin dans le tissu spongieux péri-uréthral, avec formation consécutive d'un petit abcès, cause de l'état semifébrile du patient. Mais comment expliquer cette relation? est-elle due à l'action de l'urine, qui, par l'absorption de quelques-uns de ses éléments, eût adultéré le sang? J'ai rapporté les faits, et je laisse à de plus compétents le soin d'élucider une aussi difficile question.

Pathologie externe.

De l'épanchement intra-articulaire du genou, consécutif aux fractures du fémur, par M. le docteur Delamare.

Dans une séance de la Société de chirurgie du mois de janvier 1878, à la suite d'une discussion portant sur le sujet que nous voulons traiter, M. le docteur Nicaise disait qu'il faudrait rechercher si l'épanchement du genou a lieu dans les cas de fracture de cuisse par cause directe, par coup de feu par exemple.

Nous avons eu la chance de rencontrer deux cas de ce genre et de faire une autopsie. Aussi nous avons cru intéressant de publier ces observations.

---

rentii archiatri Opera omnia. Parisiis, apud J. Petitpas, J. Fouet, A. Taupinart, M. Durand. Cette simple mention devait empêcher de croire que Martin Durand était le seul éditeur. Si, en effet, la bibliothèque de l'Ecole de médecine possède l'édition de ce dernier libraire, la Bibliothèque nationale a celle d'Adrien Taupinart, et à la Bibliothèque Mazarine le premier volume est de Jean Petitpas, le deuxième de Jean Fouet (2). Comment le titre plus détaillé de la première page : Andreæ Laurentii, etc., Opera omnia, *partim jam antea excusa, partim nondum edita, nunc simul collecta, et ab infinitis mendis repurgata, studio et opera* Guidonis Patini, *Bellovaci doctoris medici Parisiensis,* n'a-t-il pas empêché M. Chéreau de s'imaginer que presque tous les ouvrages de Du Laurens avaient été écrits en français, et que Guy Patin avait mené à bonne fin l'entreprise « considérable » de les traduire en latin? Et pourtant, dans l'énumération des œuvres de Du Laurens, qui vient immédiatement après, Guy Patin a pris le soin de dire, et d'une manière très précise, ce qu'il a traduit du français en latin, savoir : les quatre discours de la vue, des maladies mélancholiques, des catarrhes et de la vieillesse, et les trois opuscules de la goutte, de la lèpre et de la vérole. Il a ajouté (*accessit*) le petit commentaire non encore édité *in Artem parvam Galeni*, et des consultations écrites de la propre main de Du Laurens, qui n'avaient pas été non plus encore éditées. Ainsi l'entreprise considérable de Guy Patin a été, non pas de faire une traduction d'œuvres déjà écrites en latin, mais de les corriger, de traduire le peu que je viens de dire, et de donner au public une édition digne de l'illustre archiatre royal.

I. — L'*Historia anatomica* comprend tout le tome premier, 731 pages, sans compter l'index. Aux éloges connus, Guy Patin a joint le suivant : *In D. Andreæ Laurentii archiatrorum comitis et anatomicorum omnium quotquot sint et*

(2) C'est l'exemplaire donné par Guy Patin à son ami Gabriel Naudé. Au traité, *De mirabili strumas sanandi*, etc., on a fait mettre par le relieur une gravure de P. Fireus, représentant le *Toucher du roi*.

Obs. I. — Le 20 janvier 1880, on amène au bureau arabe de Krenchela le cadavre de la nommée Mebrouka-bent-Taieb, qui avait été assassinée quelques jours auparavant dans la tribu des Ouled-Zeckaîche. Mebrouka-bent-Taieb ayant voulu fuir son mari, ce dernier lui tira un coup de pistolet dont la balle vint lui traverser les deux cuisses. Quelques instants après, le meurtrier, pour achever sa victime, lui déchargea un second coup de feu à bout portant sur le crâne.

Chargé de faire l'autopsie médico-légale, voici ce que nous avons observé au point de vue de la question qui nous occupe. Le projectile de forme sphérique, environ gros comme une balle de fusil calibre 16, a pénétré dans la cuisse gauche à un travers de doigt au-dessous du grand trochanter en fracturant le fémur; puis, après avoir traversé le membre de part en part, a encore eu la force de pénétrer toutes les parties molles de la cuisse opposée et ne s'est arrêté que sous la peau de la face postéro-externe, à deux travers de doigt au-dessous du grand trochanter. Le fémur de ce côté a été respecté. Le trajet de la plaie est donc de gauche à droite, très légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Comme il arrive toujours dans ces sortes de plaies en séton, l'ecchymose accompagnant ce trajet est peu considérable; mais l'épanchement sanguin est cependant très appréciable au niveau de la fracture. Notons en passant que les deux orifices d'entrée et de sortie ont les mêmes dimensions, qui sont celles d'une pièce de 1 franc environ.

Le premier orifice, celui d'entrée, a cela de particulier qu'il présente à son pourtour une ecchymose avec tatouage, ce qui indique que le coup a été tiré d'assez près. Les deux fragments du fémur gauche sont complètement séparés; quelques esquilles se trouvent interposées. Le genou gauche, c'est-à-dire celui du côté où existe la fracture, est beaucoup plus volumineux que le droit; la rotule est manifestement soulevée par un épanchement articulaire. Les culs-de-sac synoviaux périrotuliers sont saillants et bombés, ils débordent de tous côtés; le choc rotulien est manifeste. Le liquide contenu dans l'articulation paraît de nature séreuse. Rien de remarquable dans le genou du côté opposé.

Obs. II. — X..., cavalier au 3e régiment de spahis, reçoit un coup de pied de cheval et est aussitôt apporté dans notre service à l'hôpital de Batna. Nous constatons un raccourcissement et une déformation dans l'axe de la cuisse avec gonflement déjà notable, bien que l'accident soit récent. Tout mouvement spontané de la cuisse et de la jambe est impossible. En prenant d'une main l'extrémité inférieure du fémur, et en maintenant de l'autre le corps de cet os, on parvient sans peine à produire de la crépitation. La moindre pression sur le membre détermine une vive douleur. Le diagnostic est évident: il s'agit d'une fracture du fémur dont le siége est situé à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'os, juste à l'endroit où le choc a porté. Le genou ne présente encore rien de particulier. Nous réduisons la fracture et nous plaçons immédiatement un appareil de Scultet.

De plus, pour qu'il y ait extension continue, nous adoptons un lien de caoutchouc allant de la jambe à l'extrémité du lit. Ce dernier est de plus surélevé du côté des pieds, de façon que le corps du malade attiré vers la tête, fasse par son propre poids contre-extension.

Le lendemain, le blessé souffrant horriblement, nous examinons le membre et nous trouvons l'épanchement beaucoup plus abondant que la veille; de plus le genou est gonflé : la rotule est soulevée. Nous la faisons choquer contre les condyles du fémur : l'hydarthrose, bien que peu considérable, est manifeste. Le même traitement est continué, et le malade sort soixante jours après l'accident, avec 2 centimètres de raccourcissement et encore un peu d'hydarthrose.

Commentaires. — Comment expliquer cet épanchement intra-articulaire du genou consécutif à des fractures du fémur? M. le professeur Verneuil pense que cet épanchement est dû à la contusion indirecte de l'articulation, c'est-à-dire à l'entorse.

Dans les deux cas que nous venons de citer, il est difficile d'invoquer cette cause, puisque les fractures ont été produites par un choc direct. Chez le blessé qui fait le sujet de notre seconde observation, on pourrait encore penser que le coup a été assez violent pour déterminer une entorse de l'articulation fémoro-tibiale; mais quand la fracture est produite par une balle et à un endroit aussi élevé que chez la femme Mebrouka-bent-Taieb, il nous paraît difficile d'admettre l'entorse comme cause de la collection articulaire du genou.

Force nous est donc de nous ranger à l'opinion de MM. les professeurs Gosselin et Berger (Berger, thèse de Paris, 1873), qui l'attribuent à la transsudation séreuse du sang épanché à travers la synoviale.

M. Lannelongue a fait l'autopsie d'un blessé ayant une fracture de fémur par cause indirecte, avec épanchement dans le genou, et a vu que les globules passaient avec la sérosité au travers de la synoviale. Malgré cela, il croit aussi que l'entorse est pour beaucoup dans la quantité de liquide accumulé dans le genou et il concilie les deux opinions, disant que les deux choses ont lieu à la fois, entorse et transsudation du liquide sanguin, à travers la membrane synoviale. Dans les observations que nous venons de citer, nous ne croyons pas à l'existence de l'entorse, et cependant l'épanchement intra-articulaire, bien que peu abondant, n'était pas douteux.

Dans presque toutes les observations que nous avons lues et chez la plupart des malades atteints de fractures indirectes du fémur que nous avons observés, nous avons remarqué que l'épanchement intra-articulaire était d'autant plus abondant que le siége de la fracture était placé plus bas. C'est qu'en effet, plus la fracture est rapprochée des condyles fémoraux, plus l'ébranlement de l'articulation est violent, et par cela même plus il y a de chance pour qu'il se produise une entorse. L'épanchement sous-musculaire doit, en outre, être plus grand autour du cul-de-sac supérieur de la synoviale et transsuder plus facilement à travers ses parois. En résumé, de ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

---

fuerint, primicerii et et antistitis commendationem Epigramma.

Fallopium Patavina colit; Romana Columbum;
Germana Albertum; Flandria Vesalium;
Bauhinum Basiliæ; suum Veneti Parisinum;
Bætica Valverdam tollit ad astra suum;
Pawwinum habent Batavi; stat Sylvius in Parisina;
At te, Laurenti, Gallia tota tenet.

M. Chéreau se trompe également lorsqu'il dit (*Union médicale*, 1861, t. XII, p. 99) que « Guy Patin a fait graver cet éloge sur un portrait du médecin de Henri IV, conservé dans notre grande Bibliothèque de Paris ». Il est possible qu'on ait fait mettre ensuite ces vers de Guy Patin au-dessous d'un portrait d'A. Du Laurens; mais je l'ai cherché sans pouvoir le trouver.

Le tome II contient : II. — *De crisibus libri III*, etc., 108 pages. Au verso du titre est cet éloge : *In eruditissimi præstantissimique viri D. Andr. Laurentii Arelatensis, primarii regis medici et meritissimi in præclaram Vitriobrigum academia cancellarii, doctissimum opus de crisibus.*

Ex Lydio lapide obryzum dignoscitur aurum,
Morbumque adveniens indicat ipsa crisis :
At vero ex crisibus quas jam Laurentius *orbi*
Profert, illius noscitur ingenium :
Scilicet istud opus melius nemo ante peregit,
Nec peraget quisquam, summus in arte licet.

Guido Patinus, Bellovacus, med. Paris.

III. — *De mirabili strumas sanandi*, etc., *libri II*, 79 pages. J'ai seulement à ajouter ici ce nouvel éloge de Guy Patin à ceux qui se trouvent déjà dans l'édition de 1609 :

In clariss. celeberrimique viri D. Andr. Laurentii archiatri tractatum de strumis.

Dum christianus et potens Rex Galliæ
Tangente strumas sanat acres dextera,

1° Toute fracture du fémur, alors même qu'elle n'est pas compliquée d'entorse, peut donner lieu à un épanchement intra-articulaire du genou.

2° Cet épanchement, en général peu abondant, dans les cas de fractures produites par causes directes, ne peut s'expliquer que par la transsudation séreuse du sang à travers la synoviale.

3° A cette cause s'ajoute celle de l'entorse, quand la collection articulaire est abondante, comme cela arrive souvent dans les cas de fractures indirectes du fémur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA RÉSISTANCE DES MOUTONS ALGÉRIENS AU SANG DE RATE. Note de M. *A. Chauveau*. — Une récapitulation générale des expériences comparatives faites par l'auteur montre qu'on y a consacré douze moutons européens de diverses races et quarante-sept moutons algériens.

Les douze moutons européens sont *tous* morts du sang de rate après une *seule* inoculation, exécutée dans les conditions ordinaires (1).

Sur les quarante-sept moutons algériens, huit seulement ont succombé, trente-neuf ont résisté aux inoculations multipliées qu'ils ont subies. Les huit victimes appartenaient toutes à la catégorie des animaux sur lesquels l'inoculation avait été faite dans des conditions spéciales.

Il découle de ces faits que la résistance des moutons algériens au sang de rate doit être considérée comme un caractère très général, et que cette précieuse qualité peut, en toute sûreté, être exploitée dans l'intérêt des opérations zootechniques.

SUR LA CONSTANCE DE LA PROPORTION D'ACIDE CARBONIQUE DANS L'AIR. Note de M. *Th. Schlœsing*. — Les résultats des déterminations de l'acide carbonique dans l'atmosphère, fort divergents d'abord, se sont resserrés entre des limites très voisines, à mesure que les procédés d'analyse ont acquis une précision plus grande; ceux que l'on doit depuis quelques années aux observateurs les plus autorisés, tels que M. Schultze, M. Reiset, etc., ne présentent plus que des différences de 1/15 environ. M. Reiset attribue cette constance du taux d'acide carbonique au brassage incessant de l'atmosphère; c'est cette opinion que M. Schlœsing vient confirmer par diverses considérations. (Renvoi à la section d'économie rurale.)

(1) « Depuis que mon attention est appelée, dit l'auteur, sur la résistance spéciale des moutons algériens, j'ai inoculé, en sus des douze sujets européens qui ont servi dans ces expériences comparatives, une quinzaine de moutons appartenant aux races du sud-est et du centre de la France ou du nord de l'Italie. *Pas un* n'a échappé au sang de rate. Tous sont morts rapidement, à l'exception d'un mouton toscan, qui, après avoir d'abord laissé croire à une immunité absolue, a été tué au bout de neuf jours par une infection bactéridienne localisée fort curieuse, dont je parlerai plus tard. Cependant je n'hésite pas à reconnaître, comme dans ma première note, que les inoculations charbonneuses peuvent échouer sur les moutons de France, et j'ai déjà déterminé l'une des conditions dans lesquelles cela arrive. La constance des succès fournis par mes expériences actuelles tient à ce que j'ai toujours agi dans les mêmes conditions, avec des matières infectantes d'une seule et même provenance. »

SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU THALICTRUM MACROCARPUM. Note de MM. *Bochefontaine* et *Doassans*. — Des expériences ayant démontré à M. Doassans que l'extrait de *Thalictrum macrocarpum* est toxique, celui-ci tenta d'en séparer la partie active, et c'est alors qu'il retira des racines de ce pigamon pyrénéen une matière colorante cristallisée en petits prismes jaune clair, non azotée, dépourvue de propriétés physiologiques évidentes, ainsi que l'a constaté M. Vulpian, et qu'il désigna sous le nom de *macrocarpine*. M. Doassans entreprit de nouvelles recherches afin d'isoler l'élément actif de l'extrait de *Thalictrum*, et il obtint un autre corps, cristallisable sous forme d'aiguilles ténues, incolores, groupées autour d'un centre commun, à peine solubles dans l'eau, solubles dans l'alcool, possédant les réactions des alcaloïdes, et capables de se combiner avec des acides pour former des sels solubles dans l'eau; il donna à cette substance le nom de *thalictrine*.

L'étude expérimentale dont il s'agit aujourd'hui a été poursuivie, dans quelques cas, avec la thalictrine elle-même, le plus souvent avec l'extrait de *Thalictrum*. Elle a été faite sur des grenouilles et sur des mammifères, tels que chiens, lapins, cobayes, et ses résultats nous ont paru mériter d'être présentés à l'Académie.

Chez la grenouille, la dose d'extrait inséré sous la peau et nécessaire pour déterminer la mort est de 2 ou 3 centigrammes; l'animal meurt dans l'espace de trois à quatre heures. La thalictrine étant très peu soluble dans l'eau, nous avons dû rechercher sa puissance toxique au moyen de ses sels, les sulfate et chlorhydrate de thalictrine, qui sont mortels, à la dose de 2 à 5 milligrammes, dans l'espace de vingt à quarante minutes environ.

Chez les mammifères, comme le chien 1 gramme ou 1gr,5 d'extrait de *Thalictrum* injecté dans une veine donne la mort au bout de cinq à dix minutes. Introduit sous la peau, à la dose de 3 à 4 grammes, l'extrait tue dans un intervalle de temps qui varie entre trois et six heures.

La grenouille qui a reçu de la thalictrine perd sa motilité spontanée, puis sa motilité réflexe dans toutes les parties du corps, excepté dans les globes oculaires. Ces derniers mouvements finissent par disparaître, et le cœur, irrégulier d'abord, puis ralenti progressivement, s'arrête en diastole.

Sur le chien, les premiers symptômes de l'intoxication consistent dans un état de somnolence avec affaiblissement général,

---

Summus Dynastes audit, et Asclepius :
Miranda sed dum Regis hæc LAURENTIUS
Sermone docto prodit, et ortam polis
Aperire cunctis nititur potentiam,
Dubium relinquit, sitne Rex illustrior
Isto libello, sit vel ipse doctior.

Guido PATIN, Bellovacus, med. Par.

IV. — *Tractatus de visus conservatione, de morbis melancholicis, catarrhis et senectute*, ab Andrea Laurentio, archiatro regio et cancellario in celeberrima academia Monspeliensi, gallico idiomate primum editi; et nunc vero latini facti a Guidone PATINO, Bellovac., doct. med. Paris., 141 pages.

Guy Patin dédie sa traduction à très noble et très illustre homme André Du Laurens, seigneur de Ferrières, fils unique du célèbre archiatre. C'est dans la préface au lecteur de ces quatre traités que Guy Patin a exposé tout le plan de son édition. Les œuvres d'André Du Laurens, y est-il dit, sont connues de toute l'Europe. Quelques-unes, non encore éditées, sont perdues. Bien que l'*Historia anatomica* et le *De crisibus*, si recherchés des étudiants, aient été imprimés et réimprimés à Lyon, à Paris, à Rouen, à Francfort et dans plusieurs autres endroits, on n'en trouve presque plus à acheter. Guy Patin a donc engagé les libraires à publier une nouvelle édition, dont il s'est chargé. Il dit ensuite l'ordre qu'il a cru devoir adopter dans cette publication : 1° *Historia anatomica*. — 2° *De crisibus*. — 3° *De strumis*. — 4° Le quadruple traité édité en français par l'auteur, et qu'il a traduit en latin. — 5° Quelques opuscules tirés des lectures que Du Laurens avait faites en 1587 et 1588 aux chirurgiens, lorsqu'il était professeur à Montpellier. Ils étaient en français. Guy Patin les a donc traduits en latin; mais il ajoute *nondum in lucem edita*, et cependant ces opuscules avaient été publiés à la fin de la traduction de Théophile Gelée, en 1613 et 1621. Cela veut dire peut-être qu'ils n'avaient pas été tirés à part ou qu'ils n'avaient pas encore paru en latin. — 6° Guy Patin

bientôt accompagné de vomissements répétés, de défécation et de miction. La pression sanguine diminue considérablement. L'affaiblissement paralytique augmente rapidement, sans convulsions, et la sensibilité générale disparaît presque totalement. Les battements du cœur sont énergiques, tandis que le pouls est accéléré et très faible. La respiration est plus fréquente et les mouvements respiratoires deviennent plus amples. Tout d'un coup l'animal, qui s'est affaissé complètement, pousse des cris aigus de douleur; il est pris d'une convulsion générale suprême, les pupilles sont dilatées, et l'on peut s'assurer que les respirations et les pulsations cardiaques, devenues plus lentes, sont arrêtées. Le cœur est alors définitivement arrêté, tandis que les mouvements respiratoires reparaissent encore quelques instants. Toutefois, si la quantité de substance n'est pas trop considérable, la période terminale qui suit cette convulsion générale peut se prolonger pendant un certain temps, la respiration rappelant quelques mouvements du cœur, mais jamais l'animal ne revient à la vie. Aussitôt après la mort, on voit que l'excito-motricité des nerfs et la contractilité musculaire sont diminuées, et que les courants faradiques les plus intenses sont impuissants à provoquer la moindre contraction du cœur.

Ces recherches, qui doivent être complétées, autorisent à conclure que la thalictrine porte son action d'abord sur le système nerveux central encéphalo-médullaire, puis sur le cœur, pour en arrêter les fonctions et en abolir les propriétés, qu'elle atteint l'excito-motricité nerveuse et diminue la contractilité musculaire.

Académie de médecine

SÉANCE DU 22 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit :

1° Une lettre de M. le docteur Pierre Thomas, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.) — 2° Une lettre de M. le docteur Niepce, d'Allevard, qui sollicite le titre de membre correspondant. — 3° Une lettre de M. le docteur Barella (de Bruxelles), qui appelle l'attention de l'Académie sur le congrès relatif à l'alcoolisme, qui se tiendra à Bruxelles dans les premiers jours d'août.

M. *Larrey* présente : 1° La deuxième édition du livre d'Adolphe Richard intitulé : *Pratique journalière de la chirurgie*, annoté et mis au courant de la science par M. le docteur Crauk. — 2° Au nom de M. le docteur Guichot, une brochure intitulée : *Histoire de la médecine à Troyes*. — 3° Au nom de M. le docteur Erhmann (de Mulhouse), une brochure contenant le compte rendu de la séance anniversaire de la fondation de la Société médicale du Haut-Rhin.

M. *Villemin* présente, au nom de M. le docteur Yvert, médecin aide-major au Val-de-Grâce, un mémoire sur les kystes transparents des paupières, dont l'auteur place le siège dans les glandes sébacées.

M. *de Villiers* présente, au nom de M. le docteur Charnoux, médecin consultant à Vichy, un travail manuscrit intitulé : *Étude sur les effets dialytiques des eaux de Vichy sur les diabétiques.*

M. *Guéniot* présente, au nom de M. le docteur Puy le Blanc, une brochure intitulée : *Du climat de Royat.*

M. *Hillairet* présente, au nom de M. le docteur Paul Fabre, deux mémoires intitulés : 1° *De l'anoxémie des houilleurs;* 2° *Du rôle des parasites animaux dans les mélanodermies.*

M. *le Secrétaire perpétuel* signale, dans la correspondance, l'envoi de divers ouvrages pour les prix de l'Académie.

Élections. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. La section place les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Méhu; en deuxième ligne, M. Baudrimont; en troisième ligne, M. Prunier; en quatrième ligne, M. Marty. Le nombre des votants étant de 66, majorité 34, M. Méhu obtient 58 suffrages, M. Baudrimont 5, M. Prunier 1, bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. *Méhu*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de pharmacie.

Fonctions de la trompe d'Eustache. — M. le docteur *Gellé* donne lecture d'une étude physiologique et expérimentale sur les fonctions de la trompe d'Eustache.

La trompe est-elle constamment béante, comme les narines? ou bien est-elle fermée par l'accolement de ses parois, comme le canal de l'urèthre, par exemple? Une question connexe est celle du rôle des muscles tubaires et staphylins dans la circulation de l'air vers les caisses.

Les cavités tympaniques ne sont pas résonnantes. M. Fournier en a conclu qu'elles sont ouvertes, et que c'est la trompe d'Eustache qui forme cette ouverture; mais le courant sonore sort de l'oreille par la même voie qui lui a permis d'entrer : le conduit auditif externe, toujours béant.

La membrane du tympan, qui est l'organe de transmission par excellence des sons de l'air aux parties solides et liquides de l'oreille (expériences de Muller), facilite encore leur sortie en sens inverse, et bien mieux qu'une ouverture véritable : la caisse n'est donc pas une cavité close à proprement dire.

Dans l'espèce, il s'agit ici d'éviter la résonnance intratympanique des bruits apportés par les os du crâne, ceux dus à la circulation, à la déglutition, à la phonation, etc. ; les qualités vibratoires du tympan assurent la sortie de ces bruits d'une façon certaine et suffisante.

Laennec ne nous a-t-il pas appris à ausculter par le conduit auditif externe la circulation de l'air dans les cavités auriculaires?

Le médecin auriste utilise le phénomène de l'écoulement des sons crâniens par le méat pour l'auscultation otoscopique. Les souffles, claquements, crépitation, etc., ont tous leur valeur séméiotique et pratique. Politzer a montré ce que vaut l'auscultation objective que M. Gellé a simplifiée sous le nom de *transauriculaire*. C'est l'analyse des modifications subies par un son transmis par les os du crâne à travers l'oreille.

Le conduit auditif externe est donc la voie naturelle d'écoulement des vibrations sonores, et c'est la seule. En effet, Politzer, Lucæ, Trœltsch et à leur suite tous les auristes ont constaté que l'oblitération du méat cause le retentissement des sons crâniens, la résonnance.

En modifiant l'écoulement naturel des sons par ce conduit, on modifie l'audition du même coup. Si cela est démontré, il sera logique de conclure que nulle autre voie ne supplée à

---

a ajouté (*his etiam addidimus*) un petit (*brevem*) commentaire sur le livre de Galien qu'on appelle *Ars parva*, et en particulier la partie de la médecine qui traite de la séméiotique, rédigé par Jean Aubery (de Moulins), élève d'André Du Laurens, d'après les leçons (*prælectionibus*) faites à Montpellier en 1589 et 1590. Ce commentaire, écrit de la propre main d'Aubery, « m'avait été donné, dit Guy Patin, par le sieur Gabriel Naudé (de Paris), jeune homme très instruit, etc. : *Cujusquidem commentarii, propria D. Auberii manu exarati, copiam mihi fecit D. G. Naudæus Parisinus, juvenis eruditissimus*, » etc. — 7° « Enfin, grâce » à l'obligeance du sieur Antoine Du Laurens, avocat du roi » en son conseil privé, et le très digne frère de notre célèbre » auteur, Aubery, fils de Jean, et médecin aussi à Moulins, » m'a confié (*mihi commissa sunt*), pour les faire imprimer, » des consultations médicales, parmi lesquelles quatorze ont » été choisies, ayant trait à diverses affections et cas difficiles » qui se présentent fréquemment dans la pratique. »

J'ai été obligé d'insister sur tous ces petits détails historiques arrangés par M. Chéreau. Pour lui, le commentaire était écrit de la main même de Du Laurens et avait été donné à Guy Patin par Jean Aubery (1). Quant aux consultations, il n'est question pour M. Chéreau ni d'Antoine Du Laurens, ni du fils de Jean Aubery. C'est Gabriel Naudé qui les a confiées à son ami! Comment notre confrère peut-il s'être trompé à ce point!

Guy Patin n'a ajouté que quelques brèves annotations (*annotatiunculas*) aux opuscules posthumes, comme il les appelle; mais, rien que dans l'*Historia anatomica*, il a corrigé plus de deux mille erreurs notables, etc., etc.

V.—*Tractatus III de arthritide, elephantiasi seu lepra et lue venerea*, 84 pages. — La dédicace de Guy Patin, le traducteur (*interpres*), est adressée à très noble et très savant homme le sieur Richard Du Laurens, conseiller et médecin

(1) Que M. Chéreau persiste à appeler J. Auber.

celle-là, et par suite que c'est à tort qu'on a fait jouer ce rôle à la trompe d'Eustache.

M. Gellé termine son travail en exposant les nombreuses expériences démonstratives qu'il a pratiquées pour élucider cette question et pour lesquelles nous renvoyons au BULLETIN.

RAPPORTS. — M. *Lagneau* donne lecture de deux rapports : le premier est relatif à un travail de M. le docteur *Bancel* (de Melun) intitulé : *Etude sur les causes de décès dans le département de Seine-et-Marne en* 1878; le second se rapporte à un travail de M. le docteur *Costa* intitulé : *Etude statistique et médicale sur le recrutement dans le département du Nord.*

Les conclusions de ces deux rapports sont adoptées après quelques observations échangées entre MM. Larrey, Rochard et Lagneau sur l'abaissement de la taille en France.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 16 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Correspondance. — Coup de revolver dans l'oreille; hémorrhagies; ligature de la carotide primitive droite, puis de la carotide primitive gauche; mort. — Inversion utérine; ablation de l'utérus par la ligature élastique. — Goitre suffocant; trachéotomie. — Vice de conformation du globe oculaire. — Présentation d'instruments.

La correspondance comprend : 1° *De l'éther et du chloroforme*, par M. *Simonin* (de Nancy); 2° une observation de M. *Rediez* (de Lille) : *Kyste développé aux dépens du sinus maxillaire ; drainage ; guérison ;* 3° *Traité des maladies des voies urinaires chez l'homme*, par M. *Christian Smith ;* 4° *Optique physiologique*, par M. *Badal.*

— M. *Cruveilhier* fait un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Albert Desnout* (de Bordeaux). Coup de revolver dans l'oreille droite; surdité et hémiplégie faciale; hémorrhagie; mort.

Un homme de quarante-cinq ans se tira un coup de revolver dans l'oreille droite. M. Desnout donna le chloroforme pour retirer les esquilles et le projectile. Quinze jours après, survint une hémorrhagie grave; on fit la ligature de l'artère carotide primitive droite : il ne survint aucun accident. Mais les hémorrhagies reparurent. M. Desnout se décida à lier la carotide primitive du côté opposé. Le malade mourut quinze heures après cette opération.

A l'autopsie, on trouva le rocher fracturé et une solution de continuité à la carotide interne droite au niveau du canal carotidien.

Si M. Desnout avait employé le stylet de Trouvé, il eût pu s'assurer du siège exact du projectile avant d'intervenir. Le diagnostic du vaisseau lésé est important; mais en liant la carotide primitive on se met à l'abri de toute cause d'erreur. Enfin, sur les trois cas de ligature double à la carotide primitive pour hémorrhagies, il y a eu trois morts.

— M. *Périer* a eu dans son service deux femmes atteintes d'inversion utérine ; chez l'une, la maladie datait de six mois ; chez l'autre, de six semaines; hémorrhagies fréquentes chez les deux.

M. Périer a essayé la réduction par le procédé de M. Courty; n'obtenant aucun résultat, il résolut d'intervenir chirurgicalement par la ligature élastique. Il appliqua d'abord un fil de soie sur le pédicule de la tumeur, et ensuite un fil élastique qu'on pouvait serrer progressivement au moyen d'une tige à crémaillère.

Dans un premier temps, l'utérus est amené au dehors au moyen d'une pince à mors demi-circulaires et revêtus de caoutchouc.

Deuxième temps : Passer un anse de fil en soie au-dessus des mors de la pince et engager les bouts du fil dans l'œillet qui termine la crémaillère sans faire de nœud, si ce n'est après.

Troisième temps : Nouer l'anneau en caoutchouc au même niveau que le fil de soie.

Quatrième temps : Saisir avec un crochet la partie libre de l'anneau en caoutchouc et l'accrocher à un cran de la crémaillère. Enfin rentrer l'utérus dans le vagin.

La douleur, d'abord très aiguë, cesse au bout de cinq à six jours. Injections avec une solution de chloral dans le vagin, et de temps en temps changer de cran l'anneau en caoutchouc. L'utérus se détacha le quatorzième jour chez une malade et le vingtième jour chez l'autre. Le col retrouva rapidement son aspect normal et les malades reprirent leurs occupations. Depuis, les hémorrhagies ont cessé.

M. *Guéniot*. Le procédé de réduction de Courty ayant échoué, M. Périer aurait pu tenter la compression élastique avec un ballon en caoutchouc introduit dans le vagin; il eût peut-être réussi. M. Guéniot aurait voulu voir M. Périer comparer son procédé non seulement aux autres ligatures élastiques, mais encore aux autres méthodes opératoires. La ligature élastique sectionne, tandis que, dans les deux observations de M. Périer, la séparation s'est faite par gangrène, ce qu'on cherche à éviter maintenant.

M. *Le Fort*. En effet, la ligature n'a pas coupé, et la section s'est faite bien au-dessus; cela tient à la forme de l'instrument employé par M. Périer. Cet instrument est à crochet et le sommet du crochet comprime l'utérus au-dessus de la ligature.

M. *Després*. M. Périer n'a point enlevé l'utérus en entier ; dans les deux cas, l'inversion était incomplète. M. Després va

---

du roi, très illustre frère de l'archiatre André Du Laurens.

Parmi les notes ou scholies dont Guy Patin a enrichi ces trois opuscules (j'ajoute : en y faisant parade de son érudition et de son esprit), M. Chéreau en a cité deux au hasard, mais très probablement d'après un simple coup d'œil? Dans la première, qui a pour titre, page 63 : *De varia luis venereæ apud varias gentes denominatione*, il voit tout un chapitre sur l'origine tant combattue de la maladie vénérienne. « Guy Patin, dit-il, y défend la provenance » américaine, et soutient que... » Mais cette légende était admise par tout le monde et par Du Laurens lui-même. Guy Patin, loin de la soutenir, s'en moque, au contraire, très agréablement. « Ex India enim primum ab Hispanis delatus » est in Italiam, unde Galli, post captam Neapolim domum » redeuntes, hunc fructum Neapolitanum detulerunt. *Sed hæc » ridendi quam rodendi gratia, potius dicta sunt.* » Guy Patin fait remarquer seulement que la contagion américaine (*lues indica*) a été communiquée aux Italiens, et que ces derniers ont cherché, bien à tort, à lui donner le nom de *mal français*. Il termine d'ailleurs sa note par l'énigme si connue de Serranus, médecin de Lyon, qui exprime si bien l'origine douteuse de cette maladie :

India me novit; jucunda Neapolis ornat;
Bætica concelebrat; Gallia; mundus alit.
Indi, Itali, Hispani, Galli, vosque orbis alumni,
Deprecor ergo, mihi dicite quæ patria?

M. le professeur Parrot a donné une solution bien inattendue en prouvant que la syphilis existait dans les temps préhistoriques, à l'époque des dolmens.

Quant à la deuxième scholie (p. 65), *De morbis formæ a Fernelio propositis*, il a suffi à M. Chéreau de voir le mot FORMÆ, mis à côté du nom de Fernel, pour en conclure que cette scholie « établissait les diverses formes de la maladie telles que les avait proposées Fernel ». Or, il s'agissait de la nature de la syphilis. « *Quid sit lues venerea?* » Était-ce une

montrer un exemple d'inversion complète, et dire les dangers auxquels on s'expose quand on touche à un utérus inversé complètement.

Une femme de quarante-quatre ans, vierge, avait depuis cinq ans des règles hémorrhagiques, elle était épuisée par les hémorrhagies. A chaque époque, il sortait quelque chose par le vagin. Il y a un an, elle rendit une petite tumeur du volume d'un pruneau (c'était un polype), et elle fut tranquille pendant plusieurs mois. Puis l'utérus sortit encore. Quand la malade entra à l'hôpital Cochin, elle était épuisée; fièvre ; leucorrhée; langue sèche ; diarrhée incoercible.

M. Desprès put s'assurer que l'utérus était complètement renversé. L'hymen était intact. Par le toucher vaginal, le doigt conduit au-devant de la tumeur arrivait sur un vide, et de chaque côté de ce vide rencontrait les annexes de l'utérus. Sur la tumeur, on aperçoit les orifices des trompes. Des artères volumineuses battent dans le tissu utérin. La muqueuse est en partie détruite par ulcération et le tissu utérin est à nu. Au sommet de la tumeur se voient des traînées et des raies rappelant l'arbre de vie.

La malade resta en observation du 14 avril au 13 mai ; la réduction était impossible et la malade demandait une opération. M. Desprès appliqua un clamp sur le pédicule de la tumeur et serra les deux extrémités avec un caoutchouc. La malade mourut, le troisième jour, d'infection purulente, suite de phlébite utérine.

On voit, sur la pièce, que l'utérus est hypertrophié et que les deux trompes descendent jusqu'au fond du cul-de-sac; le clamp n'a pas eu le temps de couper, mais il commençait à provoquer des adhérences. Pas de péritonite. Enfin, on voit qu'il s'agit bien d'un renversement total de l'utérus.

M. *Lucas-Championnière* doute que M. Guéniot eût pu réduire la tumeur chez les malades de M. Périer; il n'y avait point espoir de réduction. Dans ces cas, l'écraseur a donné de mauvais résultats et la ligature élastique des résultats heureux.

M. *Trélat*. La section s'est faite au-dessus du coude de l'instrument, et cela ne s'explique pas. Les ligatures agissent en coupant les parties qu'elles étreignent. Ne pourrait-on pas employer un fil élastique au lieu d'un fil de soie? on obtiendrait peut-être ainsi l'action ordinaire de la ligature élastique.

M. *Desprès* a présenté à la Société de chirurgie la pièce anatomique et le modèle en plâtre.

— M. *Terrillon* présente un malade qui a eu un goître suffocant. Une nuit, ce jeune homme eut de tels phénomènes de suffocation qu'on l'amena le matin à l'hôpital, asphyxiant. M. Terrillon pratiqua la trachéotomie avec le thermo-cautère ; il ouvrit la trachée avec le bistouri. Les jours suivants, il releva le corps thyroïde d'un côté d'abord, puis de l'autre Quand on essaya d'enlever la canule, des accidents de suffocation survinrent, quoique le corps thyroïde ne descendît plus. Rose (de Zurich) explique cette suffocation consécutive à l'opération, en disant qu'il y a un ramollissement des anneaux de la trachée, suite de la compression produite par le corps thyroïde; s'il en est ainsi, ce n'est qu'à la longue que l'on pourra enlever définitivement la canule.

— M. *Guéniot* présente un enfant de deux ans, atteint de vice de conformation des globes oculaires. A droite, une petite tumeur blanchâtre existe à l'union de la cornée avec la sclérotique ; à gauche, la tumeur est sur la cornée.

— M. *Terrillon* présente, au nom de M. Abadie, un sclérotome et une pince à double fixation.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 12 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Rôle respiratoire du cuivre chez les invertébrés : M. Frédéricq. — Caractères des sérums du horse-pox, du cow-pox et du vaccin jennérien : M. Mégnin. — Mesure de la puissance chromatique de l'œil : M. Galezowski. — Contribution à l'étude du choc précordial : M. Rosolimos. — Effets des appareils réfrigérants simplifiés : M. Dumontpallier.

M. *Frédéricq* (de Gand) réclame la priorité sur la découverte du rôle respiratoire du cuivre chez les invertébrés.

La Société, sur la proposition de M. Pouchet, décide qu'un exposé historique de la question sera publié pour permettre d'apprécier les droits de chacun.

— M. *Mégnin*. Des échantillons de vaccin provenant du cheval, de la vache et de l'homme ayant été confiés à M. Mégnin pour en faire l'examen microscopique, l'auteur est arrivé aux résultats suivants :

Une première préparation, obtenue en vidant sur une lame de verre le contenu d'un tube à vaccin rempli dans une pustule d'une génisse sur laquelle on commençait la culture du *horse-pox* fourni par un cheval d'origine allemande, a montré des microbes groupés ou isolés flottant dans le sérum ou adhérant à des cellules épithéliales, au milieu de quelques globules gras. Ces microbes sont sporuliformes et ont uniformément 1/1000 de millimètre de diamètre.

Une deuxième préparation, obtenue avec du vaccin frais d'une autre génisse, sur laquelle on cultivait depuis longtemps du *cow-pox* dit de Beaugency ou du *cow-pox* d'origine italienne, a montré, englobés dans des coagulums fibrino-albumineux ou flottant dans le sérum, groupés ou isolés, en com-

---

maladie de la forme ou de la matière? Galien n'admettait dans les maladies des parties similaires que l'intempérature (*morbus intemperiæ*). Pour Fernel, il y avait les maladies de la forme et les maladies de la matière. La note de Guy Patin se borne à indiquer les passages des auteurs qui sont contraires à l'opinion de Fernel, depuis J. Argenterius jusqu'à Daniel Sennert. Rien des formes de la syphilis.

VI. — *Andreæ Laurentii professoris regii Monspeliensis Annotationes in Artem parvam Galeni in ea quæ spectant ad simioticam* (1) *medicinæ partem, dictatæ Monspelii ann.* 1589 et 1590. 50 pages. — A la 51e, Guy Patin a placé les éloges suivants, qui se trouvaient probablement sur le manuscrit de J. Aubery.

In laudem R. D. A. Laurentii Joannes Auberius humill. discip.

Istius unanimes habitant sub cortice libri
Hermès, Phœbus, Amor, Musa, Minerva, Charis.

I. Aubery.

In therapiam D. Laurentii.

Ex aliis paleas, ex istis collige grana.

I. Aubery.

VII. — *Andreæ Laurentii... consiliorum medicinalium libellus, nunc primum a Guidone Patino d. m. p. collectus et in lucem editus.* 14 consultations. 82 pages.

Voilà cette fameuse édition des œuvres complètes d'André Du Laurens, par Guy Patin, qui a été pour M. Chéreau l'occasion d'erreurs regrettables. Le privilége, daté d'Etampes, le 28 septembre 1627, est donné à Taupinart. Par un autre acte du 4 novembre de la même année, il a traité *par quart* avec les autres libraires, J. Petit-Pas, J. Fouet, M. Durand.

(1) Signes et causes.

pagnie de quelques globules sanguins rouges, des microbes exactement semblables et de mêmes dimensions que ceux de la première préparation.

Une troisième préparation, obtenue en délayant dans une goutte d'eau du vaccin en plaques de l'Académie de médecine, a montré des microbes flottant dans l'eau, semblables aux précédents, mais d'un diamètre plus petit d'un cinquième.

Une quatrième préparation, obtenue en vidant sur une lame de verre le contenu d'un tube à vaccin rempli dans une pustule du bras d'un enfant vacciné à l'Académie de médecine, a montré des microbes exactement de même dimension que ceux de la préparation n° 3, groupés ou flottant au milieu du sérum avec quelques globules rouges ou emprisonnés dans des coagulums.

Le lendemain du jour où avaient été faites les observations précédentes, en examinant ses préparations lutées à la cire, l'auteur a été témoin d'un fait curieux : dans la première préparation (*horse-pox*), les microbes avaient pullulé dans leur propre sérum, au point de donner à ce liquide une apparence laiteuse; l'examen microscopique les montrait tellement abondants qu'ils se touchaient en formant plusieurs couches et couvraient tout le champ de la préparation. Dans la deuxième préparation (*cow-pox*), le même phénomène s'était produit, mais d'une manière moins intense; le sérum était seulement opalin, et les microbes se montraient aussi très abondants, se touchant aussi, mais formant des couches moins épaisses. Dans les troisième et quatrième préparations aucun changement ne s'était produit; mais six jours après le sérum de la quatrième préparation est devenu aussi légèrement opalin et les microbes avaient abondamment pullulé.

Peut-on conclure de ces faits que l'énergie vitale ou végétative est d'autant plus grande chez le microbe du vaccin que ce vaccin est plus près de son origine équine? M. Mégnin dit qu'il a lieu de le penser.

— M. *Galezowski* présente à la Société un chromatoscope et un carnet portatif pour mesurer la faculté chromatique de l'œil.

Les recherches sur la perceptivité colorée de la rétine ont pris, dans ces derniers temps, un très grand développement. L'auteur est le premier qui ait, en 1862, attiré l'attention sur la nécessité d'examiner tous les yeux malades au point de vue de la distinction des couleurs. Il a démontré que les atrophies des papilles, les amblyopies toxiques et hystériques, les rétinites syphilitiques sont caractérisées par une cécité partielle ou totale pour les couleurs. Mais, pour se rendre un compte exact de ce phénomène, il est nécessaire d'avoir une échelle chromatique plus ou moins constante.

En modifiant légèrement le polarisateur biréfringent d'Arago, qui se compose de deux prismes de Nicol et d'une plaque de cristal de roche, on parvient à obtenir les couleurs spectrales, mais elles ne sont pas suffisamment tranchées. M. Galezowski a préféré faire construire un chromatoscope à verres de couleur qu'on fait tourner autour de leur axe, dans un tube muni d'une lentille grossissante. Cet appareil est portatif, très facile à manier, et le malade pourra aisément y apercevoir les couleurs, qui passent les unes après les autres dans le tube. Cet instrument a été construit par l'opticien Lutz.

— M. *Rosolimos* (d'Athènes) lit une nouvelle note sur la théorie du choc précordial. Il admet que le choc résulte, non du durcissement brusque des ventricules au moment de leur systole, mais de la réaction du sang sur la face inférieure des valvules auriculo-ventriculaires. Sa note est surtout consacrée à la discussion des opinions courantes, et, dans une prochaine communication, il se propose de démontrer que, « contrairement à l'opinion de tous les physiologistes, les tracés cardiographiques confirment l'opinion de Parchappe ».

— M. *Dumontpallier* a modifié en le simplifiant l'appareil tubulaire à réfrigération qu'il a présenté à la Société : il fait usage de deux vases de même capacité communiquant l'un et l'autre avec les tubes de la couverture réfrigérante. L'un de ces vases, étant élevé à 60 centimètres au-dessus du plan du lit, fonctionne comme réservoir, tandis que l'autre, déposé sur le sol, fonctionne comme récipient. Quand la provision d'eau contenue dans le premier s'est écoulée dans le second, il suffit d'élever celui-ci pour en faire un réservoir, l'autre devenant le récipient. On peut ainsi, avec une petite quantité d'eau et une faible pression, obtenir les mêmes effets qu'avec l'écoulement d'eau continu sous forte pression.

Dans ses recherches, M. Dumontpallier a étudié la marche de la température aux différentes heures du jour et de la nuit; ces variations horaires se ramènent à la formule suivante : la température s'élève graduellement de huit heures du matin à six ou huit heures du soir; elle s'abaisse régulièrement de six ou huit heures du soir à minuit, et reste stationnaire au chiffre minimum de minuit à huit heures du matin. Il suffirait donc, pour soustraire les malades à l'action d'une température anormalement élevée, d'abaisser cette température de huit heures du matin à huit heures du soir.

M. *Rabuteau*, à propos des faits précédents, cite les observations qui établissent que la température explorée dans le vagin de la femme reste constante pendant vingt-cinq jours, s'abaisse un ou deux jours avant les règles, se relève et atteint son maximum pendant la période menstruelle, et ne revient à sa valeur initiale que quatre jours après la cessation des règles.

M. *Dumontpallier* considère la température rectale comme offrant seule des garanties.

QUELQUES REMARQUES SUR LA BIOGRAPHIE D'ANDRÉ DU LAURENS.

André Du Laurens, né le 9 décembre 1558, à Tarascon (1), dans le diocèse d'Arles, passa sa jeunesse dans cette dernière ville, où son père était médecin. C'est sans doute à cause de cette double circonstance que jusqu'à présent toutes les biographies le disent d'Arles (*Arelatensis*). En 1575, sa mère (2) restait veuve avec onze enfants. Elle était sœur d'Honoré Castellan, conseiller médecin ordinaire de Henri II, François II et Charles IX, et premier médecin de la reine Catherine de Médicis. Il mourut en 1569, au camp de Saint-Jean-d'Angely, évidemment trop tôt pour elle et ses nombreux enfants, qui néanmoins arrivèrent presque tous à de hautes positions : Honoré, l'aîné, fut archevêque d'Embrun; Gaspard, archevêque d'Arles; André, premier médecin d'Henri IV; Richard, seigneur de Chivry, conseiller et médecin de Louis XIII; Jean, capucin, sous le nom de Père Jérôme; Julien, théologal de l'église de Saint-Trophime, à Arles; Antoine, le plus jeune, mort en 1647 à quatre-vingt-trois ans, conseiller au parlement. Des filles, on ne connaît que Jeanne, mariée à un sieur Gleyse, celle qui a laissé des mémoires manuscrits conservés à la bibliothèque d'Arles, et que M. Chéreau a pu consulter. Ils sont datés du 1er juillet 1631 (*loc. cit.*). Une autre fille a épousé un sieur Achard. Leur fils Charles a fait des vers élogieux sur le livre de son oncle, l'*Historia anatomica*, qui les a ainsi fait passer à la postérité.

Je ne crois pas nécessaire de revenir sur les opinions différentes de Guy Patin et d'Astruc relativement à la jeunesse d'André Du Laurens. Le résumé qui suit va les mettre d'accord. Il paraît certain que le futur archiatre de Henri IV alla étudier la médecine à Avignon, où il reçut le bonnet de docteur (en 1578, selon M. Chéreau). C'est après qu'il vint à Paris assister, non pas pendant sept ans, comme on l'a dit,

(1) Selon M. Chéreau, d'après des documents inédits. (*Union médicale*, 1861, t. XII, p. 51.)

(2) Louise Castellan et non pas de Castellan, comme l'a écrit M. Chéreau (*loc. cit.*).

SÉANCE DU 19 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Comparaison de la force et de la fréquence des battements du cœur qui a subi ou non l'influence d'arrêt du pneumogastrique : M. Brown-Séquard. — Phénomènes nerveux d'origine gastrique : M. Leven. — Sur le développement de l'œuf des poissons : M. Henneguy. — Critique des observations de thermométrie péricrânienne : M. François-Franck. — Sclérose unilatérale du bulbe et faisceau superficiel surajouté du côté opposé : M. Geffrier.

M. *Brown-Séquard* a comparé la fréquence et la force des battements de deux cœurs, l'un normal, l'autre ayant subi l'influence d'arrêt du pneumogastrique. Il a fait sur ce sujet un grand nombre d'expériences, desquelles il résulte que le cœur *inhibé*, enlevé comme le cœur normal par la section des vaisseaux de la base, a battu environ deux fois plus vite. Ainsi, tandis qu'une série de cœurs de lapins chez lesquels on avait fait l'excitation du pneumogastrique ont donné une moyenne de 648 battements par minute après leur ablation, une autre série normale a donné seulement une moyenne de 373.

Non seulement, dit M. Brown-Séquard, les battements du cœur primitivement inhibé sont fréquents, mais ils sont aussi plus énergiques.

Il se réserve de discuter plus tard la théorie générale de ces faits et d'un grand nombre d'autres analogues; mais il ne peut s'empêcher de faire remarquer, dès maintenant, qu'en même temps qu'on provoque les phénomènes d'*inhibition*, on en produit d'autres qui sont exactement inverses, et qu'il a groupés sous la désignation de *dynamogénie*. Ainsi, quand on coupe le sciatique d'un côté, quand on fait une hémisection de la moelle ou du bulbe, on voit que les fonctions de l'hémisphère cérébral correspondant sont atténuées, celles de l'hémisphère opposé exagérées. Il se pourrait qu'il en fût de même pour le cœur préalablement soumis à l'influence d'arrêt du pneumogastrique.

— M. *Leven* insiste sur la provenance gastrique d'un certain nombre de phénomènes nerveux médullaires et cérébraux qu'on a attribués souvent, les uns à l'hystérie, les autres à l'hypochondrie.

Ainsi les névralgies, dermalgies, hyperesthésies musculaires et articulaires du côté gauche, considérées comme causées par l'hystérie, ne sont, le plus souvent, que des irradiations des lésions de l'estomac. De même encore l'hypochondrie, que les aliénistes décrivent comme une névrose spéciale, résulte fréquemment, soit d'une dilatation de l'estomac, soit d'une autre affection de cet organe. En raison de l'opinion courante sur la nature de ces phénomènes nerveux, on traite les malades par les préparations de fer et de quinquina, qui ne font qu'aggraver les troubles gastriques et la dyspepsie. Qu'on soigne, au contraire, l'affection de l'estomac, toutes les irradiations nerveuses disparaissent avec elle.

M. *Brown-Séquard* fait remarquer qu'on sait depuis longtemps que tous les organes, ou, pour mieux dire, tous les nerfs des organes malades, peuvent déterminer des phénomènes hystériformes; mais il est bien certain aussi que souvent l'estomac présente des désordres qui sont secondaires et dépendent de l'affection générale hystérique.

M. *Leven* ne nie pas la subordination de l'estomac aux névroses générales, mais il tient à revenir sur ce fait que chaque organe malade provoque des réflexes pathologiques particuliers.

— M. *Henneguy* a étudié le mode de formation du germe dans l'œuf des poissons osseux. Dans l'œuf ovarien de la truite, quelque temps avant la rupture du follicule, la vésicule germinative, qui est très près de la surface, dans le voisinage du micropyle, se montre, sur des coupes, entourée de petites vésicules à contenu finement granuleux. A mesure qu'on s'éloigne de la vésicule germinative, les vésicules augmentent de volume et sont bientôt remplacées par de grandes vésicules transparentes, entre lesquelles se trouvent des globules huileux. L'œuf pris dans la cavité abdominale présente un aspect tout différent : on n'y trouve plus trace de la vésicule germinative; les vésicules granuleuses se sont rompues, et leur contenu forme à la périphérie de l'œuf une couche finement granuleuse, plus épaisse dans la région micropylaire. C'est la couche corticale avec le germe, formé par les éléments plastiques. Les vésicules transparentes se sont fusionnées pour constituer une masse fluide, le vitellus nutritif, et les globules huileux se sont rassemblés au-dessous de la couche plastique.

Après la ponte, le germe, qui était étalé, se concentre audessous du micropyle.

Un mode semblable de formation du germe a déjà été signalé par M. Balbiani, chez le géophyle, la grenouille rousse, et même chez la femme. Il a vu des vésicules remplies de granulations apparaître autour de la vésicule embryogène, et se désagréger ensuite pour former la partie plastique de l'œuf.

M. Henneguy n'a pu assister à la disparition de la vésicule germinative, qui a lieu pendant le temps très court que l'œuf met à être expulsé du follicule ovarien; mais il a pu constater que le mode de disparition décrit par Œllacher est inexact, puisque cet auteur dit avoir vu la vésicule germinative s'étaler à la surface du germe, dans des œufs pondus et même féconds, tandis qu'on ne retrouve jamais trace de la vésicule germinative dans l'œuf après sa sortie de l'ovaire.

— M. *François-Franck* continue l'exposé de ses recherches sur la température du cerveau, et s'arrête spécialement à la question de la transmission à travers l'os et la peau des variations de la température cérébrale.

I. Dans quelle mesure une augmentation de la température

---

aux leçons du célèbre Louis Duret, *præceptor olim meus observandissimus* (*Historia anatomica*, p. 255. Strasbourg, in-fol.).

André Du Laurens était-il médecin à Avignon, à Arles ou à Carcassonne, lorsque par la mort de Laurent Joubert, arrivée le 29 octobre 1582, une chaire devint vacante à la Faculté de Montpellier? On ne sait, mais ce dont on peut être sûr, c'est que pour « briguer cette charge » il a été obligé de venir prendre à Montpellier de nouveaux grades. M. Chéreau en disant « comme un simple novice » se trompe évidemment. Selon les statuts, quand on était déjà docteur, il n'y avait plus d'études préliminaires à faire. C'était une sorte de coaptation qu'on obtenait en subissant les examens et les thèses réglementaires. Si bien que, moins d'une année après (1583), le chancelier et les professeurs le nommaient à la place de Laurent Joubert.

Ici je laisse parler M. Chéreau, qui me paraît être dans la vérité. « Mais lorsque Du Laurens voulut faire enregistrer » cette nomination, il rencontra de nombreuses difficultés » que lui suscitèrent plusieurs médecins de Montpellier; ces » derniers ayant à leur tête Jean Blazin, dit Esquironis, » mirent immédiatement opposition à l'entérinement, au » parlement de Toulouse, de la nomination de leur confrère. » Cet épisode de la vie de Du Laurens, nié par Astruc, » mais reconnu vrai, sans qu'il en donne la raison, par Guy » Patin, se prouve par un arrêt du parlement de Toulouse » qui se trouve entre les mains de M. Picard, secrétaire de » la Société archéologique de Montpellier, et que M. le doc» teur Jeanjean a bien voulu me communiquer. Il annule la » nomination d'André, et ordonne un concours, afin qu'on » choisisse le *plus digne, suffisant et capable*. Du Laurens » ne céda pas à ses ennemis. Il se rendit lui-même au parle» ment de Toulouse, y défendit sa cause, la gagna... ».

Puis il revint à Montpellier exercer sa charge de professeur, et c'est alors que son frère Richard y fut envoyé pour étudier la médecine (documents inédits). Nous avons déjà dit

des couches superficielles du cerveau peut-elle se transmettre à l'extérieur?

Des expériences directes sur la conductibilité calorifique de lames osseuses et cutanées d'égale épaisseur ont montré que ces deux tissus opposent une résistance notable (quoique un peu moindre pour la peau) à la transmission des variations de température. D'autres expériences faites sur le crâne d'animaux curarisés ont confirmé les résultats des expériences purement physiques : en échauffant à un degré déterminé la face profonde des os du crâne, on ne retrouve à la surface externe de la peau qu'une élévation *douteuse* de la température, si l'échauffement profond n'a pas dépassé 2 degrés; avec un échauffement intra-crânien de 3 degrés, on note une élévation superficielle de 1/15 de degré environ.

Par conséquent, pour que chez l'homme une élévation de température des couches corticales du cerveau pût se traduire extérieurement par une élévation appréciable au thermomètre, il faudrait que l'échauffement cérébral dépassât largement 2 degrés. Or, une pareille élévation de la température est-elle compatible avec le fonctionnement normal et habituel du cerveau? Si les régions corticales sont déjà à une température voisine de celle du sang artériel (voy. Séance du 29 mai), il faudrait admettre que leur activité fonctionnelle y détermine une production de calorique considérable, ce qui est en désaccord absolu avec ce que nous savons du degré de chaleur produit dans un organe en fonction.

Il est évident, d'autre part, que les faits observés par des hommes tels que Broca, Lombard, P. Bert, etc., conservent leur valeur comme résultats d'observations; mais il faut remarquer tout d'abord que les élévations de température notées par ces différents auteurs s'appliquent à des régions étendues du crâne et non à des zones circonscrites, et de plus qu'évidemment il faut tenir compte des variations de la température superficielle liées aux variations circulatoires des tissus péricrâniens.

II. Le point sur lequel doit être surtout attirée l'attention a été soumis récemment à la Société par M. Amidon (de New-York). L'auteur part de ce principe (qu'il considère comme établi) que tout mouvement volontaire a son point de départ dans une zone distincte de l'écorce du cerveau, que le fonctionnement de chaque zone cérébrale s'accompagne d'une élévation de température circonscrite à cette zone, qu'enfin toute variation de la température corticale du cerveau se traduit par une élévation thermique dans le point correspondant de la peau du crâne. Il applique sur la tête une série de thermomètres, et, faisant exécuter à un groupe de muscles ou à un muscle déterminé une contraction soutenue pendant quelques minutes, il observe en un point circonscrit du côté opposé de la voûte crânienne une certaine élévation de température. C'est ainsi qu'en contractant le muscle buccinateur du côté droit, le sujet de ces expériences élève notablement la température d'un point ayant environ 2 centimètres carrés, et situé à 4 centimètres environ au-dessus de l'oreille gauche; de même pour l'orbiculaire des paupières, etc.

Sans insister davantage sur ces résultats, qui auraient permis sur un sujet de race blanche 25 localisations motrices disséminées à la surface de chaque moitié du crâne, il faut se demander si le fond même de la question ne peut être discuté : *Si une élévation de température produite en un point circonscrit du cerveau se transmettra plutôt vers l'extérieur qu'aux régions corticales voisines.*

Les expériences faites sur la propagation de la chaleur à travers l'os et la peau (voy. plus haut), et comparativement dans le tissu cérébral lui-même, tendent à faire abandonner cette hypothèse. En effet, le tissu cérébral conduit relativement très bien la chaleur, à ce point qu'une élévation de température de 1, 2, 3 degrés produite artificiellement au centre d'un cube de substance cérébrale ayant 3 centimètres de côté, se transmet avec un léger déchet au niveau de chacune des faces libres du cube de tissu nerveux. Au contraire, c'est à peine si l'on en retrouve trace à travers 6 ou 7 millimètres de tissus osseux et cutané.

Par conséquent, il paraît inadmissible qu'une élévation locale de température reste cantonnée dans un point circonscrit du cerveau (ce qui est essentiel dans les recherches de M. Amidon) et s'accuse au thermomètre dans la région correspondante de la peau du crâne.

Enfin les expériences exécutées par M. Amidon ont été répétées sur deux sujets sains, soit avec des thermomètres, soit avec les appareils thermo-électriques, sans fournir aucun des résultats annoncés.

La conclusion la plus réservée qu'on puisse tirer de ces remarques, c'est que l'application des recherches ci-dessus discutées à l'étude des localisations cérébrales, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, serait au moins prématurée.

— M. *Geffrier* présente un bulbe rachidien provenant de l'autopsie d'un malade ayant succombé à une sclérose en plaques dans le service de M. le professeur Ball, à l'hôpital Laennec. Outre de nombreuses plaques de sclérose sur la protubérance et sur les olives du bulbe, ce dernier présente une anomalie qui ne paraît pas avoir encore été signalée : le faisceau le plus superficiel de la pyramide antérieure gauche, formant un cordon arrondi d'environ 2 millimètres de diamètre, se recourbe au-dessous de l'olive du même côté, encadre son extrémité inférieure, et, suivant la direction habituelle du faisceau sous-olivaire des fibres arciformes, remonte vers le cordon restiforme, qu'il accompagne dans l'épaisseur du cervelet.

---

qu'André Du Laurens avait fait des leçons en 1587 et 1588 sur la goutte, sur la douleur et la dureté des jointures, sur la lèpre et la maladie vénérienne ou vérole; en 1589 et 1590, sur l'*Ars parva* de Galien et plus particulièrement sur la partie de la médecine qu'on appelle la séméiotique (signes et causes des maladies). D'après la préface du *Traité des crises*, il aurait aussi fait des leçons sur cette matière, et c'est peut-être par là qu'il a commencé. Quoi qu'il en soit, son enseignement à la Faculté de Montpellier ne fut pas de longue durée. La duchesse d'Usez, comtesse de Tonnerre, qui avait gardé bon souvenir des débats de Toulouse et qui avait été heureusement guérie d'une grave maladie par le jeune professeur, lui proposa de l'attacher à sa personne et de le conduire à la cour. Il « alla pourvoir à sa charge qu'il remit à » Bachier, lequel, se sentant assez honoré de cette faveur, la » voulut servir gratis (1) », et suivit sa protectrice qu'il ne devait plus abandonner. Elle le présenta au roi qui s'intéressa au neveu de Castellan. « Peu après le roy fust malade. » Il « y eut une consultation où l'opinion de Du Laurens pré- » valut, et le roy s'en trouva bien. Alors elle lui dit fami- » lièrement : Je vous donne mon médecin. J'entends après » que je serai morte et non devant ». En quel temps placer ces faits? Certainement avant 1593, puisque, dans les premières publications qui datent de cette époque, André Du Laurens prend le titre de médecin du roi et professeur royal à la Faculté de Montpellier. Il était alors à Tours auprès de la comtesse de Tonnerre, qui s'était retirée à l'abbaye de Marmoutiers. C'est seulement après sa mort arrivée en 1596, et non en 1594, comme le dit M. Chéreau (*loc. cit.*, p. 97), qu'André Du Laurens fut nommé médecin ordinaire du roi. On retrouve cette qualification de conseiller-médecin naire du roi sur la deuxième édition des *Discours sur*

(1) « Et le roy l'ayant augmentée de cent escus (disent les mémoires inédits) outre les cent escus qu'il en tirait ordinairement, elle lui valait tous les ans deux cents escus que feue ma mère lira continuellement tant qu'elle vescut pour se subvenir en vieillesse. »

L'origine et les connexions de ce faisceau seront l'objet d'une étude ultérieure dont les résultats seront communiqués à la Société de biologie.

François-Franck.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 9 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Étude sur le climat du Maroni : M. le docteur Maurel. — Du traitement de la paralysie infantile; myélite aiguë des cornes antérieures de la moelle: M. Dally. — Obstruction calculeuse incomplète des voies biliaires avec accès de fièvre intermittente et rejet de nombreux calculs: M. le docteur Jules Besnier.

M. *Hardy* lit au nom de M. Maurel, médecin de marine, un mémoire sur le climat du Maroni, où il a fait un séjour prolongé. M. Maurel, après une description géographique de la région, étudie les variations atmosphériques et hydrologiques, puis passe en revue les diverses affections qu'il a été à même d'examiner avec soin ; parmi ces dernières, la plus importante est sans contredit la fièvre rémittente. Nous n'avons qu'à renvoyer sur ce sujet au travail de M. Maurel, publié dans la *Gazette* (n°4, p. 57, 1879) ; le mémoire qu'elle a publié contenait les faits les plus importants du travail dont M. Hardy a donné lecture.

— M. *Dally* présente un mémoire sur le traitement de la paralysie infantile (myélite aiguë des cornes antérieures de la moelle). Pour M. Dally, il est probable que, quand la paralysie infantile sera mieux connue des praticiens, dans sa période de début, on arrivera à en prévenir fréquemment les redoutables suites ; mais la rareté même de cette affection est un obstacle à son traitement précoce. Nombre de médecins auront accompli leur carrière sans la rencontrer, car l'on oublie aisément ce qu'on n'a pas souvent sous les yeux. La plupart des cas que M. Dally a eu à traiter avaient été méconnus à l'origine et confondus avec les fièvres éphémères, les embarras gastriques et les prétendues fièvres de croissance. Il en est ainsi, au surplus, de bien des affections : les déformations du rachis, les coxalgies, les pieds et les genoux *valgus*, si fréquents, ne sont reconnus, le plus souvent, que quand le mal est très avancé aux yeux de tous. La maxime qui est beaucoup trop en usage parmi les médecins : « Cela s'arrangera avec l'âge », peut être un moment consolante, mais elle est horriblement fausse. Rien ne s'arrange avec l'âge, ni avec l'apparition des menstrues, ni avec les changements de lune, si un heureux hasard ou la science n'y mettent la main.

Une fois le diagnostic fait, les indications du traitement sont les suivantes : 1° Suppléer mécaniquement aux régions déficientes ; 2° limiter l'exercice et la galvanisation au muscle ou au groupe musculaire frappé.

— M. le docteur *J. Besnier* adresse un travail sur un cas d'obstruction calculeuse incomplète des voies biliaires, avec accès de fièvre intermittente et rejet de nombreux calculs : le malade qui fait le sujet de ce mémoire avait rendu, dans l'espace de quelques jours, cent quarante-huit calculs biliaires et une gravelle biliaire abondante, sans qu'il y ait eu ni colique hépatique ni ictère; mais cette expulsion s'est accompagnée d'une série de violents accès de fièvre intermittente qui ont emporté le malade.

Dr Joseph Michel.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas de dégénérescence graisseuse du cœur avec examen du cœur et des nerfs vagues, par M. H. Kennedy.

Une femme mourut à la suite de longues souffrances et d'épuisement occasionnés par une dysenterie. On avait constaté pendant la vie la plupart des signes attribués à la dégénérescence graisseuse du cœur, et l'attention avait été surtout attirée par la lenteur relative du pouls qui ne battait que 56 fois par minute, alors que l'état de la malade comportait une fréquence exagérée.

A l'autopsie on trouva la dégénérescence graisseuse du cœur soupçonnée pendant la vie avec une atrophie considérable de l'organe. L'examen microscopique des deux nerfs vagues fut pratiqué, et le droit seul fut trouvé altéré : il était infiltré de granulations graisseuses, à une certaine distance du plexus cardiaque.

L'auteur se demande s'il existe un rapport de cause à effet entre l'altération du nerf pneumogastrique et la dégénérescence graisseuse du cœur. Il ne se croit pas autorisé à rapporter la lésion cardiaque à la lésion nerveuse, il les considère l'une et l'autre comme la conséquence des troubles nutritifs provoqués par une longue maladie antérieure; mais il attire spécialement l'attention sur ce point que la lésion nerveuse peut expliquer le ralentissement du pouls.

L'observation citée présente encore deux faits intéressants au point de vue clinique : la malade, bien que répondant clairement aux questions qu'on lui adressait, articulait les mots avec une lenteur remarquable; de plus elle fut prise vers la fin d'une attaque soudaine de vomissement à la suite de laquelle elle ne vécut que quelques heures. (*The Dublin journal of med. Science*, avril 1880.)

---

conservation de la vue, etc., 1597 ; dans le titre de l'*Historia anatomica* (1600) ; et sur son portrait fait en 1597, alors qu'il était dans sa trente-neuvième année. Mais l'office de médecin ordinaire du roi a-t-il été créé tout exprès pour Du Laurens, comme le croit M. Chéreau ? La déclaration de Louis XIV (mars 1667), qu'il invoque, dit bien que la charge de conseiller et médecin ordinaire a été créé par Henri IV, mais sans parler de Du Laurens. Il y avait d'ailleurs auparavant des médecins ordinaires du roi, comme nous venons de le voir pour Honoré Castellan.

Quoi qu'il en soit, le médecin ordinaire actuel était en faveur auprès du roi qui à l'occasion de son mariage, 1600, l'aurait donné pour premier médecin à la nouvelle . Trois ans après (1603), « la charge de chancelier de l'Université de Montpellier étant venue à vacquer par la mort de Jean Hucher », il fut nommé à cette place sans pouvoir l'occuper ; il choisit pour le remplacer Jean avec le titre de vice-chancelier. Saporta étant mort dès 1604, Varandé fut nommé aux mêmes titre et fonctions. Enfin, à la mort de Jean de la Rivière, janvier 1606, André Du Laurens avait le suprême honneur d'être le premier médecin du roi, *Archiater, archiatrorum comes*. C'est avec cette qualité qu'il publia son dernier ouvrage *De mirabili strumas sanandi vi solis Galliæ regibus christianissimis divinitos concessa* (1609). Il mourut peu après le 16 août de la même année à l'âge de cinquante et un ans, neuf mois environ avant l'assassinat de Henri IV.

André Du Laurens, seigneur de Ferrières, avait épousé, par contrat du 4 novembre 1601, Anne Sanguin, fille de Jacques, seigneur de Livry, et de Marie Du Mesnil. C'est à son fils unique André, mort sans postérité, que Guy Patin dédia son édition des œuvres complètes, *velut hereditario quodam jure tibi debitum, paternum opus consecro, vel potius reddo* (*Epistola nuncupatoria*, qui se trouve au milieu du deuxième volume).

André Du Laurens était un habile homme, qui sut se faire

Lipémie et embolies graisseuses dans le diabète sucré, par M. Louis Starr.

La mort survient de plusieurs manières dans le diabète, elle est souvent la conséquence de la consomption pulmonaire ou d'une affection viscérale qui emprunte sa gravité exceptionnelle à l'état général du malade. Elle peut encore être la conséquence de l'épuisement graduel du diabétique; mais on la voit quelquefois se produire rapidement après avoir été précédée pendant quelques heures ou quelques jours de troubles respiratoires spéciaux, et de cet état qu'on connaît sous le nom de *coma diabétique.*

Il y a deux théories proposées pour expliquer la production de ce coma : d'abord l'empoisonnement par l'acétone versée dans le sang par le foie ou produite dans le sang lui-même par la fermentation du sucre; en second lieu la présence de graisse dans le sang et la production d'embolies graisseuses.

La première explication a été surtout défendue par Kussmaul (1874); elle repose sur la constatation de l'acétone dans le sang, l'urine et l'haleine des malades, ainsi que sur l'apparition chez les lapins empoisonnés par l'acétone de troubles respiratoires analogues à ceux qu'on observe en clinique. On a opposé à cette théorie le fait de l'élimination de l'acétone par la respiration, et l'impossibilité qui en résulte d'un emmagasinage suffisant de cette substance dans le sang.

La théorie qui rapporte le coma diabétique aux embolies graisseuses dans les vaisseaux du poumon, et à l'empoisonnement lent par l'acide carbonique qui en est la conséquence, a été émise par Sanders et Hamilton. Dans le travail qu'ils ont publié en juillet 1879 (*Edinb. med. Journal*), les auteurs énoncent un certain nombre de résultats fournis par l'observation clinique et l'expérimentation, et ne laissant guère subsister de doutes sur la réalité de la lipémie et des embolies graisseuses dans le diabète.

L'observation très détaillée du docteur L. Starr complète la série et fournit des documents nouveaux pour trancher la question. Elle présente cet intérêt particulier que l'examen ophthalmoscopique a permis de déterminer les caractères de la lipémie sur le sang en circulation. Le docteur Alb. G. Heyl, qui a pratiqué l'examen ophthalmoscopique, résume ainsi ces caractères : « L'état auquel le nom de lipémie rétinienne peut être donné, est caractérisé par la couleur saumon clair du sang contenu dans les branches de la veine et de l'artère rétiniennes, par le calibre en apparence très considérable des vaisseaux et peut-être par la coloration très claire du fond de l'œil. » La description et le dessin du fond de l'œil chez le malade observé par le docteur Heyl, ont été présentés à la réunion de la Société médicale de Philadelphie, le 30 janvier 1880.

On voit tout l'intérêt que présentent les faits de ce genre, non seulement au point de vue de la physiologie pathologique du diabète, mais aussi et surtout si on les rapproche des faits analogues étudiés dans ces dernières années à propos des accidents des fractures osseuses. (*The medical Record*, New-York, 1er mai 1880.)

Cas de rupture du cœur sans plaie pénétrante, à la suite d'un traumatisme externe, par M. Handford (de Nottingham).

Un homme de trente-cinq ans tombe sous la roue d'une voiture légère qui lui passe sur la poitrine. A partir du moment de l'accident il ne prononça plus une parole et ne fit aucun mouvement, mais poussa des gémissements pendant quelques instants. Il mourut dix minutes après qu'on l'eut transporté à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva le péricarde rempli de sérum et d'un peu de sang à demi-coagulé. La paroi postérieure de l'oreillette gauche était rompue.

Ce cas est intéressant, d'abord à cause de la rareté des ruptures du cœur à la suite d'une violence extérieure, sans plaie pénétrante de poitrine: 7 cas sur 452 dans les tableaux donnés par G. Fischer (*Arch. f. klinische Chirurg.*, Bd IX, H. 3); ensuite par le siège et le mécanisme probables de la rupture.

La raison pour laquelle c'est l'oreillette gauche plutôt que la droite qui s'est rompue sous l'influence de la compression du thorax, paraît assez simple : le sang comprimé n'a pas pu se déverser dans le ventricule gauche ni être refoulé vers les veines pulmonaires, il rencontrait de part et d'autre une trop grande résistance. Au contraire, le sang de l'oreillette droite a pu refluer vers la veine cave supérieure et de là vers les vaisseaux du cou qui n'étaient pas soumis à la même compression que ceux des organes intra-thoraciques.

Cette interprétation s'accorde avec ce fait établi par la statistique que, dans les cas de rupture du cœur par violence extérieure, c'est le plus souvent l'oreillette gauche qui a cédé. (*The British Med. Journal*, 22 mai 1880.)

Observations sur l'état des voies aériennes supérieures dans l'anesthésie, par M. Benjamin Howard.

« *Contrairement à la croyance générale, la traction sur la langue, quelque grande que soit la force employée, n'élève et ne peut élever l'épiglotte dans l'anesthésie avec résolution complète* » : telle est la conclusion que M. Howard tire de ses expériences sur le cadavre. Il a observé directement l'épi-

---

aimer et apprécier de tous. Si l'on en croit l'Estoile, il fut si dévoué à son roi et à ses devoirs qu'il mourut à la peine. Plein d'attention et de sollicitude pour l'Université de Montpellier, dont il était demeuré le chancelier, il put lui être favorable sans *blesser* les susceptibilités de la vieille Faculté de médecine de Paris, si jalouse de ses prérogatives. Les commentaires en témoignent par leur silence. Je ne saurais donc admettre cette appréciation de M. Chéreau, que rien ne justifie et qui s'applique évidemment à un autre : « On ne » peut que regretter le sentiment d'orgueil qui poussa André » Du Laurens à saper l'autorité et les prérogatives de la » Faculté de médecine de Paris, et à préparer la voie des » conflits haineux qui surgirent plus tard entre nos Ecoles et » les médecins de la cour » (*loc. cit.*, p. 97). Voici deux preuves manifestes du contraire : l'édition des *Œuvres complètes* par Guy Patin, un docteur régent qui ne lui a pas ménagé les éloges, et, de son vivant même, la dédicace du célèbre bachelier René Chartier, de Vendôme, lorsqu'il soutint sa deuxième quodlibétaire, le jeudi 31 janvier 1608 (n° 389 du Recueil des Thèses in-fol de l'ancienne Faculté, t. II).

E. Turner.

Bibliographie. — *Apologia pro Galeno et impugnatio novæ ac falsæ demonstrationis de communione vasorum cordis in fœtu*.. Tours, 1593. In-8 de 48 pages.

Admonitio ad Simonem Petreum, medicum Parisiensem clarissimum. Tours, 1593. In-8 de 40 et quelques pages.

Opera anatomica in quinque libros divisa. Lyon, 1593. In-8 de 840 pages.

De crisibus libri tres. Tours, 1593. In-8 de 165 feuillets. — Lyon, 1605, 1613. In-8 de 137 pages. — Francfort, 1606. In-8 de 160 pages.

Discours de la conservation de la vue; des maladies mélancholiques; des catarrhes; et de la vieillesse. 1re édition, 1594, introuvable. — Paris, 1597, 1606. In-12 de 274 feuillets. — (S. l.) 1598. In-12 de 516 pages. — Rouen, 1600, 1608. In-12 de 276 pages. —

glotte mise à nu par divers procédés, et a exercé des tractions modérées et énergiques, graduelles et saccadées sur la partie antérieure de la langue : dans aucun cas il n'a vu se relever l'épiglotte. Une expérience très démonstrative le confirme dans son opinion : il remplit d'eau la fosse glosso-épiglottique, et malgré les tractions qu'on fait subir à la langue, on ne voit pas s'écouler l'eau dans le larynx. La raison pour laquelle ces manœuvres sont inefficaces, aussi bien sur le sujet profondément anesthésié que sur le cadavre, serait que la traction sur l'extrémité libre de la langue a pour effet de tendre les fibres antérieures du muscle génio-glosse et d'attirer en avant les piliers antérieurs. Mais la résistance de ces parties déplacées se fait sentir bien avant que la traction ait pu agir sur l'appareil laryngé.

Tout ceci s'applique seulement aux cas de résolution absolue dans l'anesthésie poussée fort loin. M. Howard ne conteste pas cependant le fait du redressement de l'épiglotte, qui a été si souvent observé chez des sujets anesthésiés quand on exerce une traction sur la langue ; il nie seulement le mécanisme invoqué jusqu'ici pour expliquer ce redressement. Le fait est susceptible, dit-il, d'une interprétation différente et meilleure, qu'il se réserve de donner plus tard. Il fait sans doute allusion aux réflexes que peut encore provoquer la manœvre indiquée, quand l'épiglotte n'a pas complètement perdu sa sensibilité. (*The Lancet*, 22 mai 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par W. S. Playfair. Traduit sur la deuxième édition anglaise, par le docteur Vermeil. — Doin, 1879.

Depuis longtemps aucun traité d'accouchements n'a été publié en France, malgré les nombreux progrès réalisés dans cette branche de la science dans ces vingt dernières années. L'apparition d'un traité à la fois élémentaire et complet n'est donc pas chose indifférente, et M. Vermeil a été bien inspiré en nous donnant la traduction d'un ouvrage très apprécié chez nos voisins. M. le docteur Playfair est professeur d'obstétrique et de gynécologie à King's college, ex-président de la Société obstétricale de Londres. Son traité d'obstétrique se distingue par une grande clarté d'exposition. C'est un livre essentiellement pratique et disposé au point de vue de l'enseignement.

Les chapitres relatifs à l'anatomie et à la physiologie des organes qui concourent à la parturition, ceux qui traitent de la grossesse normale ou anormale, de la pathologie, de la caduque et de l'œuf ne nous offrent rien de particulier.

Nous avons à signaler, dans la partie consacrée au *travail*, quelques points intéressants. C'est ainsi que l'auteur s'élève fortement contre la pratique habituelle de l'extraction du placenta par tractions exercées sur le cordon, et se montre partisan de l'expulsion utérine tardive recommandée par l'école de Dublin. Il recommande tout d'abord de laisser s'écouler dix à quinze minutes avant de faire aucune tentative d'extraction. A ce moment, la main doit saisir le fond de l'utérus et, dès qu'elle le sent se durcir, exercer une pression ferme et continue dans l'axe du détroit supérieur. Sous l'influence de cette pression, l'utérus expulse presque toujours le placenta, dont la face utérine apparaît alors la première à la vulve. Si l'expulsion ne se fait pas, on attend quelques minutes et on s'assure, avant de recommencer la manœuvre, que l'arrière-faix n'est pas dans la cavité du vagin. Après l'expulsion, la main de l'accoucheur ne doit pas quitter le fond de l'utérus, dont elle provoque les contractions permanentes. Une dose de 1 gramme à 1gr,50 de seigle ergoté peut être administrée avec avantage comme prophylactique de l'hémorrhagie. Avant de quitter la malade, c'est-à-dire une heure environ après la délivrance, l'accoucheur s'assurera que le pouls ne subit pas une accélération considérable, ce qui serait l'indice certain d'une hémorrhagie prochaine. Il suffit d'être un peu familier avec la pratique des accouchements pour reconnaître la justesse de ces recommandations.

L'auteur se montre grand partisan de l'anesthésie ; mais, reconnaissant en même temps que le chloroforme amoindrit la force et la durée des douleurs et retarde souvent l'accouchement, il propose d'employer le chloral dans la première phase du travail, pendant la période de dilatation du col, surtout quand il y a rigidité. Trois doses de chloral de 75 centigrammes chacune, données à vingt minutes d'intervalle, procurent à la femme un repos salutaire dans l'intervalle des contractions. Quand l'orifice est complètement dilaté, la tête descendue, et quand apparaissent les douleurs expulsives, on a recours au chloroforme qui doit être donné à petites doses, d'une façon intermittente, au commencement de chaque douleur. Quelques gouttes versées sur un mouchoir suffisent. Si, malgré ces précautions, les douleurs s'éloignaient ou se suspendaient sous l'influence du chloroforme, on en suspendrait l'emploi ou bien on le mélangerait d'un tiers d'alcool absolu. Ainsi mitigé, le chloroforme produit moins de relâchement. Au moment des dernières douleurs on force un peu la dose, de telle façon qu'à l'instant où la tête franchit la vulve, la femme soit tout à fait insensible.

Quand le chloroforme a été administré un peu largement, il faut toujours se méfier d'une hémorrhagie due au relâchement prolongé de l'utérus.

Dans les cas où le chloroforme inspire quelques craintes, on peut lui substituer l'éther.

Un chapitre important est consacré par le docteur Play-

1615, 1620, 1630. In-12 de 204 feuillets. — En anglais, London, 1599, in-4, et en allemand, Francfort, 1627, in-8 (Haller). — En latin, *De visus nobilitate et conservandi modo*, par Jean Théod. Schönlin. Munich, 1618. In-12 de 166 pages. — *De melanchotia et catarrho*, par le même. Augsbourg, 1620. In-12 de 247 pages. — *De senio*, par Ph. Maurice Schönlin. Augsbourg, 1626. In-12 (Haller). — *De catarrho*, par Jean Vigier, de Cambrai. Genève, 1640. In-8 de 220 pages. — En italien, *Discorsi della vista, delle malattie melanconiche, delli catarri, e della vecchiaca*, tradotti da fratre Gio. Germano francese. Naples, 1626. In-4 de 276 pages.

Historia anatomica humani corporis et singularum ejus partium, multis controversiis et observationibus novis illustrata. Paris, 1600. Gr. in-fol. — Francfort, 1600, 1627. Petit in-fol. de 442 pages. — Hanau, 1601. In-8 (Haller). — Francfort, 1602, 1615. In-8 de 996 pages. — Lyon, 1605, 1623. In-8 de 893 pages. — Venise, 1606. In-8 de 918 pages. — En français, traduction de Fr. Sizé. Paris, 1610. In-8 de 1416 pages. — Lyon, 1621. In-8 de 1453 pages.

De mirabili strumas sanandi vi solis Galliæ regibus christianissimis divinitus concessa liber unus. Et de strumarum natura, differentiis, causis, curatione, quæ fit arte et industria medica liber alter. Paris, 1609. In-8 de 293 pages.

Toutes les œuvres de Me André Du Laurens..., recueillies et traduites en français par Théophile Gelée. Paris et Rouen, 1613, 1621. In-fol. — *Revues*, corrigées et augmentées par G. Sauvageon. Paris, 1639, 1646. In-fol.

L'anatomie universelle de toutes les parties du corps humain représentée en figures... Paris, 1731, 1741, 1748. In-fol. de 55 pages.

Opera therapeutica omnia. Francfort, 1627. In-fol.

Opera omnia, partim jam antea excusa, partim nondum edita, nunc simul collecta et ab infinitis mendis repurgata, par Guy Patin. Paris, 1628. Gr. in-4. 2 vol.

fair au forceps. Il en étudie avec soin les divers modèles, discutant les avantages et les inconvénients de chacun d'eux, reconnaissant d'une façon générale la supériorité du grand forceps qui, bien manié, peut être appliqué dans tous les cas; mais donnant sa préférence aux forceps anglais, plus légers et plus maniables, surtout dans les cas où l'instrument doit être appliqué dans l'excavation. L'auteur recommande aux médecins de se familiariser de bonne heure avec le maniement d'un instrument dont l'emploi est beaucoup moins fréquent qu'il ne devrait l'être, dans l'intérêt de la femme et de l'enfant. Il y a tout avantage pour les deux à ne pas laisser la seconde partie du travail se prolonger trop longtemps. Une application de forceps bien faite n'est pas dangereuse et peut rendre d'inappréciables services.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de l'état puerpéral. On y a compris les soins à donner à l'enfant, l'allaitement maternel ou artificiel, le sevrage, le traitement des diverses maladies de la mamelle, principalement des abcès. Relativement à l'ouverture de ces abcès, M. Playfair se montre zélé partisan des procédés de Lister à l'aide desquels on peut espérer guérir complètement un abcès en peu de jours. La pratique de Lister, a pour but de soustraire autant que possible à l'entrée de l'air, et par conséquent à l'introduction des germes organiques, la cavité de l'abcès. Il y parvient en appliquant sur la peau qui recouvre l'abcès et, plus tard, sur l'ouverture, une compresse trempée dans de l'huile de lin bouillie, contenant un quart de son poids d'acide phénique cristallisé (voy. *The Lancet*, 1867). M. Playfair reconnaît que dans sa longue pratique rien ne lui a donné plus de satisfaction que cette méthode de traitement des abcès du sein.

A propos du traitement de la septicémie puerpérale, l'auteur recommande, dans la plupart des cas, le lavage de la cavité utérine avec un liquide désinfectant, particulièrement une solution faible d'acide phénique. Repoussant les émissions sanguines, il conseille surtout les sédatifs de la circulation et principalement la teinture de *veratrum viride*, à la dose de cinq gouttes d'heure en heure, jusqu'à sédation du pouls. Le froid doit être réservé pour les formes très graves, à haute température. Il paraît avoir, dans certains cas, retiré de grands avantages d'une teinture particulière à base de quinine, connue sous le nom de *teinture de Warburg* et dont le docteur Maclean a donné la formule exacte.

On lira avec intérêt un dernier chapitre consacré à l'étude des inflammations localisées dans la cavité pelvienne, dans lequel l'auteur décrit deux variétés qu'il distingue avec grand soin sous les noms de cellulite et de péritonite pelviennes, et qu'il compare, avec Thomas, à la pleurésie et à la pneumonie, sans méconnaître d'ailleurs qu'elles se confondent souvent dans l'état puerpéral.

Insistons en terminant sur les tendances éminemment pratiques de ce traité d'obstétrique, où se révèle à chaque page l'expérience d'un clinicien consommé et d'un habile observateur.

B.

Études sur les causes de la fièvre intermittente et la nature de la malaria, par Klebs (de Prague) et Tommasi-Crudeli (de Rome). — **Remarques sur ces recherches**, par Hittell.

Les auteurs, convaincus par l'étude des travaux antérieurs que la malaria est produite par une plante microscopique, ont poursuivi la recherche de cette plante et de son mode d'action pendant un séjour dans la Campagne romaine au printemps de 1879. Ils ont recueilli par des procédés ingénieux un certain nombre d'organismes végétaux microscopiques, et ont cultivé l'une de ces plantes dans de la gélatine demi-fluide additionnée de blanc d'œuf et de vin. Dans ce milieu de culture tous les végétaux languirent et moururent, sauf un seul qu'ils nommèrent plus tard le *bacillus malariæ*.

On fit avec ce *bacillus*, des injections hypodermiques à une vingtaine de lapins en bonne santé, et les animaux furent soumis à une étude thermométrique rigoureuse pendant une ou deux semaines à la suite de l'injection.

Tous les lapins injectés présentèrent les symptômes de la malaria qu'on peut observer chez les animaux. La température dans le rectum était de 38°,5; elle s'éleva après l'injection à 40°,85 et retomba à 38°4, après de nombreuses fluctuations. Quelques lapins avaient la fièvre quotidienne, d'autres la fièvre tierce, d'autres la fièvre quarte. Chez tous la rate était hypertrophiée, et le bacillus fut retrouvé dans le sang et dans la rate.

A la demande de Klebs et de Tommasi-Crudeli, le docteur Marchiafava, de Rome, examina le corps de trois personnes mortes de fièvre intermittente, et trouva le bacillus dans la rate, le sang, etc.

— M. J. S. Hittell (*Pacific med. a. surg. Journal*, juin 1880), tout en acceptant les observations de Klebs et de Tommasi-Crudeli, rejette leur conclusion que le bacillus a produit la maladie chez les lapins infectés, que cette maladie est la même que la malaria chez l'homme, et qu'enfin la malaria n'apparaît chez l'homme que s'il est attaqué par le bacillus.

Il pose les questions suivantes, qu'il considère comme devant être résolues avant qu'on n'accepte le bacillus comme la cause de la fièvre intermittente; nous les reproduisons comme renfermant un excellent programme de recherches.

Le *bacillus malariæ* se rencontre-t-il chez toutes les personnes qui souffrent de la malaria? Trois autopsies, dit Hittell, ne sont pas suffisantes pour établir ce point fondamental.

Ce végétal n'est-il pas tout aussi abondant chez des individus affectés d'autres maladies? sur ce point nous n'avons pas le moindre renseignement.

Ne le trouve-t-on pas tout aussi bien chez des sujets en bonne santé? Autre point inconnu.

N'existe-t-il pas en aussi grande abondance sur le sol et dans l'air de régions saines et de pays à malaria?

N'est-il pas aussi abondant quand le sol marécageux est à sec et couvert d'eau? Klebs admet que quand les marais sont recouverts, on ne trouve pas de bacillus. Mais, dit son contradicteur, un témoignage isolé n'est pas une base suffisante pour l'application universelle de la théorie.

Y a-t-il une plus grande quantité de bacillus à une petite distance au-dessus du sol, à une hauteur de dix pieds environ, zone surtout dangereuse, qu'au delà? Nous n'avons sur ce point aucune information.

Le bacillus est-il plus abondant dans l'atmosphère quand le terrain est détrempé par la rosée (seul moment où il y ait danger de contracter la fièvre) qu'aux heures chaudes et sèches de la journée?

Ce végétal meurt-il quand il est introduit dans une chambre chauffée pendant la nuit, condition dans laquelle le danger de l'infection est presque nul?

Le bacillus meurt-il ou perd-il son activité ou son pouvoir de reproduction à ces basses températures auxquelles la maladie n'est pas communiquée?

La quinine tue-t-elle ou affaiblit-elle le bacillus?

Les lapins n'auraient-ils pas été infectés de la même manière par les injections hypodermiques de gélatine privée de bacillus?

Le bacillus n'existe-t-il pas chez les lapins qui ne l'ont pas reçu en injection hypodermique?

Le lapin peut-il contracter la malaria dans les districts à fièvre? sinon, pourquoi ne la contracte-t-il pas?

La malaria peut-elle être transportée d'un lapin à un autre par inoculation, ou d'une personne à une autre, de l'homme au lapin, ou enfin d'un lapin à l'homme?

F. F.

Index bibliographique.

Traité d'analyse chimique par la méthode volumétrique, par le docteur E. Fleischer, traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par le docteur L. Gautier. — Paris, F. Savy.

Depuis l'époque, déjà éloignée, où Gay-Lussac inventa les premières méthodes d'analyse par les liqueurs titrées, cette partie de la chimie a fait de grands progrès : les essais volumétriques, qui en principe étaient fort restreints et ne s'appliquaient qu'à l'alcalimétrie, à la chlorométrie et au dosage de l'argent, ont été successivement étendus à un grand nombre de corps. Il devenait donc absolument nécessaire de réunir en un seul faisceau tous ces travaux épars, de façon à faire profiter la science et l'industrie des ressources que les méthodes volumétriques mettaient à leur disposition.

Le premier ouvrage classique, celui qui pendant de longues années a rendu d'immenses services dans tous les laboratoires, est le *Traité d'analyse par la méthode des volumes*, de Poggiale; longtemps après parut le *Traité d'analyse chimique à l'aide des liqueurs titrées*, de F. Mohr, traduit dans notre langue par M. le professeur Forthomme. F. Mohr, plus que tout autre, à l'époque de l'apparition de son livre (1875), était à même de présenter un état complet de la science; il avait apporté des améliorations importantes dans un grand nombre de procédés, en avait inventé de nouveaux et avait groupé le tout suivant un ordre rationnel et essentiellement scientifique. De plus, il faisait connaître une foule d'instruments dont il était l'inventeur et qui sont devenus indispensables aujourd'hui; aussi son livre eut-il un grand et légitime succès.

Depuis cette époque, comme toutes les sciences encore jeunes, l'analyse volumétrique a fait de très grands progrès : des méthodes nouvelles sont venues s'ajouter à celles déjà connues, et un grand nombre de ces dernières ont été perfectionnées; il devenait donc nécessaire de présenter un nouvel aperçu de la science, et c'est ce que vient de faire M. le docteur Fleischer dans un ouvrage intitulé : *Traité d'analyse chimique par la méthode volumétrique*, ouvrage arrivé très rapidement en Allemagne à la deuxième édition, et dont M. le docteur L. Gautier vient de faire paraître la traduction à la librairie F. Savy. On ne saurait trop recommander la lecture de ce livre aux chimistes, aux pharmaciens, aux industriels, aux agronomes, à tous ceux en un mot qui s'occupent d'analyse chimique; ils y trouveront décrits avec beaucoup de soin et de clarté les procédés les plus exacts et les plus rapides avec des perfectionnements apportés par l'auteur et justifiés par sa longue pratique ; mais ce qui donne un intérêt plus grand encore et tout nouveau à cet ouvrage, c'est la description qu'on y peut lire des méthodes nouvelles de séparation des divers corps que l'on arrive à doser à l'aide de liqueurs titrées, méthodes dont l'auteur du livre est pour ainsi dire l'inventeur, et grâce auxquelles l'analyse volumétrique ne sera plus inférieure en aucun point à l'analyse par les pesées, qu'elle surpasse déjà dans beaucoup de cas par l'exactitude et la rapidité des opérations. Par la publication de son *Traité d'analyse*, M. le docteur Fleischer vient de faire entrer cette partie de la science dans une voie nouvelle, en lui permettant d'utiliser une foule de procédés qui jusqu'à ce jour étaient d'une application fort restreinte, faute d'une méthode de séparation rapide. L'excellente traduction de M. le docteur L. Gautier facilitera beaucoup la lecture de ce livre, qui ne tardera pas à occuper la place importante qui lui revient dans nos laboratoires scientifiques et industriels.

Nous nous contenterons ici d'indiquer rapidement les diverses parties dans lesquelles l'ouvrage se trouve divisé : cela suffira pourtant pour que chacun puisse se rendre compte de l'ordre scientifique qui a présidé à sa rédaction :

Première partie: Procédés volumétriques. — Chapitre Ier : Des procédés volumétriques en général; instruments pour les analyses volumétriques; liqueurs titrées. — Chapitre II : Analyse par saturation (alcalimétrie et acidimétrie). — Chapitre III : Analyses par oxydation (oxydimétrie, iodométrie). — Chapitre IV : Analyses par précipitation.

Deuxième partie: Méthode de séparation pour les analyses volumétriques. — Chapitre Ier : Séparation des combinaisons des bases les unes des autres. — Chapitre II : Dosage des bases sans séparation des groupes et des corps de chaque groupe. — Chapitre III : Séparation et dosage des acides les plus importants.

Troisième partie : Analyse quantitative des substances qui offrent de l'importance au point de vue industriel.

VARIÉTÉS

Meurtre d'un aliéné : affaire Estoret. — Nous avons raconté il y a peu de temps le tragique événement survenu dans une ferme dépendant de l'établissement des aliénés de Clermont (Oise). Un aliéné maltraité par un *chef de culture* nommé Estoret (non aliéné lui-même, comme l'avaient dit quelques journaux), avec une brutalité telle qu'il y eut fracture du bras, avait ensuite disparu. La justice fut avertie, et il est résulté de ses investigations que l'aliéné emmené par Estoret, sous le prétexte de le conduire à l'infirmerie de l'établissement, avait été étranglé en route et enfoui dans une carrière. Le cadavre a été retrouvé. Estoret a été condamné par la Cour d'assises de l'Oise aux *travaux forcés à perpétuité.*

Un fait pénible se dégage de ce procès : c'est que dans l'établissement de Clermont, au dire de l'accusé, les aliénés indociles sont soumis non seulement au supplice de la douche, mais à diverses violences corporelles, à l'insu certainement de notre honorable confrère M. Labitte (qui d'ailleurs n'est pas directeur) : « Je lui ai donné une correction, *comme cela se fait toujours* », a dit Estoret. Il a avoué les soufflets; mais les coups de bâton et les coups de fouet ne paraissent pas moins avérés.

Nécrologie : Lustreman. — M. le docteur Lustreman, médecin inspecteur en retraite, commandeur de la Légion d'honneur, vient de succomber, à l'âge de soixante-douze ans, aux suites d'une longue et cruelle maladie. Son esprit fin et cultivé, la distinction de ses manières, son tact médical et des connaissances étendues lui avaient facilité les débuts de sa carrière. Jeune encore, il avait parcouru tous les grades de la médecine d'armée, et il avait été nommé professeur de médecine opératoire à l'Ecole du Val-de-Grâce. On lui doit une note sur l'influence exercée par les congélations sur l'amputation des membres inférieurs, et un travail remarquable sur l'*ophthalmie militaire*, publié en collaboration avec son collègue M. Laveran. Ses anciens élèves devenus ses amis, ses camarades de la médecine militaire, et ceux que, durant une longue et honorable carrière médicale, il a secourus ou obligés, assistaient à ses obsèques. M. le baron Larrey s'est rendu, au bord de sa tombe, l'interprète d'unanimes regrets.

Conseil municipal de Paris (séance du jeudi 17 juin 1880) : *Isolement des varioleux.* — M. le secrétaire général de la préfecture de police fait au Conseil la communication suivante :

Le Conseil sait que, depuis quelques mois, sévit, dans certains quartiers de Paris, une légère épidémie de variole, d'ailleurs en voie de décroissance. Nous nous sommes préoccupés des moyens de préserver de ce fléau à l'avenir la population parisienne.

On sait que les moyens de transport sont un des propagateurs les plus actifs des maladies contagieuses. Aujourd'hui, les malades de cette catégorie sont portés à l'hôpital, soit sur un brancard, soit dans une voiture publique. Il en résulte que toute personne qui monte dans cette voiture après le malade, est exposée à gagner le germe contagieux. Or, la désinfection des voitures est à peu près impraticable. A Londres, la voiture qui a servi au transport d'une personne affectée d'une maladie contagieuse est retenue à l'hôpital et nettoyée. Mais ce nettoyage, pour être réellement efficace, devrait être effectué dans une étuve à 120 degrés; or, il

n'en existe pas de semblable à Paris. A Bruxelles, la municipalité a adopté un système de voitures spéciales et d'un nettoyage facile.

Le conseil d'hygiène publique et de salubrité, consulté par nous, préconise ce mode de transport. L'administration vous propose, en conséquence, d'établir dans des quartiers différents, à titre d'essai, trois de ces voitures spéciales, dont la construction ferait l'objet d'une adjudication. Nous aviserons ultérieurement à installer une de ces voitures dans chaque arrondissement.

Mais les voyageurs, eux aussi, apportent avec eux, des pays étrangers, les premiers germes des contagions.

Les dernières épidémies de variole qu'a vues Paris ont toutes éclaté dans des garnis. La surveillance des hôtels doit donc être l'objet de toute notre sollicitude. Il y a deux ans une ordonnance de police a été rendue dans ce but. Elle est insuffisamment appliquée. Un mémoire demandant les crédits nécessaires à son application complète, et introduit au conseil en 1878, n'a pas encore été l'objet d'un rapport. Nous vous demandons de statuer d'urgence, afin que Paris soit, sous ce rapport, au même rang que les principales villes d'Europe.

Cette proposition est renvoyée à la septième commission.

École de médecine de Grenoble. — Deux concours s'ouvriront à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble : L'un, le 23 décembre 1880, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie: l'autre, le 1er avril 1881, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ces concours.

Bureau central. — Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central sont terminées. MM. Campion, Felizet, Henriet, Jullien, Laugier, Richelot, Schwartz, et Valtat sont admis à prendre part aux épreuves définitives. — Le sujet de la question écrite (première épreuve définitive) est : *Des veines du cou; grenouillette.*

Faux diplomes. — Le propriétaire-directeur du *Public Record* (de Philadelphie) a réussi, sous des noms empruntés, à se procurer huit de ces diplômes de docteur, les uns de l'Université américaine de Philadelphie, les autres du Collège éclectique de médecine de Pensylvanie, d'autres de l'Université de Livingstone. Les pièces ont été mises entre les mains des autorités, et ont amené l'arrestation, dit le *Times*, d'un certain docteur John Buchanan, le principal agent dans le trafic des diplômes falsifiés; trois de ses complices ont été également saisis. Des papiers trouvés dans le comptoir de Buchanan il résulte qu'il avait déjà été vendu 3,000 faux diplômes, tandis qu'une grande quantité d'autres étaient en préparation. Le principal commerce de Buchanan était avec l'Allemagne. Cependant un certain nombre de ces parchemins ont pris le chemin de l'Angleterre.

Les établissements du docteur Buchanan avaient reçu l'autorisation de la législature pensylvanienne ; mais, en présence d'une pareille fraude, cette autorisation va leur être retirée. Le coupable a été mis en liberté, sous caution de 10,000 dollars (50,000 francs).

(*La Liberté.*)

Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique). — *Programme des prix et récompenses à décerner en* 1881. — Le conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 2 juin 1880, a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société. Mais la Société a mis particulièrement au concours, pour l'année 1881, la question suivante :

Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications?

Le prix sera de 2000 francs. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1881.

Pour le concours spécial, les mémoires écrits en français seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Fêtes de Rabelais. — Le Conseil municipal de Tours vient de décider que les fêtes en l'honneur de Rabelais auraient lieu les 25 et 26 juillet prochain.

Mortalité a Paris (24e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 juin 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1078, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 19. Variole, 42. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 12. — Coqueluche, 14. — Diphthérie et croup, 55. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 13. — Infections puerpérales, 11. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 164. — Autres tuberculoses, 40. — Autres affections générales, 131. — Bronchite aiguë, 38. — Pneumonie, 73. — Diarrhée infantile et athrepsie, 78. — Autres maladies locales : aiguës, 69; chroniques, 149; douteuses, 89. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 2. — Morts violentes, 33. — Causes inconnues, 3.

Bilan de la 24e semaine. — Etat stationnaire sur toute la ligne et par conséquent maintien du dégrèvement constaté dans la 22e semaine, continué dans la 23e, et que le chiffre presque identique de la présente semaine (24e) nous autorise sans doute à considérer comme acquis.

La confirmation de ce dégrèvement mortuaire, quoique favorable, nous laisse encore bien au-dessus de la mortalité normale de cette grande ville en cette saison ; en effet, la mortalité générale de la ville de Paris, qui a été de 23,1 décès par an et par 1000 dans la dernière période quinquennale, est aujourd'hui, d'après les taux actuels de chaque semaine, de plus de 28, c'est-à-dire que si un tel état se prolongeait pendant toute l'année, il en résulterait un excédant mortuaire annuel de plus de 10 000 décès sur celui des années antérieures.

Sans doute, nous sommes encore sous les influences des épidémies, déclinantes il est vrai, pourtant encore meurtrières, de la variole, de la fièvre typhoïde, fort en baisse cette semaine, de la rougeole, de la scarlatine, de la diphthérie, de la coqueluche et des infections puerpérales ! Cependant toute cette funèbre légion est assez affaiblie pour ne plus pouvoir rendre compte que de la moitié environ des aggravations constatées. Aussi ne pouvons-nous expliquer le surplus de l'excédant mortuaire que par l'hypothèse, déjà formulée, d'un excédant proportionnel des vivants qui le fournit, c'est-à-dire de cent à deux cent mille habitants !

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des métastases. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par E. Quinquaud. In-8. Paris, V. A. Delahaye et Cie. 3 fr. 50

Des désinfectants. Étude d'un anti-septique nouveau, par le docteur Richebourg In-8 de 32 pages. Paris, Jacques Lechevalier. 1 fr.

Pratique journalière de la chirurgie, par Adolphe Richard, 2e édition revue et augmentée d'après les notes de l'auteur, par le docteur J. Crauk. 1 vol. gr. in-8 de 760 pages avec 215 figures originales dans le texte. Germer-Baillière. 16 fr.

Conférences pratiques de médecine légale, faite à la Faculté de médecine de Lyon, par E. Clément. Grand in-8 de 220 pages et 2 planches. Paris, J. B. Baillière et fils. 4 fr.

Thérapeutique de la phthisie pulmonaire, basée sur les indications. Deuxième édition révisée avec soin et précédée d'une introduction sur la doctrine phthisiologique de Laennec en regard des travaux récents sur la phthisie pulmonaire, par J. B. Fonssagrives. 1 vol. in-8, LXIV-560 pages. J. B. Baillière et fils. 9 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

L'ÉCLAIRAGE DES CAVITÉS DU CORPS AU MOYEN DE LA LUMIÈRE ÉLECTRIQUE.

On se souvient encore des expériences du docteur Milliot, faites en 1867 devant le Congrès scientifique, à Paris, et ayant pour but l'éclairage des cavités du corps au moyen de l'électricité. Ces expériences furent répétées par l'auteur à l'École pratique, environ deux ans plus tard, devant une commission nommée par la Société de biologie ; cependant aucune mention ne fut faite devant la Société. Le rapporteur négligent n'est autre que celui qui écrit ces lignes. Dix années écoulées doivent avoir établi la prescription du délit ; mais, malgré le bill d'indemnité que nous obtiendrions peut-être, il nous paraît un peu tard pour présenter notre rapport. D'ailleurs, la question s'étant reproduite depuis cette époque sous d'autres formes, nous avons pensé qu'il pouvait être de quelque utilité de la présenter aux lecteurs de la *Gazette* telle qu'elle apparaît aujourd'hui. Des modifications notables ont été apportés à l'instrument dont se servait le docteur Milliot ; le principe d'éclairage et le mode d'exploration ont été sensiblement changés ; des revendications de priorité ont surgi de divers côtés ; enfin des polémiques se sont ouvertes. Notre intention n'est ni de faire l'historique complet de la question, ni d'entrer dans la description détaillée des instruments. Cette description, du reste, même accompagnée de figures, a paru dans plusieurs journaux ; nous voulons simplement, à côté de quelques indications sommaires sur les instruments, examiner ici dans quelle mesure la médecine peut utiliser ces nouveaux moyens d'éclairage et s'il en sortira réellement une méthode d'investigation nouvelle. C'est là ce qui importe ; quant aux revendications de priorité, elles ne sont que fatigantes et stériles.

Les principales expériences de M. Milliot consistaient à éclairer par transparence la cavité abdominale d'un chien, et sur un homme la bouche et les sinus maxillaires. A cet effet, un long tube cylindrique en verre épais et fermé à l'une de ses extrémités, reçoit les fils conducteurs d'une pile assez puissante pour produire l'incandescence d'une pointe de platine qui se trouve au niveau de l'extrémité fermée. Le tube s'échauffe difficilement, en raison de la mauvaise conductibilité du verre, et l'on a soin, en outre, d'éteindre de temps à autre la pointe rougie, afin de laisser par intervalles refroidir les parois. Après avoir introduit très haut ce tube dans le gros intestin d'un chien préalablement rasé, on ferme le circuit, le fil de platine rougit instantanément, et l'on aperçoit par transparence les anses intestinales dont les contours se dessinent assez nettement ; en même temps des masses obscures indiquent à peu près les points d'accumulation des ingesta.

L'autre expérience consiste à introduire dans la bouche d'un homme un tube analogue au précédent, mais plus court. L'expérimentateur opéra sur lui-même ; il rendit merveilleusement transparentes les dents et, à un degré beaucoup moindre, les sinus maxillaires.

Voilà ce que nous avons vu des expériences de M. Milliot, qui furent faites presque simultanément à Breslau, par le docteur Brück, et plus tard par le docteur Lazarevitch, à Kharkoff. Ce dernier a publié une description détaillée de la méthode sous le nom de *diaphanoscopie*, terme fort exact.

On s'était servi pour ces recherches de la pile de Bunsen ou de Grove, dont l'intensité est difficile à régler ; mince, le

FEUILLETON

Deux lettres d'outre-tombe.

A MONSIEUR LÉON MARIE, DOCTEUR EN MÉDECINE, A PARIS.

Excellent confrère, cher collaborateur et compatriote,

Tout éloignés que nous soyons de votre petite boule, qui va tournant toujours, nous ne négligeons pas les faits et gestes des petits êtres qui sont dessus ; des régions éthérées où nous sommes, non seulement nous pouvons contempler nos ex-frères, les humains, et même en rire quelquefois, mais nous sommes renseignés directement par les nouveaux arrivants, qui chaque jour viennent grossir notre colonie. Et tenez... pas plus tard qu'il y a quelques semaines, le père Caron a débarqué ici un homme qui a bien fait parler de lui chez vous : c'est le confrère Auzoux, auquel les préparations d'anatomie clastique ont assuré une grande réputation. Je le connaissais depuis longtemps ; j'avais des raisons sérieuses pour lui tourner le dos... Mais ici les mesquines passions, l'envie, la jalousie, le ressentiment, si justifiés qu'ils fussent, nous quittent dès que nous avons franchi les portes de l'éternel Eden. J'allai à lui, je lui serrai la main, et nous causâmes.

Il m'apprit une chose bien étonnante, à savoir : que mon nom est à peu près oublié sur votre terre, et que l'on ne se rappelle plus ni mes efforts pour créer une nouvelle anatomie artificielle, ni les encouragements que j'ai reçus des corps savants, ni toute une vie passée à fabriquer de mes mains des mannequins anatomiques, des hommes artificiels se démontant comme on le ferait des rouages d'un mécanisme étonnamment compliqué. Auzoux est allé jusqu'à m'assurer que la priorité de l'invention m'était contestée, et que lui, Auzoux, en avait retiré tout l'honneur et tout le profit. On est ici très expansif.

fil de platine fondait trop souvent; épais, il produisait une chaleur intolérable. On s'arrêta cependant à l'emploi des fils épais que, plus tard, on s'ingénia à refroidir par un système de courant d'eau. De là des appareils volumineux, coûteux, embarrassants et, ce qui est plus grave, des interruptions incessantes, un courant intermittent, en un mot, l'inconstance de la lumière produite.

M. Trouvé eut alors l'heureuse idée d'utiliser la pile de polarisation de Planté, et, par une disposition particulière du rhéostat, il parvint à rendre la lumière constante. Grâce à l'agencement nouveau, le principe même fut changé; il ne s'agissait plus exclusivement de diaphanoscopie, mais aussi d'un éclairage par contact rendant les parties à inspecter visibles directement. L'appareil Trouvé, connu sous le nom de polyscope, peut en effet être employé de deux manières; par l'une il est une variante de l'endoscope de M. Desormeaux, à cela près que la lumière est dans l'appareil même, et que celle-ci naît d'une pile électrique; par l'autre, il devient un foyer de lumière capable d'éclairer, dans un certain rayon, les parois d'une cavité quelconque, et il reproduit alors le système déjà mentionné plus haut et décrit sous le nom de diaphanoscopie. Nous terminerons ce court exposé en mentionnant encore un appareil imaginé primitivement par le docteur Nitze et modifié par M. Leiter, fabricant d'instruments à Vienne. M. Leiter n'a fait que compliquer l'instrument, en y adaptant de nouveau un système de refroidissement devenu inutile depuis l'emploi de la pile de Planté. Il a méconnu le progrès réalisé par l'appareil de M. Trouvé pour revenir à un système abandonné à juste titre.

Voilà très sommairement où en est la question des instruments servant à l'éclairage électrique des cavités. Ici nous ajouterons une observation.

En général, lorsqu'on parle de lumière électrique, fût-ce devant le public instruit du corps médical, on fait naître l'idée d'un éclairage éclatant tel que le produisent de puissants engins de vapeur et qu'on le voit depuis quelques années sur plusieurs voies publiques. On ne songe pas immédiatement que la lumière électrique des appareils de médecine n'est pas produite de la même manière, qu'il ne s'agit que d'un mince fil de platine rougi, et que ce fil chauffé à l'air libre dans une chambre obscure éclaire sensiblement moins qu'une bougie. Une appréciation, frappante par sa naïveté, nous a été donnée à ce sujet pendant un examen rhinoscopique par une jeune fille qui, en voyant la cupule éclairée de l'appareil Trouvé, s'est écriée: « Le beau ver luisant! » L'expression, bien qu'exagérée, nous a paru assez caractéristique pour être mentionnée. Cet éclairage qui, en réalité, est peu intense, doit sa qualité particulière à son faible pouvoir de rayonnement calorique qui permet de l'approcher très près des tissus. Mais ce qui est un avantage réel lorsqu'on cherche à obtenir la transparence, devient, selon nous du moins, un inconvénient quand il s'agit d'éclairer directement une surface. C'est grâce à son faible pouvoir de rayonnement qu'on est parvenu à introduire le fil rougi dans les cavités du corps, sous la protection d'appareils dont il chauffe faiblement les parois, comme nous venons de l'expliquer en mentionnant les expériences du docteur Milliot.

L'incandescence du fil de platine ainsi introduit produit une lumière rouge, pénétrante, qui, rendant transparent l'organe éclairé, laisse cependant dans l'obscurité les régions voisines. Si l'on veut, par contre, inspecter la surface des *muqueuses* internes, on plonge le regard directement à travers l'appareil jusqu'au point rendu visible; dès lors il ne s'agit plus de transparence, comme dans l'instrument primitif, mais bien d'éclairage dont, nous l'avons déjà dit, l'endoscope de M. Desormeaux donne très bien l'idée.

Dans les cavités ouvertes, ou pouvant être ouvertes, comme les narines, le conduit auditif, le larynx, l'espace pharyngo-nasal, le platine chauffé produit une lumière rouge et d'une intensité moindre que celle provenant d'un appareil d'éclairage ordinaire; la présence du foyer lumineux dans l'organe même ou à immédiate proximité de l'organe, loin d'être un avantage, devient plutôt une entrave pour les interventions chirurgicales. S'agit-il de cavités fermées et profondes, telles que la vessie et l'estomac, l'introduction d'un fil rougi trouve alors bien son emploi; toutefois, adapté aux appareils protecteurs actuels, il n'éclaire qu'une très petite surface (à peu près 1 centimètre carré) à la fois, et ne constitue pour le diagnostic médical qu'un bien faible auxiliaire. Cet éclairage partiel, et pour ainsi dire en contact avec les tissus, a un autre inconvénient auquel nous avons déjà fait allusion il y a un instant: la lumière étant presque en contact des muqueuses qui sont humides, la partie explorée forme des facettes luisantes, il se produit du miroitement et l'image se trouve singulièrement troublée.

Dans l'état actuel des choses, nous reconnaissons que l'on a assez bien résolu la question de l'éclairage électrique des cavités au point de vue théorique; mais quant à l'utilité pratique, les résultats obtenus jusqu'à ce jour nous paraissent tout à fait insuffisants.

Vous, mon cher ami, qui m'avez vu à l'œuvre, qui avez mis la main à la pâte... de mon carton, vous savez à quoi vous en tenir là-dessus..., d'autant que, grâce à vos judicieux conseils, le second homme en carton que nous avons fabriqué ensemble était bien supérieur à son aîné par le fini du travail et par l'agencement des nombreuses pièces qui le composaient.

Mais puisque dans le journal l'*Union médicale* vous avez tout dernièrement pris ma défense, et que de nouvelles attaques pourraient se produire, il est bon que vous possédiez un arsenal de preuves capables de défier les plus entêtés de vos contradicteurs.

Remarquez d'abord qu'étant né à Caen en 1763, et Auzoux en 1796, j'avais trente-trois ans lorsque ce dernier a vu la lumière, et que j'étais déjà sur les bancs de la Faculté de médecine de Caen, alors que le père d'Auzoux avait encore treize ans devant lui avant de songer à procréer un fils qui devait lui faire tant d'honneur.

C'est, en effet, en 1783 (je dis: dix-sept cent quatre-vingt-trois) que, n'étant encore qu'étudiant en médecine, je formai le projet de créer, par un procédé nouveau, des pièces d'anatomie artificielle, dont l'utilité me paraissait incontestable; notre Faculté de médecine de Caen était bien pauvre en collections anatomiques, et il eût été difficile d'y trouver même les pièces ostéologiques indispensables à l'étude.

Ce ne fut cependant qu'en 1808 qu'ayant été nommé professeur d'anatomie, je parvins à faire des muscles qui avaient fort bonne mine; vous avez pu vous en assurer par les échantillons que je vous ai plus tard montrés. Puis, je figurai des nerfs, des vaisseaux, etc.; je simulai la plupart des appareils et organes des fonctions spéciales; je fabriquai des régions isolées...

Enfin, un homme entier sortit de mes mains, qui se démontait pièce par pièce, et qui était même recouvert de son tégument externe, *vulgò*, peau; en enlevant cette peau, on avait devant soi un écorché, auquel il ne manquait que la parole.

Personne plus que nous n'apprécie les remarquables services que nous rendent les fabricants, et l'utile concours qu'ils prêtent à nos interventions auprès des malades ; mais, il faut le dire, quand il s'agit d'investigation proprement dite, ils ne comprennent pas toujours bien nos besoins. Leur point de vue n'est pas le nôtre. Nous leur demandons des moyens pratiques de diagnostic, et ils nous répondent souvent par des solutions, ingénieuses sans doute, mais qui sont, en fait, des solutions de problèmes de mécanique. En ce qui concerne la question dont nous nous occupons ici, ils nous paraissent s'être engagés dans une voie aride en s'évertuant à éclairer les organes profonds par portions exigues. Entrevoir quelques plis de la muqueuse d'un organe ne nous apprend rien, ne nous aide en aucune façon. S'il s'agissait de curiosité scientifique, le résultat serait satisfant ; mais au point de vue plus sérieux de l'intervention utile du médecin, il en est tout autrement. Ce qu'il faudrait, ce serait de pouvoir éclairer des surfaces beaucoup plus étendues et rendre les images plus distinctes. Le problème avait peut-être été mieux posé par les premiers expérimentateurs, qui avaient cherché à voir les organes par transparence ; les docteurs Brück, Milliot, Lazarevitch avaient eu une idée juste des besoins du praticien ; c'est leur moyen d'éclairage qui était trop faible. Le rendre intense et le faire tolérer, voilà le but ; l'appareil qui permettra de l'atteindre créera une véritable méthode d'investigation pratique. Nous l'attendons.

(*A suivre.*) M. KRISHABER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

CŒUR ET DIGITALE, par M. le docteur L. DES CHENAIS.

Parmi les différentes préparations de digitale les plus susceptibles de produire une abondante diurèse, on cite, en première ligne la macération de poudre de feuilles de digitale (25 centigrammes sur 200 grammes d'eau froide). M. le docteur Hérard a insisté sur l'utilité de cette préparation que le malade doit prendre en cinq ou six fois dans la journée.

M. Hérard ajoutait avoir retiré d'excellents résultats de cette méthode, sans avoir eu besoin d'employer de plus hautes doses.

Depuis cette époque, j'ai plusieurs fois employé cette préparation, et m'en suis toujours bien trouvé ; mais il s'est présenté un cas chez une malade que j'ai pu suivre d'assez près, et où les résultats obtenus par cette macération froide ont été si satisfaisants qu'il m'a paru intéressant d'en publier l'observation. La voici :

OBS. — Madame D..., âgée de cinquante-neuf ans, grande, mince, nerveuse, est atteinte depuis une dizaine d'années de palpitations violentes, survenues à la suite de nombreux chagrins, d'émotions domestiques souvent violentes. Peu à peu, en même temps que ces palpitations augmentaient, les forces diminuaient, et depuis trois ans elle ne pouvait plus sortir de chez elle, mais elle aidait encore sa fille dans sa profession de lingère.

Je la vis pour la première fois, il y a deux ans. C'était dans l'été, époque où tous les ans elle était plus souffrante. Elle me consultait pour ses battements de cœur, qui, dans la nuit surtout, lui causaient des étouffements.

Voici les résultats de mon examen :

Pas de voussure précordiale ; l'endroit précis où bat la pointe du cœur est difficile à limiter ; il semble se heurter tout entier sous la main appliquée à nu contre cette région de la poitrine. La percussion ne donne pas de matité anormale, mais le cœur semble un peu dévié à droite et en bas ; à l'auscultation, les battements sont violents, tumultueux, très irréguliers dans leur nombre comme dans leur intensité, mais aucun souffle n'est perçu ; toute la poitrine, mais surtout la région postérieure, est parsemée de râles humides.

Le pouls est également petit, des plus irréguliers, avec des faux pas et des intermittences : il n'est pas possible de le compter. Du côté du cou les veines sont engorgées, surtout du côté droit, avec pouls veineux très marqué. La malade a une légère dyspnée ; les joues et les lèvres sont légèrement violacées.

Du côté du ventre et des membres inférieurs, très léger gonflement. La malade prit pendant une huitaine de jours du bromure de potassium et des granules de digitaline (deux ou trois par jour). Sous ce traitement les symptômes s'amendèrent assez vite. L'incoordination des mouvements du cœur persista, quoique moindre, et pendant près d'un an la malade se porta assez bien, moyennant qu'elle revint de temps en temps à son traitement.

En juillet 1879, elle me fit appeler de nouveau. Je la trouvai plus fatiguée, plus oppressée ; le ventre et les jambes étaient plus engorgés. Du côté du cœur, mêmes symptômes que l'année précédente, avec même absence de souffle.

Je prescrivis une à trois pilules par jour de la formule suivante :

Poudre digitale, scille, scammonée, ââ 5 centigrammes pour une pilule.

Le mieux se montre assez rapidement ; mais comme la malade supportait difficilement ses pilules, qui, disait-elle, lui ôtaient toutes forces, le mieux ne s'établit pas franchement, et, au mois de septembre, elle retomba dans un état plus grave que les mois précédents.

L'œdème des membres inférieurs et du ventre était tel que la malade ne pouvait plus respirer ni faire grand mouvement, et la peau, luisante, semblait près d'éclater. L'œdème commençait même à gagner les paupières, et la face semblait un peu bouffie ; les joues et les lèvres étaient plus cyanosées que jamais. Jamais les battements du cœur n'avaient été aussi tumultueux, ni le pouls plus irrégulier. On sentait de temps en temps sous le doigt,

---

Ce furent d'abord mes élèves qui profitèrent de mes mannequins anatomiques ; lorsque, malgré le grand nombre de médecins qui exerçaient dans notre ville, les cadavres manquaient, je faisais mon cours, ayant à mes côtés le fidèle *Joseph*, — c'est le nom que nos jeunes gens avaient donné à mon homme artificiel, — lequel se laissait démonter et remonter avec la meilleure grâce du monde. Certes, je n'avais pas la prétention de supplanter complètement le cadavre ; mais, devant Joseph, les élèves comparaient le modèle à l'imitation ; les rapports si compliqués des rouages de la machine humaine se casaient méthodiquement dans leur esprit ; ils s'y gravaient d'une façon plus complète et plus rapide que si le professeur se fût borné à une démonstration pure et simple sur la nature.

C'est dans le commencement de l'année 1819 que Joseph sortit enfin, complet, de mes mains. Il s'agissait de le lancer dans le monde et de lui attirer l'attention de l'administration. Les inventeurs seront toujours les mêmes. Figurez-vous que je m'étais bercé du doux espoir de pouvoir former, avec l'aide du gouvernement, un établissement que j'eusse dirigé, et où l'on eût fabriqué des pièces destinées à l'étude de l'anatomie, dans plusieurs sortes d'enseignement, et à donner une connaissance suffisante de cette science à une foule de personnes qui, bien qu'étrangères à l'art de guérir, eussent été satisfaites d'avoir des notions précises sur la structure de l'homme, mais que l'idée de les acquérir sur le cadavre en avait toujours éloignées... Pauvre fou que j'étais !... Pour toute récompense de mes travaux, des services que j'avais rendus à notre Faculté de Caen, et de l'engloutissement de mon faible patrimoine, je reçus... des félicitations et des encouragements, *panem et circenses*.

Oh ! les aspersions d'eau bénite de cour ne m'ont pas manqué... Laissez-moi vous les rappeler. Je vous prie de faire bien attention aux dates :

1° *Le* 19 *octobre* 1819, Percy, rapporteur d'une commission chargée d'examiner mon homme artificiel, s'exprimait

après une ou deux pulsations assez fortes, une série d'autres tellement petites qu'elles étaient insaisissables. Les veines du cou, très engorgées, celle de droite surtout, battaient avec violence. La poitrine était pleine de râles humides. La malade n'urinait depuis quelques jours qu'un verre, ce qui faisait à peu près 200 grammes.

C'est alors que je prescrivis le traitement par la macération froide de poudre de feuilles de digitale; seulement la poudre macérait vingt-quatre heures au lieu de douze.

Madame D... recevait les soins intelligents et dévoués de sa fille. Je pouvais compter sur l'administration exacte de mes médicaments par cette jeune fille; je lui recommandai donc de marquer jour par jour ce que sa mère prendrait de liquide en vingt-quatre heures et ce qu'elle rendrait d'urine dans le même laps de temps: ce qu'elle fit scrupuleusement. Aussi suis-je certain des chiffres qui suivent. Madame D..., peu altérée, buvait en moyenne quatre verres par jour de liquide (soupe, vin, tisane et macération); elle mangeait en plus un peu de viande une ou deux fois par jour, et en se forçant, car elle n'avait point d'appétit.

Voici les premiers résultats obtenus, en octobre :
Le 2, 1 verre, c'est-à-dire 200 grammes d'urine.
Le 3, 3 verres et demi : 700 grammes.
Le 4, 12 verres : 2400 grammes
Le 5, 14 verres : 2800 grammes.
Le 6, 17 verres : 3400 grammes.
Le 7, 22 verres : 4400 grammes.
Le 8, 15 verres : 3000 grammes.
Le 9 octobre apparurent des vomissements; je fus obligé de supprimer la poudre, et le lendemain je purgeai la malade avec 30 grammes d'huile de ricin.

Il est intéressant de voir l'action croissante de la digitale pendant quatre jours, malgré la suppression de doses nouvelles.

Voici ce que j'obtins les jours suivants, alors que Madame D... ne prenait plus de digitale :
Le 10, 11 verres, c'est-à-dire 2200 grammes d'urine, plus 6 verres de matières fécales mêlées d'urine.
Le 11, 22 verres : 4400 grammes.
Le 12, 22 verres : 4400 grammes. La malade est assez faible, mais a de l'appétit, et mange chaque jour davantage, digère bien. Les jambes, depuis le 12, sont complètement dégonflées, et le ventre diminue rapidement.
Le 13, 22 verres : 4400 grammes. Elle rend 3 verres de matières fécales.
Le 14, 19 verres : 3800 grammes.
Le 15, 12 verres : 2200 grammes.
Le 16, 12 verres : 2200 grammes.
Le 17, 9 verres : 1800 grammes. L'appétit se maintient, les forces reviennent.
Le 18, 9 verres : 1800 grammes. La malade est complètement désenflée.
Le 19, 6 verres : 1200 grammes.
Le 20, 6 verres et demi : 1300 grammes. La malade dort bien la nuit; pas de soif.
Le 21, 5 verres : 1000 grammes.
Le 22, 5 verres : 1000 grammes. Les forces reviennent lentement. Frictions alcooliques au benjoin sur les reins et les jambes; arséniate de strychnine : 3 milligrammes par jour, et vin de quinquina.
Le 23, 5 verres : 1000 grammes.
Le 24, 5 verres : 1000 grammes.
Ainsi, notre malade rendit en 23 jours 506 litres, c'est-à-dire 322 litres de plus qu'elle n'avait bu.

La premiere partie du mois de novembre, la malade fut assez bien, mais peu à peu les accidents reparurent. Le 27 novembre je la trouve de nouveau très oppressée, le ventre est très tendu; il semble que le diaphragme refoule les poumons. Dans les mouvements respiratoires, les côtes supérieures semblent seules entrer en action, la base de la poitrine est immobile. J'engage la malade à reprendre sa macération; elle la revomit dès le premier jour, et ne veut pas essayer de nouveau.

Le 1er décembre, la malade est altérée, a des crachats sanguinolents qui me font craindre un début de pneumonie, mais pas de fièvre, quoique dans la nuit elle ait eu du délire. Les crises d'étouffement ont été telles les dernières nuits que la malade se décide à une ponction de l'abdomen.

Je lui retire 10 litres 700 grammes de liquide citrin assez foncé. Le pouls était toujours le même; les battements du cœur toujours tumultueux, violents, et sans souffle; la poitrine gorgée de râles humides sans frottements, ni souffle. Ces symptômes, constatés avant la ponction, sont à peu près les mêmes après. Le soir, la malade prend une pilule de 3 centigrammes d'extrait thébaïque, et dort bien.

A ce moment elle urinait 2 verres par jours, c'est-à-dire 400 grammes; sa fille lui fait prendre à son insu, en quatre jours, 200 grammes de macération, qui immédiatement portent les urines à 800 grammes par jour. La soif a disparu depuis la ponction, les digestions se font bien, l'appétit revient et les nuits sont sans crise. Ce mieux dure une vingtaine de jours; puis, vers la fin de décembre, tous les accidents se montrent de nouveau, tandis que la malade recommence à ne plus rendre qu'un verre d'urine par jour.

Je la décide à reprendre sa macération; mais sa fille, craignant qu'elle ne se rebute si les vomissements apparaissent, lui fait prendre en trois jours chaque macération de 25 centigrammes de poudre de feuilles de digitale dans un verre d'eau, et commence par une purgation d'huile de ricin. Malgré cette faible dose quotidienne, voici le nouveau résultat obtenu :

31 décembre.		1 verre,	c'est-à-dire	200	grammes.
1er janvier.		1	—	200	—
2	—	1 1/2	—	300	—
3	—	2	—	400	—
4	—	2	—	400	—
5	—	2	—	400	—
6	—	4 1/2	—	900	—
7	—	14	—	2800	—
8	—	17	—	3400	—
9	—	16	—	3200	—
10	—	21	—	4200	—
11	—	19	—	3800	—
12	—	17	—	3400	—
13	—	18	—	3600	—
14	—	19	—	3800	—
15	—	20	—	4000	—

---

ainsi à l'Institut : « Il s'agit d'un squelette humain, dans les cavités duquel sont placés des organes, des viscères, des vaisseaux de tout genre, des nerfs imitatifs, etc., le tout revêtu d'une enveloppe qui figure les téguments communs, et donne au sujet, quand elle est en place, l'aspect d'un homme nu, et, quand elle est enlevée, celui d'un corps humain écorché... M. Ameline a surpassé tout ce qu'on a pu faire et tenter dans ce genre, et l'on ne saurait même, sans injustice, lui contester le titre d'inventeur... »

2° *Société de médecine de Paris.* — Dans sa séance du 19 octobre 1819, la Société avait nommé, pour examiner ma pièce anatomique (Joseph), une commission composée de Dupuy, Faurel, Nacquart, Roux et Mérat. Ces messieurs se sont transportés chez moi, à mon domicile momentané de Paris, le 23 octobre. Puis, le 21 décembre suivant, Mérat a lu son rapport. Voici ce qu'on y lit : « Le modèle dont il s'agit consiste dans la représentation d'un cadavre humain de grosseur et de forme naturelles, recouvert de sa peau, de ses poils, le tout en carton colorié, sauf les veines, artères et poils, qu'on a représentés par des cordes ou fils, enduits d'un vernis également colorié ou de poils naturels. Toutes les parties qui composent ce corps artificiel sont appliquées sur un squelette naturel, se détachant séparément pour être démontées et étudiées... Il serait à désirer que chaque médecin ou chirurgien pût avoir dans son cabinet, et, à plus forte raison, chaque école d'enseignement, une pièce semblable à celle que M. Ameline vient de présenter à la Société... » (*Journ. gén. de méd.*, janvier 1820, ou t. LXX, p. 61-69.)

3° *Société royale académique des sciences.* — Vous pouvez lire dans la *Revue encyclopédique* (t. IV, octobre 1819, p. 584) ce passage : « Cette Société a entendu avec le plus vif intérêt, dans une de ses dernières séances (8 octobre 1819), le rapport de MM. le chevalier Fabré-Palaprat et Pajot-Laforest sur le *mannequin anatomique* du docteur Ameline; admis à démontrer lui-même l'utilité de cet immense travail, il a été reçu par acclamation membre correspondant, et la Société a

16	—	18	—	3600	—		
17	—	16	—	3200	—		
18	—	12	—	2400	—		
19	—	12	—	2400	—		
20	—	12	—	2400	—		
21	—	11	—	2200	—		
22	—	10	—	2000	—		
23	—	8	—	1600	—		
24	—	8	—	1600	—		
25	—	9	—	1800	—		
26	—	8	—	1600	—		
27	—	6	—	1200	—		
28	—	5	—	1000	—		
29	—	6	—	1200	—		
30	—	4	—	800	—		
31	—	4	—	800	—		

Cette fois la malade a rendu encore davantage, 648 litres en 32 jours, 488 environ de plus qu'elle n'avait pris. Or, deux remarques intéressantes sont à faire.

La diurèse a été abondante, malgré la très petite quantité du médicament.

L'action de ce dernier a été en raison directe de son indication.

Les doses n'ont pas varié pendant toute la durée du traitement, mais, comme le médicament ne porte son action que sur la sérosité du sang, du moment que le liquide séreux manque, son action cesse.

Ce fait est important, car il prouve que l'on peut administrer la digitale longtemps sans crainte que la diurèse se fasse aux dépens des tissus, comme il arrive pour les diarrhées entretenues par les drastiques dans les mêmes cas.

Ce qui nous paraît le démontrer, c'est qu'au fur et à mesure que la diurèse se faisait, chaque fois l'appétit a reparu chez notre malade, ainsi que les forces.

Pendant deux mois et demi le mieux s'est bien maintenu; mais, vers le 15 avril, les symptômes prodromiques se sont montrés de nouveau.

La malade me racontait dernièrement qu'elle sentait quand elle allait être reprise de gonflement avec crises d'étouffement; ces symptômes étaient précédés par la perte d'appétit, des idées tristes et une tendance à s'agacer pour la moindre chose; il y avait en même temps apparition de la soif, diminution des urines, constipation.

Aussi, recommença-t-on le traitement par 30 grammes d'huile de ricin, et on fit prendre à la malade trois paquets de 25 centigrammes en macération dans l'espace de dix jours. Voici le résultat :

Le 26 avril, 2 verres, c'est-à-dire 400 grammes.
Le 27, 6 verres : 1200 grammes.
Le 28, 7 verres 1/2 : 1500 grammes.
Le 29, 10 verres : 2000 grammes.
Le 30, 12 verres 1/2 : 2500 grammes.
Le 1er mai, 10 verres : 2000 grammes.
Le 2, 12 verres : 2400 grammes.
Le 3, 11 verres : 2200 grammes.
Le 4, 9 verres : 1800 grammes.
Le 5, 7 verres : 1400 grammes.

A la fin de mai, trois nouveaux paquets furent pris, précédé d'une purgation.

Le 29 mai, 6 verres de matières fécales.
Le 30, 2 verres d'urine : 400 grammes.
Le 31, 3 verres : 600 grammes.
Le 1er juin, 11 verres : 2200 grammes.
Le 2, 12 verres : 2400 grammes.
Le 3, 12 verres 1/2 : 2500 grammes.
Le 4, 14 verres : 2800 grammes.
Le 5, 11 verres : 2200 grammes.
Le 6, 15 verres : 3000 grammes.
Le 7, 9 verres : 1800 grammes.

Depuis la fin de janvier, ma malade, grâce aux précautions qu'elle a prises, se porte tout à fait bien et travaille avec sa fille. En plus de son traitement diurétique, elle prend de temps en temps un litre de vin de quinquina, et, depuis trois ans, elle déclare ne s'être jamais si bien portée. Elle sort même quand il fait beau, et peut sans fatigue faire un demi-kilomètre de promenade.

Quelle est donc l'affection du cœur dans laquelle la digitale a produit de si beaux effets diurétiques, même à doses des plus petites ?

La réponse est délicate. Pour moi, j'ai toujours considéré Mme D... comme atteinte d'une dilatation très probablement hypertrophique du cœur droit, due aux émotions domestiques violentes et fréquentes qu'elle a éprouvées pendant plusieurs années. Elle est nerveuse; chez elle, par conséquent, les émotions ont dû avoir un retentissement plus marqué. Cette dilatation du cœur droit doit être compliquée d'une lésion mitrale très légère, et qui en temps ordinaire permet au cœur un fonctionnement assez régulier.

Ce diagnostic me paraît résulter des considérations suivantes :

1° Pour la dilatation du cœur, la constante irrégularité avec tumulte des battements du cœur, signe d'un manque d'harmonie entre les battements du cœur droit et du cœur gauche; la difficulté de sentir le choc de la pointe, tandis que le cœur semble se heurter tout entier contre la poitrine; enfin la déviation légère de l'organe à droite et en bas avec fréquents battements épigastriques;

2° Pour la lésion mitrale que je supposerais plutôt une insuffisance, c'est la petitesse constante du pouls, son irrégularité de marche et de force dans la succession des pulsations. Et ce qui me la fait croire légère, c'est que l'on n'entend aucun bruit de souffle, et que l'équilibre dans la circulation se rétablit malgré les palpitations et l'irrégularité du pouls, dès que les battements du cœur sont moins précipités, et le système vasculaire moins plein.

Ce diagnostic me semble le plus admissible puisqu'il n'existait aucune lésion rénale; aussi tout en restant sur une grande réserve, n'ai-je pas hésité à le donner, comme pouvant aider d'autres observateurs dans des recherches analogues.

---

arrêté que le rapport serait adressé par son premier vice-président, M. l'abbé Sicard, à S. E. le ministre de l'intérieur. On sait que, précédemment, le savant M. Percy avait également lu à l'Institut un rapport concernant ce mannequin, qui rappelle l'anatomie imitative en cire de Mlle Reyrou, et l'*homme de bois* de Fontana, à Florence (1). »

4° *Athénée des arts.* — Rapport présenté le 27 décembre 1819, signé : Ponce, Fabré, Mirault, Luton, Devilliers : « Votre commission vous propose d'accorder à M. Ameline le maximum des récompenses dont vous vous plaisez à honorer le talent. »

(1) Il y a là deux petites corrections à faire : Mlle *Reyrou*, c'est Mlle *Biheron*, laquelle ouvrit, en effet, le 13 mai 1761, à Paris, sur la Vieille-Estrapade, au coin de la rue des Poules, un musée dans lequel était exposée « une anatomie artificielle sur un corps tronqué aux extrémités, avec le développement des viscères contenus dans les trois ventres ». La cire faisait, pour la plus grande part, les frais de cette pièce, dans laquelle, pourtant, Mlle Biheron avait fait entrer des étoffes flexibles. Quant à l'*homme de bois* de Fontana, il est maintenant au musée anatomique de la Faculté de médecine de Paris.

5° *Conseil royal de l'instruction publique* (décembre 1820). — Au nom d'une commission composée de Cuvier, Poisson, Duméril, Gueneau de Mussy, Royer-Collard et Hallé, ce dernier fait un rapport très favorable sur mes travaux d'anatomie classique. Je pourrais, mon cher Marie, vous citer d'autres documents, que j'ai, du reste, réunis dans une brochure publiée en 1819, sur *l'utilité des pièces d'anatomie artificielle*. Je pourrais aussi vous renvoyer aux journaux du temps, à la *Gazette de santé* du 15 janvier 1820, à la *Revue encyclopédique* (t. VIII, 1820, p. 638).

A quoi bon! Mettez tout cela sous les yeux de vos contradicteurs, et ils y apporteraient bien de l'entêtement s'ils ne reconnaissaient, *qu'en* 1819, j'ai exhibé devant les compagnies savantes un homme artificiel complet, de grandeur naturelle, fabriqué principalement en carton. Sans doute, la confection de toutes les parties qui le composaient laissait à désirer sous le rapport de la finesse de l'exécution; moi seul modelais le carton, moi seul je le coloriais; et, en vérité, je n'étais pas

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Vaccination et revaccination obligatoire.

Grenoble, le 15 juin 1880.

Depuis huit ans que j'exerce les fonctions de médecin vaccinateur chargé de la conservation du vaccin pour le département de l'Isère, je n'ai pas oublié une seule fois de mentionner, dans mes rapports à l'Académie de médecine, la nécessité d'une loi sur le service de la vaccine; mais, à ce sujet, permettez-moi une réflexion. La difficulté d'entretenir le vaccin est considérable. Voué tout seul à cette tâche dans un département populeux, qui ne compte pas moins de 190 médecins, j'en puis parler en connaissance de cause. De là cette conviction qu'un projet de loi rendant la vaccination obligatoire, tel que l'a présenté notre distingué confrère le député Liouville, serait insuffisant, et je dis même *inefficace*, si un paragraphe spécial ne stipulait pas des mesures coercitives (que je m'abstiens d'indiquer) contre les parents qui se refuseraient à laisser cueillir du vaccin sur leurs enfants. C'est ainsi que la question a été comprise en Allemagne, où une loi votée par le Reichstag édicte des mesures très sévères contre les délinquants.

Mais s'il s'agit d'inscrire dans cette loi des articles ayant une portée pratique et permettant de favoriser la propagation de la vaccine, par une culture plus répandue et plus facile du virus vaccin, je voudrais aussi que certains articles, tels que ceux qui concernent l'obligation de la revaccination, n'y fussent pas insérés, et voici pourquoi :

On n'assujettira jamais une population à se faire revacciner tous les dix ans, si la nécessité n'en a pas été bien démontrée. Or, s'il est prouvé d'une manière irréfutable que la vaccination met à l'abri de la petite vérole, il n'est pas prouvé *qu'il soit indispensable d'être revacciné* pour ne pas la contracter à nouveau. Sur un chiffre de deux cents revaccinations pratiquées à tout âge et toujours avec du vaccin primitif pris de bras à bras, j'ai obtenu *sept à huit succès*, ce qui est peu relativement au chiffre des revaccinations.

Ainsi donc, courons au plus pressé, inscrivons dans la loi l'obligation pour la première vaccination, et des mesures coercitives pour les parents qui mettraient le médecin dans l'impossibilité de continuer ses opérations, faute de laisser cueillir du vaccin. Ce sera là le côté pratique et efficace de la loi. Mais s'il est juste de frapper d'une pénalité les gens de mauvaise foi, il serait souverainement injuste de ne pas inscrire dans la loi que des primes, dont la valeur varierait, seraient allouées, sur la proposition des médecins vaccinateurs, aux mères de famille qui se seraient signalées par un zèle et une complaisance à toute épreuve, pour faciliter la tâche du médecin vaccinateur. Cette clause est indispensable, et voici ce que l'expérience m'a permis de constater. Chaque année, je vais vacciner dans une commune des environs de Grenoble. A ma première visite, j'ai en moyenne *vingt enfants* à vacciner. Lorsque je me présente à la deuxième visite, *dix-huit enfants* manquent à l'appel et deux seulement sont présentés. Ces deux mères de famille qui avaient échappé à la contagion trouvaient très extraordinaire d'être en si petit nombre, se promettant bien, les années suivantes, de faire comme les autres, ce qu'elles firent en effet. Eh bien, si j'avais eu à leur offrir une prime en récompense de l'accomplissement de leur devoir, je n'aurais pas vu cette contagion devenir générale et rendre impossible le service de la vaccine dans cette commune.

Dans une prochaine lettre, je me propose de traiter la question des revaccinations dans l'armée, pour montrer qu'elle peut être considérée comme un complément de la future loi.

Dr H. Bernard,

Médecin vaccinateur à Grenoble, chargé de la conservation du vaccin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Proportion de l'acide carbonique dans l'air; réponse à M. *Marié-Davy*. Note de M. *J. Reiset*. — L'auteur maintient toutes les conclusions de ses précédentes communications. Il conteste l'assertion suivante de M. Truchot, sur laquelle s'est appuyé M. Marié-Davy : « La proportion d'acide carbonique diminue assez rapidement à mesure qu'on s'élève dans l'atmosphère; et ce résultat n'a rien d'étonnant lorsque l'on considère, d'une part, que c'est à la surface du sol que se produit l'acide carbonique, et, de l'autre, qu'il est notablement plus lourd que l'air. » Enfin il appelle sur ce point de nouvelles expériences. (Commissaires : MM. Dumas, Deville, Hervé Mangon, Berthelot, Debray.)

Académie de médecine

SÉANCE DU 29 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvé l'élection de M. le docteur Dujardin-Beaumetz comme membre titulaire dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Jolly.

L'Académie reçoit : 1° Une note de M. le docteur Ballońé (de Perpignan), intitulé : *Page de physiologie pathologique ;* 2° Une note de M. le docteur Edouard Fournié relative à la dernière communication de M. le docteur Gellé.

M. *Henri Bouley* présente, au nom de M. Mégnin, un ouvrage intitulé : *Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et les animaux sauvages*, avec figures dans le texte et atlas.

Loi sur la protection du premier age. — A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *Théophile Roussel*, auteur du projet de loi sur la protection des enfants du pre-

(1) Voy. aux *Variétés*.

artiste en ce genre. Il est certain que, si j'avais pu employer des ouvriers habiles dans le cartonnage, j'eusse obtenu plus de moelleux dans mon travail; sans doute, mes pièces anatomiques étaient loin d'offrir l'admirable perfection des pièces en cire. Mais je n'avais qu'un but, construire un sujet anatomique dont toutes les pièces pussent se démonter et se remonter à volonté. Ce n'était pas la satisfaction des yeux, le séduisant de la chose qui me préoccupait, c'était l'utilité pratique. Je sacrifiais volontiers les petits détails pour copier la nature en gros.

Braquant mon télescope du côté de notre chère ville de Caen, je n'y vois plus les pièces anatomiques que j'ai fabriquées; mais le dirigeant vers l'Angleterre, je m'aperçois qu'elles y sont encore, transportées là, longtemps après ma mort, pour des raisons qu'il ne me plaît pas de faire connaître. Mais vous pouvez en voir la liste, avec une suffisante explication des principales, dans une notice nécrologique que le docteur Eudes Deslongchamps a bien voulu écrire en 1836, c'est-à-dire une année après ma mort. Vous y verrez : deux pièces entières, représentant l'homme debout, les bras tendus; une pièce entière dans l'attitude d'un lutteur, muscles seulement; un homme transparent, muscles, vaisseaux et nerfs; un enfant de huit à dix ans, muscles d'un côté seulement; le larynx, l'œil, l'oreille, avec des dimensions gigantesques; diverses pièces pour l'étude des hernies, etc., etc.

Pardonnez-moi cette lettre un peu longue; mais on est bavard ici, où l'on n'a rien à faire. D'ailleurs les occasions d'échanger nos idées avec les amis de là-bas sont rares. Je n'ai pas voulu vous envoyer ces lignes sans les montrer à Auzoux, qui les a lues et les approuve. Pourtant il s'est ensuite établi entre nous deux un petit dialogue que je vous communiquerai dans une seconde lettre.

Adieu, ou plutôt au revoir, car vous ne pouvez manquer de venir bientôt nous trouver. Ne vous effrayez pas... On est très bien ici.

Jean-François Ameline, *ex-professeur d'anatomie à l'Ecole secondaire de médecine de Caen.*

mier âge adopté, il y a cinq ans, par l'Assemblée nationale, s'étonne que le premier rapport sur les résultats de l'application de cette loi, pendant les cinq dernières années, ait été mentionné purement et simplement sans commentaires au *Bulletin*. Il rappelle que cette loi de protection a été véritablement l'œuvre de l'Académie, qu'elle est née des discussions élevées au sein de cette Société savante, et de l'enquête à laquelle elle s'est livrée sur la mortalité des enfants du premier âge. Il y avait donc lieu de penser que le premier rapport sur les résultats de l'application de cette loi, pendant les cinq années écoulées depuis sa promulgation, ne passerait pas inaperçu et serait accompagné de quelques commentaires de la part de M. le secrétaire perpétuel, qui représente l'Académie à la commission d'exécution de ladite loi (Voy. p. 447).

Variole intra-utérine. — M. *Léon Labbé* présente, au nom de M. le docteur Albert Vidal (de Grasse), une pièce pathologique d'un grand intérêt. Il s'agit d'un fœtus venu au monde vivant et couvert de pustules varioliques sans que la mère, vaccinée, ait jamais subi aucune atteinte de variole. Les pustules, au moment de la naissance de l'enfant, paraissaient arrivées au septième ou huitième jour; elles étaient plus larges que des pustules de variole ordinaire, mais elles étaient si parfaitement ombiliquées qu'on ne pouvait les rattacher ni au pemphigus ni à une affection autre que la variole. L'enfant mourut au bout de quelques heures, mais M. Vidal conserva la pièce qu'il présente aujourd'hui à l'Académie.

M. Vidal rappelle seulement ce fait qui peut avoir une grande importance, mais dont il ne se permet pas de tirer aucune déduction : c'est que, d'après les caractères qu'il présentait à sa naissance et d'après les renseignements fournis, l'enfant a été conçu à la fin du mois de novembre ou au commencement de 1870; or, *le père fut atteint de variole semi-confluente dans les premiers jours du mois de décembre* 1870.

La mère avait été vaccinée dans son enfance, et sa santé ne fut en rien altérée pendant le cours de la maladie de son mari, ni après cette maladie.

Inoculation de la phthisie et de la rage. — M. le docteur *Chavernac* (d'Aix) fait une communication relative à des expériences qu'il a entreprises en 1868 au sujet de l'inoculation de la phthsie et du virus rabique de l'homme aux animaux.

Les expériences sur la phthisie faites sur trente-six lapins sont absolument négatives. L'auteur croit que dans la nourriture réside le succès ou l'insuccès de ses inoculations. Il rappelle le mot spirituel de Dumouriez à la Convention : *Nos lapins n'ont pas de pain; pas de pain, pas de lapins*.

Pendant le cours de ces expériences, on amena à l'hôpital d'Aix, où l'auteur était chirurgien chef interne, un homme atteint d'hydrophobie due à la morsure d'une louve. Le docteur Chavernac eut l'idée d'inoculer un lapin avec la bave sanguinolente du cadavre. Il fit à l'animal deux inoculations, une derrière le cou et l'autre à l'aine. L'animal ne présenta aucun symptôme anormal pendant la quinzaine. Du dix-septième jour au dix-neuvième, il présenta successivement les suivants : inappétence, tremblement de la peau, changement dans les habitudes, inquiétude, anxiété, frayeur, photophobie, fuite précipitée et désordonnée avec une rapidité vertigineuse. Quand l'animal s'est enfui, il n'avait pas mangé de trois jours. L'auteur croit qu'il a dû mourir dans la journée, et il n'est pas téméraire d'affirmer que l'inoculation a eu pour résultat de transmettre la rage humaine au lapin.

Variole et vaccine. — M. *Jules Guérin* donne lecture d'une note dans laquelle il émet le vœu de voir M. Pasteur engager un débat sur l'importante question de la variole et de la vaccine. L'agitation qui règne en ce moment autour de la vaccine, les dissidences sur la valeur relative de la vaccine animale et de la vaccine jennerienne, sont autant de motifs qui doivent faire donner la préférence à cette grande question.

Invité par M. le *Président* à répondre, M. *Pasteur* dit qu'il n'a aucune réponse à faire à la communication de M. Jules Guérin.

Rapports. — M. le docteur *Blanche* donne lecture, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bergeron, Baillarger et Peisse, d'un rapport sur le prix Alfaro.

La question portait sur les moyens qu'on pourrait apporter au traitement des aliénés dans les asiles publics et privés, et surtout sur le traitement moral.

Après un exposé dans lequel il retrace de main de maître le grand rôle du médecin dans les asiles d'aliénés, M. le rapporteur propose de lire en comité secret les conclusions de son rapport.

Eaux minérales. — M. *Riche* donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, d'un rapport relatif à l'analyse des eaux de Bussang.

A quatre heures un quart l'Académie se forme en comité secret.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Paralysie pseudo-hypertrophique. — Lésions de la muqueuse gastrique dans la fièvre typhoïde : M. Cornil.

M. *Cornil* fait connaître un nouveau cas de *paralysie pseudo-hypertrophique* observé dans le service de M. Bergeron, qui déjà en 1867 avait apporté une première observation de cette

---

DEUXIÈME LETTRE.

Mon cher Marie,

Je vous ai promis, dans ma première lettre, de vous raconter la conversation que j'ai eue avec Auzoux. Je tiens aujourd'hui ma parole. Lisez donc :

Moi. — Voyons, mon cher confrère ! vous êtes bon, honnête. Vous n'avez jamais cessé d'attirer sur vous l'estime générale, une estime mêlée d'admiration pour vos utiles travaux. Je ne peux croire que vous ne rendiez pas justice aux miens, et que vous vous déclariez l'inventeur des pièces anatomiques artificielles faites avec autre chose que de la cire ou du bois. Vous savez bien que, dès l'année 1783, je songeai au carton ramolli, malaxé, pétri d'une certaine façon ; que jusqu'en 1808, je fis des essais nombreux; que je fabriquai d'abord des muscles, puis des viscères; que je simulai les artères, les veines, les nerfs, par des cordes à boyaux ou des fils recouverts d'un certain vernis; et qu'en 1819, vous avez vu un homme entier sorti de mes mains. Laissez-moi aussi vous rappeler que, longtemps avant qu'il fût question de vos préparations, vous vîntes me voir à Caen, recommandé par un ami commun... Avec quelle joie, avec quel empressement je vous fis voir en détail toutes mes pièces ! N'allez pas croire, pourtant, que je vous soupçonne d'avoir surpris mon procédé pour vous l'approprier... Je vous tiens en trop grand honneur pour cela... Mais, enfin, j'avais imaginé des moyens, que l'on a bien voulu reconnaître comme ingénieux, pour rendre mobiles les pièces de mes mannequins, sans que les formes s'altérassent, sans nuire à la solidité... Qui sait si, sans mal vouloir, vous n'avez pas puisé là une idée que vous deviez appliquer plus tard?... Je ne me fais pas, du reste, illusion, lorsqu'il s'agit de comparer vos magnifiques préparations avec les miennes. J'ai été le précurseur, vous le continuateur inimitable... Je n'ai pas d'autre ambition... Jamais, avec mon

affection devant la Société. Le premier malade observé pendant longtemps par M. Bergeron offrait un type très accentué de cette maladie, qui se montre chez des enfants de sept à quinze ans présentant un système musculaire en apparence très développé, formant sous la peau des reliefs parfois considérables, mais qui peuvent à peine marcher et sont incapables du moindre effort. Cet enfant mourut en 1870, et les lésions furent alors minutieusement étudiées et décrites par M. Charcot. Le tissu musculaire est remplacé par une sorte de gangue cellulo-adipeuse très abondante dans la gaîne des faisceaux musculaires primitifs et formant une sorte de tissu gris jaunâtre lardacé; de distance en distance on voit de minces faisceaux de fibres musculaires striées; la striation est nettement conservée et la texture de ces fibres est normale, ce qui constitue un fait important; mais elles sont moins volumineuses que dans un muscle sain, elles semblent atrophiées. Duchenne (de Boulogne) et Cohnheim ont aussi fait connaître des lésions identiques dans des cas semblables. Dans la moelle et les nerfs on ne trouve aucune altération appréciable. L'observation que M. Cornil apporte aujourd'hui est celle du frère cadet du malade de M. Bergeron; on ne peut cependant pas voir là une affection héréditaire, puisque les parents de ces deux enfants sont d'une excellente santé. On retrouve dans ce nouveau cas la même marche clinique et les mêmes lésions histologiques, faciles à constater sur les préparations placées sous les yeux de la Société.

— M. *Cornil* a soigné dernièrement dans son service un malade entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 mai 1880, pour une fièvre typhoïde datant de trois semaines; la céphalalgie, les étourdissements, l'insomnie, la diarrhée, une fièvre intense qui a oscillé entre 39°,1 et 40 degrés, ne pouvaient laisser de doute sur le diagnostic; mais cet individu présentait depuis les premiers jours de sa maladie un phénomène anomal, une complication relativement rare de la dothiénentérie; il avait des nausées et des vomissements de matières bilieuses ou terreuses répétés chaque jour. Peu de temps après son admission à l'hôpital il fut, de plus, atteint de pneumonie lobaire franche, accident qui s'est montré fréquent dans la dernière épidémie, et auquel il succomba. A l'autopsie on constata quelques rares plaques de Peyer ulcérées, tout un lobe pulmonaire hépatisé, et en outre de curieuses lésions de la muqueuse gastrique. Les glandes de cette muqueuse, de longueur et de volume normaux, étaient séparées vers la partie terminale de leur tube excréteur par des bourrelets de tissu conjonctif assez volumineux; des vaisseaux nombreux et congestionnés parcouraient ce tissu et étaient entourés d'une grande quantité de petites cellules lymphatiques rondes descendant plus ou moins loin entre les tubes des glandes. Au-dessous des culs-de-sac glandulaires, au-dessus de la couche musculaire de la muqueuse, on retrouvait la même vascularisation, la même infiltration de cellules lymphatiques se prolongeant entre les culs-de sac. Cette lésion de nature inflammatoire se retrouvait dans toute l'étendue de la muqueuse de l'estomac; les cellules des glandes elles-mêmes étaient granuleuses, et dans les glandes à mucus, au lieu de cellules caliciformes caractéristiques, on ne trouvait que des cellules pavimenteuses remplies de fines granulations. C'est là une *gastrite* dans le sens anatomique de ce mot. Cette altération est-elle sous la dépendance de la dothiénentérie? M. Cornil en a la conviction; c'est pour lui une véritable inflammation catarrhale tout analogue à celle que l'on constate presque toujours dans les muqueuses des voies respiratoires ou de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde.

M. *Laboulbène* demande quelques détails sur l'état du système nerveux dans la paralysie pseudo-hypertrophique.

M. *Cornil* répond que la section des faisceaux nerveux dans le corps même du muscle laisse voir nettement le cylinder axis et la gaîne de Schwann séparés par la myéline que colore en noir l'acide osmique; les tubes minces alternent avec des tubes de plus gros calibre, ainsi que MM. Ranvier et Axel-Key l'ont montré à l'état physiologique; il n'y a donc là aucune altération des nerfs; on retrouve même dans quelques points des faisceaux nerveux absolument intacts au milieu du tissu cellulo-graisseux pathologique. Les terminaisons nerveuses dans le muscle n'ont pu être rencontrées, peut-être à cause du temps trop long écoulé depuis la mort du malade. La moelle était absolument saine; quelques granulations colorées en rouge par le carmin dans les grosses cellules motrices des cornes antérieures ne sont que des granulations normales de pigment.

M. *Dujardin-Beaumetz* soigne en ce moment une jeune fille de dix-neuf ans atteinte de la même maladie et qui présente une atrophie considérable de la rotule. Le fait d'atrophie osseuse, au moins pour les os renfermés dans les tendons des muscles atrophiés, a-t-il été déjà signalé?

M. *Cornil* ne sait pas si chez le malade dont il a parlé, cette altération a été notée, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée par lui. Il n'a rien vu de semblable décrit dans le mémoire de Duchenne (de Boulogne).

— M. *Dujardin-Beaumetz* dépose sur le bureau le premier volume de la seconde édition de son *Traité de clinique thérapeutique*, comprenant le traitement des maladies du cœur, de l'aorte, de l'estomac et de l'intestin. Il insiste surtout dans cet ouvrage sur la cure des anévrysmes de l'aorte par l'électropuncture, et sur l'importance de l'hygiène dans les affections du tube intestinal.

— A quatre heures et demie la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

---

modus faciendi, je n'eusse pu faire votre admirable hanneton...

Auzoux. — Tout ce que vous dites là, cher maître, est vrai... Ce sont vos ingénieux et courageux efforts qui m'ont inspiré... Mon entrée dans la carrière ne date réellement que de l'année 1822, époque à laquelle j'écrivis un mémoire que j'adressai au ministre de l'intérieur, sur une pièce d'anatomie de mon invention, lettre qui fut renvoyée à l'Académie de médecine. Cette savante compagnie entendit (séance du 19 novembre 1873) le rapport de Desgenettes. Le respect que j'ai pour la vérité m'oblige à extraire de ce rapport le passage suivant :

« Vos commissaires croient devoir commencer par observer que les procédés de fabrication employés par M. Auzoux, sont moins une innovation ou une découverte qu'une imitation très perfectionnée de ce qui a été tenté déjà et exécuté avec plus ou moins de succès... Nous ne dissimulerons pas que les travaux de M. Auzoux ont plusieurs points de contact avec ceux de M. Ameline, déjà justement encouragé... Vos commissaires n'entreprendront point un parallèle, et se garderont de prononcer, en cet instant, entre *celui qui a ouvert la carrière* et M. Auzoux, qui marche dans une direction telle qu'il ne se rencontre plus avec M. Ameline... » Cela est signé : Béclard, Duméril, P. Cloquet, Breschet et Desgenettes.

Loin de moi, aussi, la pensée de laisser sous le boisseau le rapport que Desruelles lisait, le 19 novembre 1823, à la *Société médicale d'émulation*, et dans lequel le savant rapporteur faisait remarquer que « M. Auzoux a été devancé dans la carrière par M. Ameline, de Caen, qui, le *premier*, s'est occupé du même sujet, et qui, *dans le temps*, a recueilli de justes applaudissements... Si M. Auzoux *n'est point l'inventeur*, il a tellement perfectionné *son modèle*, et il a avec lui tant de favorables ressemblances, qu'en louant aujourd'hui le travail de M. Ameline, nous deviendrions peut-être injustes envers M. Auzoux... »

Société de biologie.

SÉANCE DU 26 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Circulation lymphatique chez les poissons : M. G. Pouchet. — Influence de l'eau oxygénée sur la fermentation : M. Regnard. — Variabilité du trajet des fibres du pédoncule cérébelleux inférieur : M. Luys. — Fibres vaso-motrices du poumon ; effets du resserrement des vaisseaux pulmonaires sur la circulation intra-cardiaque et la circulation aortique : M. François-Franck.

M. *G. Pouchet*, à propos d'une note récente de M. Jourdain à l'Académie des sciences, expose les principaux résultats de ses recherches sur la circulation lymphatique des poissons. Il a fait ses expériences sur des turbots; celles de M. Jourdain ont été exécutées sur de jeunes soles : c'est peut-être à la différence des sujets examinés qu'il faut attribuer quelques-unes des différences dans les résultats obtenus.

Les deux observateurs sont d'accord sur ce fait que la circulation lymphatique est extrêmement rapide; mais, contrairement à M. Jourdain, qui considère cette circulation comme constante et régulière, M. Pouchet insiste sur ce fait qu'elle lui a paru absolument variable dans sa rapidité, et irrégulière dans les variations qu'elle présente. Il croit, sans pouvoir cependant l'affirmer, que le sens du courant peut se renverser dans un même tronc lymphatique. De plus, en examinant différentes régions, il a noté que la circulation lymphatique ne présentait aucun rapport dans les divers points examinés : il y a des circulations locales complètement indépendantes dont on ignore du reste complètement le mécanisme.

Un autre fait important, c'est que le liquide contenu dans les réseaux lymphatiques des organes périphériques, des nageoires, par exemple, n'est pas transporté directement dans les vaisseaux sanguins : il est facile de s'en assurer en examinant au microscope les déplacements de substances variées, facilement reconnaissables, comme le lait, comme des matières solides ou des globules sanguins d'autres animaux qu'on a fait pénétrer dans les réseaux lymphatiques.

Enfin, ces réseaux vont bien plus loin vers la périphérie des nageoires que les réseaux sanguins, ce qui tient sans doute à ce qu'ils sont plus superficiels.

— M. *Regnard* a repris, en se servant d'eau oxygénée, les expériences que M. P. Bert avait faites sur la fermentation avec l'oxygène sous pression. Il a obtenu des résultats identiques sur tous les points : comme M. Bert l'avait observé avec l'oxygène, il a vu suspendre tout phénomène de fermentation dans les mélanges contenant de la levûre de bière, dans le lait, dans l'urine; il a constaté que le vin le plus détestable, sans acquérir de goût agréable, il est vrai, prend une odeur qui rappelle celle du vin de Malaga, se décolore et devient limpide; les cerises plongées dans l'eau ordinaire additionnée de quelques gouttes d'eau oxygénée, produisent de faibles quantités d'alcool que décèle aisément l'odorat, mais surtout l'analyse chimique. Non seulement la fermentation ne se produit pas, mais si elle était commencée, elle s'arrête; enfin l'eau oxygénée suspend la vie des algues qui ont subi son contact. En injectant de l'eau oxygénée dans le bout central de la carotide d'un chien, on observe des convulsions passagères très violentes, comme cela se produit avec l'oxygène sous pression; si cet accident se dissipe aussi rapidement, c'est qu'au contact de la fibrine du sang l'eau oxygénée se décompose.

Il paraît vraisemblable que l'action de l'oxygène sous pression n'est aussi identique à celle de l'eau oxygénée, que parce que l'oxygène dans ces conditions forme à la surface des corps de l'eau oxygénée; telle était au début l'idée de M. Paul Bert au sujet de l'influence antifermentescible de l'oxygène. M. Regnard a entrepris sur ce point des expériences directes, dont il soumettra plus tard le résultat à la Société.

Au point de vue de l'application, il est clair qu'on peut utiliser ces propriétés pour conserver un certain nombre de substances; mais M. Regnard s'est demandé, en outre, si l'eau oxygénée ne pourrait être utilisée dans les pansements; la difficulté consiste en ce que le liquide se décompose au contact des substances qui contiennent de la fibrine. Mais on pourra l'utiliser contre les parasites végétaux et animaux.

— M. *Luys*, à propos de la présentation faite dans la dernière séance d'un bulbe rachidien présentant un faisceau supplémentaire, montre des pièces et des photographies qui l'autorisent à admettre : 1° que les fibres arciformes de la région bulbaire ne sont autres que la terminaison des fibres des pédoncules cérébelleux inférieurs; 2° que ces fibres sont les unes profondes et ne font point saillie à l'extérieur, les autres superficielles et forment à la surface des corps restiformes et des pyramides antérieures des reliefs plus ou moins accusés. Les fibres profondes s'entre-croisent sur la ligne médiane, au-dessus de l'entre-croisement des pyramides, au niveau du raphé, et vont en partie se jeter dans l'olive du côté opposé. De là la relation physiologique entre l'olive d'un côté et l'hémisphère cérébelleux du côté opposé; de là aussi l'atrophie de l'olive du côté droit, par exemple, quand le lobe cérébelleux du côté gauche est atrophié.

— M. *François-Franck* rappelle les expériences des auteurs qui se sont occupés de l'innervation des vaisseaux du poumon (voy. *Gaz. hebd.*, mai-juin 1880, Sur les cardiopathies d'origine gastro-hépatique), et insiste particulièrement sur les résultats auxquels était arrivé M. Brown-Séquard. Ce physiologiste concluait contre la présence de vaso-moteurs pulmonaires dans le pneumogastrique, et en faveur de leur présence dans les filets du sympathique qui se détachent du ganglion thoracique supérieur.

Enfin, l'Institut, par l'organe de Duméril, ne vous a pas moins rendu justice (10 avril 1825), en disant : « Plusieurs artistes et quelques anatomistes, entre autres M. Ameline, de Caen, ont substitué, à une préparation en cire, des imitations en pâte de carton, modelées et coloriées, qui ont surtout l'avantage de pouvoir être placées, superposées, désunies, rassemblées... M. Auzoux *a perfectionné* ce genre d'exécution... »

Vous voyez, mon cher Ameline, que je ne vous ménage pas les félicitations qui vous sont dues. Et j'ai été si peu disposé à vous ravir le titre d'inventeur, que dans ma Notice sur mes préparations artificielles, publiée en 1820 (chez l'auteur, rue du Paon, n° 8), j'ai eu le soin de faire imprimer les documents officiels, qui sont bien favorables à mes nouvelles préparations, mais qui établissent votre antériorité dans la carrière que nous avons, tous deux, parcourue avec un succès différent...

Moi. — Hélas! oui... différent! Car tandis que vous obteniez les bonnes grâces du gouvernement qui vous accorda d'emblée trois mille francs comme payement d'une pièce complète qui vous était commandée, moi j'eus grand'peine d'obtenir, comme fiche de consolation, la croix de la Légion d'honneur, que je ne dus encore qu'au passage de Louis-Philippe à Caen, en août 1833...

Auzoux. — Vous méritiez mieux, mon cher Ameline... Votre projet d'intéresser le gouvernement à la création d'un grand établissement de fabrique de mannequins anatomiques était une noble et grande pensée, dont vous étiez en droit d'espérer la réalisation.

Ameline. — Vous avez été plus adroit et plus heureux... Cependant vous avez suivi la même voie que moi... Comme moi, vous vous êtes adressé aux Sociétés savantes; comme moi, vous avez publié une brochure destinée à appeler l'attention de tous ceux qui s'intéressaient à la vulgarisation de la science; comme moi, vous êtes venu de province à Paris pour lancer votre idée; moi je venais de Caen, vous du dé-

M. François-Franck arrive aux mêmes conclusions à la suite d'expériences directes sur chacun des nerfs qui aboutissent aux plexus cardio-pulmonaires.

Le procédé de recherche diffère complètement des procédés indirects employés auparavant : on étudie les effets mécaniques produits du côté du cœur droit et du côté de la circulation aortique par l'excitation des filets qui se distribuent au poumon. La théorie indique que, si ces nerfs font resserrer les vaisseaux pulmonaires, le ventricule droit, se vidant moins facilement, présentera une augmentation de pression intérieure pendant sa période systolique ; la théorie fait aussi prévoir que la pression s'abaissera dans le système aortique, qui recevra moins de sang du poumon. On a donc exploré simultanément la pression intra-cardiaque dans le cœur droit et la pression dans une carotide avant, pendant et après l'excitation des nerfs qui se rendent aux plexus cardio-pulmonaires. Le résultat essentiel est que, sous l'influence de l'excitation des branches internes du premier ganglion thoracique de chaque côté, la pression systolique s'élève dans le ventricule droit (obstacle à l'écoulement), tandis que la pression carotidienne s'abaisse (diminution d'afflux aortique).

Ces expériences ont été faites sans ouvrir la cavité pleurale, pour éviter les désordres considérables que cette opération provoque dans la circulation cardio-pulmonaire.

Une contre-épreuve toute physique paraît établir que les phénomènes observés sont bien la conséquence d'une gêne à l'écoulement du sang à travers le poumon : si l'on insuffle cet organe de manière à effacer, par l'excès de la pression de l'air à l'intérieur du poumon, le calibre des vaisseaux qui le traversent, on observe à la fois l'augmentation de la pression dans le cœur droit et la diminution de la pression dans le système aortique.

F.-F.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Rôle de la Société dane la revision du Codex : M. Vidal. — Suppositoires à l'ergotine. — Emploi de la duboisine dans la maladie de Basedow : M. Dujardin-Beaumetz. — Traitement du goitre vasculaire par les injections : M. Ferrand.

M. *Vidal* demande si la Société ne nommera pas une commission chargée de la représenter en vue de la revision du *Codex*. Si cette mesure, qu'il pense utile, était adoptée, la commission devrait, à son avis, émettre le vœu que dans le nouveau *Codex* on déterminât la façon de formuler, afin d'amener sur ce point une unité désirable; qu'il fût expressément recommandé d'écrire en toutes lettres les doses des substances dangereuses ; que l'on fixât un signe spécial propre à attirer l'attention du pharmacien sur une dose intentionnellement élevée au-dessus du chiffre ordinaire, ainsi que cela se pratique dans quelques pays, au moyen d'un (!) ; enfin la commission formulerait cet autre vœu, de voir une sorte de Codex européen, basé sur le système décimal, être adopté par toutes les nations civilisées.

M. *Blondeau* pense que cette question doit être mise à l'ordre du jour de la prochaine séance. Dans sa pratique, il emploie, à l'exemple de Trousseau, le procédé suivant : il fait suivre le chiffre d'une dose élevée peu ordinaire des mots : *Je dis...*, avec la dose répétée en toutes lettres. Il a vu, dans un cas de dysenterie, un pharmacien ne pas oser exécuter ponctuellement une ordonnance prescrivant une forte dose de laudanum.

M. *Moutard-Martin* fait observer que, dans ce cas, le pharmacien était répréhensible ; s'il a le droit et même le devoir de suspendre l'exécution d'une ordonnance jusqu'à confirmation de la part du médecin, ou même de refuser de fournir le médicament, il ne doit jamais, sous aucun prétexte, modifier lui-même la dose prescrite.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a essayé, à l'exemple d'un médecin belge, l'emploi de l'ergotine en suppositoires contre les métrorrhagies, dans les cas de fibromes utérins. Ces suppositoires renfermant 50 centigrammes d'ergotine, c'est-à-dire une dose environ cinq fois plus forte que celle d'une injection hypodermique, lui ont donné d'excellents résultats chez deux malades, qui ont été guéries, l'une après deux, l'autre après trois applications.

M. *Ferrand* a employé aussi les suppositoires lorsqu'il a étudié l'action de l'ergot sur les hémorrhoïdes. Une malade, entre autres, a été débarrassée d'un flux hémorrhoïdal persistant, après l'emploi de huit ou dix suppositoires renfermant chacun 25 centigrammes d'extrait d'ergot; cette malade n'a pas eu de flux anal depuis plus d'un mois.

M. *Vidal* a également essayé ce procédé dans le traitement du prolapsus rectal ; il se servait de suppositoires contenant 50 centigrammes à 1 gramme d'ergotine. Il a obtenu un effet moins marqué qu'avec les injections hypodermiques, et, en outre, les malades se plaignaient d'une sensation de brûlure très pénible au niveau de l'anus.

M. *Ferrand* fait remarquer que la dose n'est pas sans importance, à cause de la grande différence de sensibilité qui existe entre les muqueuses de l'estomac et celles du rectum ; ainsi, des lavements salés, qui amènent des contractions énergiques et douloureuses de l'intestin, ne produiraient pas un effet semblable s'ils étaient introduits dans l'estomac. Chez la malade hémorrhoïdaire dont il a communiqué l'an dernier

---

partement de l'Eure ; comme moi, vous avez formé les pièces de votre mannequin d'une pâte qui réunit la solidité à la souplesse ; comme moi, enfin, vous avez bâti ledit mannequin sur des os naturels... Je vous concède seulement que votre pâte, dont je ne connais pas la composition, est meilleure que la mienne, puisqu'elle est de nature à se couler dans des moules, de manière que les moules peuvent servir à reproduire à l'infini les parties qu'ls présentent...

AUZOUX. — Vous l'avez dit... Mes préparations, quoique suggérées par vos travaux, étaient très notablement supérieures aux vôtres... On a donné la préférence aux objets les mieux confectionnés... Cela était bien naturel...

MOI. — Sans doute... Mais ce n'était pas une raison pour que, quarante-cinq ans après ma mort, on vînt me jeter à la mer, et oublier que j'ai été, sans conteste possible, le précurseur dans la voie que vous avez brillamment parcourue...

AUZOUX. — Il y a quelque chose qui vous a fait beaucoup de tort : je veux parler de cette petite brochure échappée de votre plume en 1826, et dans laquelle vous ne me ménagez pas. Rappelez-vous-en le titre : *Observations sur les pièces d'anatomie de M. Auzoux...* Diable ! vous n'êtes pas tendre pour votre compétiteur... N'ai-je pas ouï dire que vous aviez eu même la pensée de m'appeler sur le terrain ?... C'eût été drôle, un duel entre médecins !...

MOI. — Est-ce bien vous qui pouvez me reprocher ce mouvement de colère ?... Aviez-vous, dans votre Notice, rendu hommage à mes travaux ? Aviez-vous seulement imprimé mon nom ? Les pièces louangeuses dont vous faites suivre cette brochure me rendent, sans doute, justice... Mais n'était-ce pas votre devoir de saluer en passant le pauvre anatomiste de Caen, qui avait tout sacrifié au profit d'une idée dont vous alliez recueillir tous les fruits ?...

AUZOUX. — Il ne me déplaît pas, mon cher Ameline, de confesser mes torts à cet égard... Mettons que ce fut un oubli... et n'en parlons plus.

l'observation, il a employé les injections hypodermiques d'ergotine, après avoir renoncé aux suppositoires renfermant du tannin, qui étaient très difficilement supportés.

M. *Moutard-Martin* croit qu'il existe, en effet, une différence incontestable entre l'estomac et le rectum au point de vue de la sensibilité; en outre, la muqueuse rectale absorbe bien plus facilement, ce qui oblige à n'employer que des doses inférieures à celles que l'on donnerait par la bouche. Il trouve l'exemple cité par M. Ferrand mal choisi : car l'eau salée, employée comme vomitif chez les animaux, excite fortement aussi la muqueuse gastrique; mais le chloral, si bien supporté par l'estomac, cause souvent en lavements des douleurs fort pénibles. Il s'étonne de voir que, dans certains journaux de médecine, on ait publié sous le nom de M. Courty (de Montpellier) la formule de l'injection d'ergotine qu'il a lui-même établie et que la plupart de ses collègues emploient journellement. On pourrait alors se demander si, parfois, les formules elles-mêmes ne sont pas plus exactes que les noms d'auteurs qui les accompagnent.

M. *Dujardin-Beaumetz* trouve ce fait d'autant plus surprenant que la formule de M. Moutard-Martin est pour ainsi dire classique. Il pense que désormais les suppositoires à l'ergotine doivent être recommandés comme efficaces dans le traitement des fibromes utérins; ils ne présentent pas d'ailleurs les dangers de l'injection d'ergotine en solution, que l'on a cherché à pratiquer le plus près possible de l'utérus et dans le parenchyme même de ce viscère, ce qui parfois a déterminé des péritonites mortelles. La formule peut être ainsi fixée : ergotine, 50 centigrammes; beurre de cacao, 5 grammes.

M. *Ferrand* pense que, si leur emploi s'accompagnait de douleurs, on pourrait diminuer la dose de chaque suppositoire et en multiplier le nombre.

M. *Blondeau* a employé des suppositoires tout analogues dans un cas de rétention d'urine; il en a obtenu de bons résultats.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a substitué la *duboisine* en injections hypodermiques à l'atropine, dans le traitement du goître exophthalmique. Dans les deux cas où il a employé cette médication, il a obtenu une grande diminution des palpitations et des battements vasculaires; en un mot, une notable amélioration. C'est d'ailleurs le seul résultat atteint jusqu'à ce jour par tous les procédés de traitement de cette affection. Il a, de plus, noté une facile accumulation des doses, bien qu'il n'injectât que de faibles quantités de duboisine : un quart de milligramme ou un demi-milligramme au plus; au bout de peu de jours apparurent des signes non douteux d'intoxication analogue à celle que produit la belladone; aussi faut-il interrompre tous les huit jours le traitement pendant plusieurs jours et ne pas le continuer trop longtemps. La solution qui sert aux injections peut se formuler ainsi : sulfate neutre de duboisine, 1 centigramme; eau distillée de laurier-cerise, 20 grammes. Chaque seringue de 1 centimètre cube renferme un demi-milligramme du sel de duboisine.

M. *Moutard-Martin* trouve naturelle l'accumulation des doses de cette substance, puisque les préparations de belladone se comportent de la même manière.

M. *Vidal* demande si la duboisine n'est pas employée par les oculistes.

M. *Dujardin-Beaumetz*. En effet; c'est Gubler qui le premier a fait connaître au sein de la Société les propriétés de cet alcaloïde; depuis, on s'en est servi en thérapeutique oculaire et il s'est montré plus actif que l'atropine.

— M. *Ferrand* soigne actuellement une jeune fille de vingt-cinq ans, atteinte d'un goître vasculaire volumineux amenant de la raucité de la voix. Des injections d'ergotine dans la tumeur ne pourraient-elles pas être employées?

M. *Labbé* a observé, tandis qu'il était interne de Velpeau, un cas de mort presque subite à la suite d'une injection iodée dans un kyste du corps thyroïde à parois très vasculaires. Ce souvenir lui ferait redouter de pratiquer une injection quelconque au niveau du corps thyroïde.

M. *Blondeau* rapporte que Luton a traité deux malades qu'il lui avait envoyées, pour des kystes du corps thyroïde, au moyen des injections iodées. La première a été guérie; mais, dans le second cas, une violente inflammation s'est développée, puis des accidents graves ont apparu et se sont terminés par la mort. En présence de ce résultat, il hésiterait beaucoup à essayer le traitement par les injections d'ergotine.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Transforation du crâne dans un cas de bassin rachitique, par M. le docteur Eugène Hubert.

Le transforateur de M. Hubert est trop peu connu en France : c'est, du reste, l'opinion de M. le docteur Guéniot, qui en a fait ressortir les avantages dans l'article Craniotomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :* seulement aux yeux de M. Guéniot, le céphalotribe est préférable à tous les instruments du même genre par la simplicité

Sur ce, nous nous serrâmes la main, et nous nous séparâmes les meilleurs amis... de l'autre monde.

Ameline.

Pour copie conforme :

Dr A. Chereau.

Meurtre présumé d'un aliéné. — Le 11 juin, un pauvre fou, J. H. Delamarre, âgé de soixante ans, détenu dans l'établissement d'Armentières (Nord), était trouvé étranglé dans son lit par la camisole de force. Sa mort fut d'abord attribuée à un accident. Mais les traces de coups demandaient explication, et le gardien déclare que c'est le fou qui, en se débattant, s'est fait lui-même ces contusions. Le gardien a été néanmoins mis en état d'arrestation.

Corps de santé militaire.— Par décret en date du 21 juin 1880, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe: M. Rizet (Louis-Pierre-Félix), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Durant (Pierre-Constant-Oscar), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes. — M. Chabert (Jean-Baptiste-Alfred), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Chambéry.

Au grade de médecin-major de 1re classe: (Choix). M. Caillard (Charles-Camille), médecin-major de 2e classe au 17e régiment de chasseurs. — (Ancienneté). M. Thomas (Auguste-Théophile-Marie), médecin-major de 2e classe au 24e régiment de dragons. — (Choix). M. Senut (Léonard-Jules), médecin-major de 2e classe au 7e régiment de hussards. — (Ancienneté). M. Aubert (Louis-René), médecin-major de 2e classe au 38e régiment d'infanterie. — (Choix). M. Utz (Joseph), médecin-major de 2e classe au 121e régiment d'infanterie.

de son mécanisme et de sa manœuvre. M. Tarnier avait déjà émis l'opinion que le transforateur permettrait difficilement de faire des perforations aussi nombreuses que cela peut être nécessaire. Or, l'opération que rapporte aujourd'hui M. Hubert tend à montrer que des transforations suffisantes peuvent être pratiquées dans les cas où la manœuvre est le plus difficile : car il s'agit d'une femme à bassin rachitique, chez laquelle le diamètre sacro-pubien ne dépassait pas 7 centimètres, et dont le col utérin présentait une ouverture grande à peine comme une pièce de 5 francs. La tète a été vidée, et le fœtus amené en dehors en moins de vingt-cinq minutes. Cette opération avait été pratiquée *in extremis*. La malade avait déjà la face cyanosée, l'intelligence obtuse, la respiration embarrassée et bruyante. Elle avait pris de fortes doses d'opium ; il fallut de plus recourir au chloroforme pendant le temps de l'opération. La cyanose augmenta, les extrémités se refroidirent, et la mort survint rapidement.

L'autopsie établit que le diamètre sacro-pubien a juste 68 centimètres ; la ligne sacro-cotyloïdienne gauche, 4 centimètres ; la droite, 5 centimètres. Le fœtus est de poids moyen ; sa tête est réduite à une sorte de chiffon ductile ; la cavité crânienne n'existe plus, et les os de la voûte, sous la pression des doigts, s'appliquent l'un contre l'autre par leur face interne.

L'auteur possède aujourd'hui 59 observations de transforation ; de ces 59 opérées, 7 sont mortes (11,86 pour 100) et 52 ont guéri (88,13 pour 100). Parmi ces dernières, 8 ont éprouvé des accidents puerpéraux (13,55 pour 100) et 44 ont eu des couches absolument normales (74,57 pour 100). Certes ce sont là des résultats heureux, supérieurs à ceux que donnent, d'une part, une statistique présentée par Hyernaux au congrès de Bruxelles, en 1875, et un relevé de 130 observations fait par M. Hubert père.

De l'emploi des os décalcifiés en place des drains de caoutchouc, par M. G. NEUBER.

Ce procédé est employé depuis quelque temps dans la clinique d'Esmarch : les résultats obtenus ne sont pas désavantageux. Voici en résumé les faits observés :

1° Lorsque le drain reste pendant un temps assez long dans une sécrétion catarrhale ou purulente, il se gonfle comme de la gélatine et finit par se dissocier en fines particules qui sont enlevées par la suppuration.

2° Dans les cas les plus ordinaires la résorption se fait par les granulations qui resserrent de tous les côtés.

3° Dans les tissus nécrosés, le drain reste longtemps inaltéré ; au bout d'un certain temps, qui varie avec le degré d'humidité de l'eschare, on observe un ramollissement lentement progressif de la couche la plus superficielle.

4° Le drain n'éprouve aucune modification de forme ni de consistance quand il est enveloppé entièrement d'un coagulum sanguin. (*Archiv. für Klin. Chir.*, t. XV.)

Un cas de panophthalmie à la suite d'une névrotomie du nerf sous-orbitaire, par M. KRETSCHMER.

Un officier de soixante-sept ans souffrait depuis de longues années d'une névralgie du trijumeau rebelle à tous les traitements. Il se décida à une opération qui fut pratiquée à Breslau dans le courant de 1879. Le nerf sous-orbitaire fut mis à nu à sa sortie du canal, tiré au dehors et finalement sectionné. Une petite portion fut excisée et le bout central du nerf cautérisé (au dire du malade). Les jours suivants, apparut, en même temps que des douleurs violentes, une ulcération de la cornée de l'œil droit, ulcération qui fit de rapides progrès, malgré l'atropine et un pansement protectif. Au bout de quinze jours on put constater tous les symptômes d'une panophthalmie grave, et qui, pendant plusieurs jours, menaça de se propager aux méninges. La guérison ne fut complète que deux mois après l'opération.

Les cas d'ophthalmie névro-paralytique à la suite de traumatisme des portions *périphériques* du trijumeau sont rares ; Langenbeck en a cité une observation, la seule probablement avec celle que nous venons d'analyser. (*Centralb. für prakt. Augenheilk*, mars 1880.)

Ligature de la carotide primitive dans un cas de glaucome ; amélioration marquée de la vision, par M. C. LANE.

L'auteur a eu recours à la ligature de la carotide primitive dans un cas de glaucome au début. L'œil droit était assez affecté pour que le malade ne pût distinguer les doigts à une distance de 30 centimètres. Quelques heures après l'opération, la vision s'était déjà un peu améliorée, et le lendemain l'amélioration était considérable. Pendant les dix jours suivants, les progrès continuèrent et, au bout de trois semaines, le malade pouvait distinguer les doigts à une distance de 4 à 5 mètres. Le docteur Rattray considère ce succès comme suffisant pour engager à renouveler la tentative. (*Pacific Med. and. Surg. Journal*, mai 1880.)

Un nouveau mydriatique. — L'homatropine, par MM. Sidney RINGER et J. TWEEDY.

Il y a quelque temps, Kraut et Lossen ont trouvé presque simultanément que l'atropine peut être dédoublée en *tropine* et acide tropique, et dernièrement Ladenburg a réussi à reconstituer l'atropine par la combinaison de ces deux éléments. En traitant les différents sels de *tropine* avec de l'acide chlorhydrique dilué, on peut obtenir artificiellement toute une classe d'alcaloïdes ; l'homatropine est l'un de ces alcaloïdes ; on l'obtient par la combinaison de tropine et d'acide amygdalique.

C'est aux propriétés physiologiques de ce nouveau sel que S. Ringer a consacré une étude intéressante rapportée par J. Tweedy dans *The Lancet*. Tweedy ajoute aux conclusions de S. Ringer les résultats de sa propre expérience, et déclare que l'homatropine est supérieure, non seulement à la belladone et à son alcaloïde, mais à tous les mydriatiques dont s'est enrichie récemment la pharmacopée : daturine, duboisine, éthyl-atropine, gelsémine, hémanthine, hyoscyamine, muscarine, narcissine, piturine, etc.

D'après les deux auteurs de ces recherches, l'homatropine possède la plupart des propriétés de l'atropine, mais à un moindre degré. La dilatation pupillaire est obtenue en quinze ou vingt minutes, et le pouvoir d'accommodation supprimé dans le même temps. La particularité essentielle, et en définitive le grand avantage de l'homatropine, consistent à ce que ses effets se dissipent beaucoup plus rapidement que ceux de l'atropine. (*The Lancet*, 22 mai 1880.)

La mesure spirométrique (capacité respiratoire) des poumons, par M. Alexandre RATTRAY.

La mesure de la quantité d'air maxima qui peut être introduite dans le poumon par une profonde inspiration (capacité spirométrique) pourrait rendre de grands services dans le diagnostic et l'étude de la marche des affections thoraciques. Malheureusement, malgré les perfectionnements considérables que Hutchinson a introduits dans la méthode spirométrique, ces recherches ne peuvent être transportées dans le domaine de la clinique qu'avec les plus grandes réserves et

après une révision sérieuse des tables spirométriques qui servent de base aux comparaisons. Dans son travail, M. Rattray met en relief l'influence des trois causes principales qui font varier la capacité respiratoire à l'état sain et pathologique, la température, l'âge et le sexe, et, combinant ces nouvelles données à celles que fournissaient déjà les tableaux de Hutchinson, il arrive à fournir les éléments d'une spiromélrie comparative, applicable à l'étude clinique. (*Pacific Med. and Surg. Journal*, mai 1880.)

Travaux à consulter.

Fièvre typhoïde de la première enfance, par M. le professeur Bernheim. — Les observations de fièvre typhoïde de la première enfance sont très rares, et même plusieurs ouvrages classiques assignent trois ou quatre ans comme la limite la plus basse. M. Bernheim cite le cas d'un enfant âgé de quatorze mois. On ne put avoir aucun renseignement sur la maladie de l'enfant, si ce n'est qu'il avait eu beaucoup de diarrhée et beaucoup de somnolence. A l'autopsie on trouva toutes les plaques de Peyer tuméfiées, ramollies, ulcérées; les ganglions mésentériques tuméfiés; pas d'autres lésions d'aucun organe. Ce fait est intéressant et rare. Nous dirons cependant que d'autres observations analogues ont été publiées; ainsi Bretonneau cite deux cas observés à l'hôpital de Tours, l'un à huit jours, l'autre à quinze jours. L'état des plaques fit conclure que, pour le premier, la maladie s'était développée pendant la vie intra-utérine, bien que la mère soit restée indemne. D'autres faits ont été observés par Abercombie, Rilliet, Friedreich, Henig, Wunderlich, Bednar; enfin par Manzini sur un fœtus de sept mois. (*Rev. méd. de l'Est*, t. XI, n° 21, 1er novembre 1879, p. 656.)

Un cas singulier d'hydropneumothorax, par M. le docteur Malherbe. — Il s'agit d'un homme de quatre-vingt-sept ans, chez lequel les premiers symptômes de la maladie remontent à six mois. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital on constatait l'existence d'une matité circonscrite dans une étendue de 8 à 10 centimètres; M. Malherbe pensait à une tumeur de nature indéterminée, le malade niant tout antécédent syphilitique. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade fut atteint d'un hydropneumothorax parfaitement caractérisé, qui peu à peu s'améliora et finit par disparaître. L'auteur fait remarquer que ce malade est remarquable sous les rapports suivants: 1° Il a été impossible de savoir à quelle affection avait succédé le pneumo-thorax, car la tumeur semble avoir disparu sans production de cavité; 2° la disparition de la matité et la réapparition du bruit vésiculaire dans la région correspondant à l'angle inférieur de l'omoplate. (*Journal de méd. de l'Ouest*, t. XIII, troisième trimestre, p. 182.)

Du mode d'action des acides arséniques mono et diphénylé sur l'organisme animal. Action de l'acide kakodylique, par M. H. Schulz. — On admet généralement que la diméthylarsine (acide kakodylique) n'est pas vénéneux. L'auteur a constaté qu'il n'en est pas de même pour le monophényl et le diphénylarsine dont la composition est identique. 2 décigrammes de ces substances suffisent pour tuer un lapin dans un temps qui varie de quinze à dix-huit heures. Il est probable que cette action toxique est due à la décomposition qui se produirait dans l'organisme, et qui transformerait ces deux acides en phénol et en acides arsénieux et arsénique. Mais là ne se bornent pas les résultats obtenus: car Schulz, répétant les expériences avec l'acide kakodylique lui-même, a obtenu les mêmes effets toxiques. (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, t. XII, p. 21.)

Sur la présence dans l'urine d'une substance organique contenant du chlore, par M. Steinauer. — L'auteur croit avoir constaté dans l'urine normale la présence d'un acide contenant du chlore, analogue à celui décrit par Mehring et Musculus dans l'urine de certains animaux ayant ingéré du chloral. En soumettant l'urine à la dialyse on fait disparaître tous les chlorures métalliques; mais il reste dans la partie non dialysée une substance contenant du chlore (6,5 pour 100), et qui contient à peu près le dixième du poids total du chlore renfermé dans l'urine de vingt-quatre heures. Cette substance réduit à chaud la liqueur de Fehling; mais après la réduction obtenue ainsi, l'oxyde de cuivre formé ne se précipite pas. L'auteur ignore quelle est l'origine de cette substance, et il se propose de faire de cette recherche l'objet de nouveaux travaux. (*Archiv für Anat. und. Physiot.* Phys. Abtheil., 1879.)

Anévrysme du tronc cœliaque avec hémorrhagie mortelle, par Karl Huber. — Tumeur existant chez un jeune homme de vingt-deux ans, symptômes de catarrhe gastrique, puis douleur de ventre avec signes généraux d'une hémorrhagie interne. L'examen physique ne donne que des résultats négatifs. Le cinquième jour après l'hémorrhagie, mort dans le coma. L'abdomen contenait plusieurs litres de sang en partie coagulé. Ce sang provenait de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. La tumeur avait environ le volume d'une grosse cerise. (*Archiv der Heilkunde*, Band XIX, Heft 5 et 6.)

Des échanges gazeux respiratoires pendant la fièvre, par M. Frænkel et Leyden. — L'appareil employé ressemble beaucoup à celui de Pettenkofer; les sujets choisis, des chiens auxquels on avait donné la fièvre par des injections de gaz dans les veines. Les animaux étaient privés de nourriture; aussi, pour bien interpréter les résultats, il importe de les comparer à ceux de Pettenkofer et Voit. Dans tous les cas il y a eu pendant la fièvre augmentation de l'acide carbonique; la quantité de ce gaz produite est en rapport direct avec l'élévation de la température. Les auteurs croient que cette augmentation de la quantité d'acide carbonique, qui peut atteindre 50 pour 100, commence aussitôt après l'injection de pus. Ce sont là des recherches qui fournissent un nouveau jalon, mais n'expliquent pas encore, surtout pour tous les cas, la théorie de la fièvre. (*Archiv Anat. und Physiol.* Phys., p. 171, 174, 1879.)

Absence de résonnance dans le cinquième espace intercostal droit, considérée comme signe d'épanchement péricardique, par M. Rotch. — Les expériences de M. Rotch ont été faites sur le cadavre. Il insuffle les poumons jusqu'à ce que la matité précordiale corresponde à l'expiration moyenne, le malade étant dans la position assise; puis, tandis qu'il injecte dans le péricarde au travers du diaphragme du beurre de cacao fondu, on laisse échapper par la trachée une quantité d'air correspondant à la distension du péricarde. Quand la distension est suffisante il percute et trace sa ligne de matité; puis le lendemain, quand le liquide est solidifié, il compare à l'aide de flèches la ligne de matité obtenue avec la forme réelle de l'épanchement. L'expérience démontre que le liquide s'accumule surtout dans les parties latérales et inférieure du péricarde et que la position de la pointe du cœur n'est pas modifiée. La limite supérieure de la matité correspond au plus grand diamètre de l'épanchement. Cette matité n'a pas la forme triangulaire, elle a la forme d'un demi-cercle dont la convexité regarde en haut. Le rayon de la courbe située à droite du sternum est plus court que le rayon de la courbe située à gauche. Tels sont les résultats dans les cas d'épanchement très peu abondant.

Quand l'épanchement est très abondant, la matité s'étend à gauche, en dehors du mamelon, à droite, jusqu'au mamelon, à la hauteur des quatre côtes; sur la ligne médiane et en haut jusqu'à la poignée du sternum. Ajoutons que jusqu'ici on n'a pas trouvé que l'hypertrophie du cœur puisse donner de la matité dans le cinquième espace intercostal droit; il résulte donc de ces remarques que quand cet espace intercostal ne résonne pas, il y a là un signe précieux pour établir l'existence d'un épanchement péricardique. Peut-être même, d'après l'auteur, ce point pourrait-il être un lieu d'élection pour ponctionner le péricarde sans courir le risque de léser le cœur. L'auteur termine son mémoire par trois observations cliniques qui confirment sa manière de voir et dont il donne les dessins. (*Boston medical and surg. Journal.*)

BIBLIOGRAPHIE

De la notion de race en anthropologie, par M. Paul Topinard (*Revue d'anthropologie*, 1879).

De tout temps la querelle platonicienne et aristotélique a divisé le monde philosophique, qu'il se soit agi de questions de forme ou de questions de fond. Y a-t-il des idées ou des faits, des noms ou des choses, des noumènes ou des phénomènes, *nomina, numina?* Dans quel ordre, dans quel rang, en quelle hiérarchie faut-il classer les éléments du savoir humain? quelle méthode employer : la subjective ou l'objective? Dans quelles limites l'induction, la déduction, la *construction* philosophique, sont-elles applicables aux sciences, et finalement l'enchaînement des phénomènes naturels a-t-il son corrélatif exact dans nos conceptions scientifiques? Peut-être n'est-il pas mauvais de rappeler de temps à autre que nombre de philosophes, mais plus récemment et avec plus de netteté A. Comte, Littré, H. Spencer, ont reconnu et déterminé six grandes sciences *abstraites*, qui nous sont données par Comte comme correspondant rigoureusement aux phénomènes qui font l'objet du savoir humain, et auxquelles se rapportent un plus grand nombre de sciences *concrètes*, descriptives, qui étudient les faits particuliers, tandis que les sciences abstraites établissent les lois générales. L'anatomie est une science concrète, ainsi que la botanique et la zoologie. La biologie est une science abstraite, qui prend ce qu'ont de commun les cas particuliers et en fait une loi. La digestion étudiée dans l'individu est une étude concrète; étudiée dans le règne animal, elle prend le caractère de science abstraite. La science des sociétés animales ou humaines, qui porte aujourd'hui, sans conteste, le nom de *sociologie*, est une science abstraite en ce qu'elle recherche les lois d'organisation et d'évolution de ces collectivités que la zoologie, l'histoire, — pour les peuples qui ont une histoire, l'ethnographie pour les peuples qui n'en ont pas, — étudient par tous les procédés de description et d'investigation possibles. Ainsi les sciences abstraites ont à leur base un nombre indéfini de sciences concrètes qui viennent apporter leurs matériaux à l'œuvre commune.

L'anthropologie, telle qu'elle s'est constituée de nos jours, ne répond pas exactement à cette vue philosophique. Elle ne s'est déclarée ni comme science abstraite ni comme science concrète; au point de vue abstrait elle représente d'un côté un fragment de la biologie, de l'autre un fragment de la sociologie. La biologie et la sociologie, embrassant des faits d'une étendue plus vaste, comprennent l'anthropologie, qui, d'un autre côté, ne saurait limiter son champ d'observation aux hommes, puisque, d'une part, le « règne humain » a été presque universellement repoussé, et d'autre part que, sauf le langage articulé, rien dans la nature n'est exclusivement l'apanage de l'homme. La masse énorme de lois, de faits et de documents qui concernent l'étude différentielle du groupe humain, *genus homo*, doit cependant trouver sa place quelque part; car le jour où il existe un télégraphe dans une ville, il faut qu'il y ait une maison pour les appareils et les fils, et une pancarte sur la maison. L'anthropologie sera cette pancarte toute concrète et manifeste ; elle colligera sous ce nom, plus spécialement, les faits anatomo-physiologiques, en ayant soin, à cause de l'importance singulière du langage, d'en faire une branche particulière, l'anthropo-physiologie; puis sous le nom d'ethnographie elle décrira les coutumes, les mœurs, les usages et jusqu'aux costumes et aux industries des groupes humains. L'ethnologie recherchera dans tous ces faits les éléments communs et différentiels, et s'efforcera de déterminer les races humaines, leurs lois collectives, leur filiation, leur évolution, s'il y a des groupes humains naturels. L'ethnologie peut donc être considérée comme une science abstraite, ou plutôt comme le chapitre *homo* de la science de toutes les sociétés ; la sociologie. Il va sans dire que ce chapitre constitue la presque totalité de cette dernière science.

Les groupes humains ! La chose n'est pas aussi claire qu'elle le paraît, et cela s'explique, puisque nous pouvons grouper les hommes selon les points de vue les plus variés. Si donc nous donnons le même nom aux groupements faits d'après des aspects différents, nous tombons dans un imbroglio. Or, tous les caractères, l'habitat, le vêtement, le langage, la taille, les cheveux, les formes crâniennes, la lignée, la fécondité, les religions, peuvent servir de point de vue aux sériations, et si nous donnons un nom générique unique à ces séries, il faudra n'y attacher aucune importance absolue et en faire un synonyme de *groupe*, de *division*. C'est ce qui est arrivé à l'expression *race*, qui subit les épithètes les plus variées sans qu'il soit désormais possible de lui conserver son sens étymologique de *radix*, racine, lignée, *filiation*. On dit en effet race germanique, race française, races maudites, races noires, races perfectibles, races pures, races pygmées, races dolichocéphales, races blondes, races engénésiques, races hybrides, races royales, races guerrières, race des Montmorency, etc., etc., sans qu'il puisse être question d'autre chose que d'un groupement artificiel.

La question est maintenant de savoir s'il convient de laisser à cette expression son sens abusif, le sens du groupe abstrait emprunté successivement à toutes les caractéristiques, ou s'il faut lui restituer ou lui instituer un sens défini et rigoureusement scientifique.

M. Topinard s'est préoccupé de cette question, et dans un savant mémoire publié dans la *Revue d'anthropologie* (1879, 4e fasc.) *Sur la notion de race en anthropologie*, il a abouti à des conclusions qui sont loin de simplifier le problème, et qu'il est difficile sinon impossible d'admettre ou de rejeter en bloc, faute d'avoir fait un départ suffisant entre le concret et l'abstrait, le réel et le nominal, le vérifiable et l'invérifiable.

Ces conclusions les voici, sommairement résumées :

1° « Les peuples sont des agglomérations grandes ou petites d'individus que l'anthropologie étudie pour en retracer les éléments constituants ou origines. Les séries de crânes et ossements les représentent dans le passé. » Je suis d'accord avec M. Topinard sur la définition; mais pourquoi associer les éléments constituants et les *origines?* Cette seconde notion n'a ici rien à faire. Quant aux séries de crânes et ossements, nous ne savons en réalité s'ils représentent des *peuples*. Une armée laisse vingt mille hommes sur un champ de bataille après en avoir tué autant. Deux séries de crânes, deux peuples et autant de peuples composés de races que les événements abattent sur le sol. Le *peuple* n'a donc pas un sens distinct de son étymologie : une population. Représenter une population dans le passé? Et pourquoi pas dans le présent?

2° Les *types* sont des ensembles de caractères communs... Alors « ces ensembles » rentrent dans la science abstraite. Le type est une abstraction; rien de mieux, d'autant plus que G. Saint-Hilaire, Cuvier et M. Broca se sont déjà servis de cette expression, en reconnaissant *trois types* fondamentaux dans le genre humain. Donc il faut avoir soin de réserver ce mot à cette notion générale, et ne plus dire le type *barbare*, le type *blond*, le type *tasmanien*, etc., car le type est une notion abstraite et non concrète ; il faut surtout ne plus dire que les groupes humains se composent de deux ou plusieurs types distincts, car le type est un ensemble d'ensembles, c'est-à-dire encore une fois une abstraction.

3° « Les races sont les suites d'individus descendant les uns des autres qui présentent ces types. » Ici j'avoue ne plus comprendre, car nous venons d'admettre que le type donne une notion plus générale que la race. Des suites d'individus ne peuvent pas descendre les uns des autres; les individus peuvent servir à composer les types, mais non les types à composer des suites d'individus. Il y a là une série de con-

fusions de mots et d'idées qui dépassent mon entendement. « L'idéal de la race c'est la famille agrandie, dont les membres ne s'allieraient qu'entre eux depuis la nuit des temps. Ainsi entendue, on n'en découvre aucune, ni dans le passé, ni dans le présent. La race, comme le type, est une abstraction. »

Une abstraction n'a raison d'être qu'à la condition de correspondre à des réalités. S'il n'y a jamais eu de race, s'il n'y en a pas, la notion abstraite ne repose plus sur rien. Le chiffre vingt est tout abstrait; mais il correspond à la notion concrète de vingt pommes, et il en est *déduit*. De même, la notion de race doit être déduite de l'observation d'un groupe auquel on est convenu de donner un sens défini. Les races « abstraites » ne peuvent pas être reconnues, ainsi que le veut M. Topinard, « par leurs types » abstraits aussi; tout cela est inintelligible. Ce qui suit l'est moins.

« Le mot de race appliqué aux peuples modernes est faux. » Tout au moins il est mal appliqué. « Il reste « faux » appliqué par les linguistes; mais employé par les historiens et les ethnologistes (A. Thierry et M. Edward) pour désigner les éléments constituants des peuples, il est exact. » Cela dépend évidemment de la valeur de l'historien et de l'ethnographe.

Enfin, et ici nous comprenons mieux la pensée de notre collègue, les races nous sont présentées, non comme *originelles*, mais comme *consécutives* et formées dans la suite des temps par les croisements, l'isolement et les milieux. Les races sont des résultats, non des éléments de combinaisons. Mais outre cette conception de la race, il y en a, toujours selon M. Topinard, une seconde, celle de la race reconstituée par l'analyse immédiate des matériaux dont dispose l'anthropologie, et qui seraient des races « primordiales ».

On voit que M. Topinard n'est pas exclusif, et que ses « deux sortes de races » répondent à tous les besoins. Elles répondent surtout aux besoins des transformistes; en effet, après avoir fait remarquer que ces notions de *race* étaient identiques pour beaucoup à celles d'espèce, et que les races ou les espèces formaient des troncs, M. Topinard reconnaît aux troncs un tronc commun. « J'entrevois, dit-il, dans un passé prodigieusement éloigné, un tronc commun à toute l'humanité de nature génésique; en me plaçant au point de vue de la nomenclature, des branches ayant toutes la valeur d'espèces, pour me conformer au même langage, et des rameaux ayant la valeur de races. »

Je ne puis vraiment me « conformer au même langage », et j'avoue qu'à la place de M. Topinard je m'en tiendrais à l'une des deux conceptions de la race sans vouloir, dans une synthèse impossible, concilier le polygénisme et le transformisme. Ce sont là deux notions d'ordre différent: on peut les admettre toutes deux, mais non pour les mêmes motifs.

Le polygénisme, c'est-à-dire la constatation pure et simple d'un fait, à savoir : qu'il existe des groupes humains auxquels on a donné le nom de *race* et qui sont irréductibles, dont les conditions du milieu dans lesquels nous les connaissons nous apparaissent comme l'expression de la réalité. On ne connaît aucune modification qui puisse faire un Nègre d'un Celte ou un Esquimau d'un Aïno. Il y a donc lieu d'admettre que l'Esquimau, le Celte, l'Aïno, le Nègre n'ont pu, dans les conditions qui nous sont connues, provenir d'un tronc commun, et le polygénisme est, sur ce terrain, inexpugnable. Ce sont là autant de races qu'il faut admettre, tout au moins jusqu'au jour où l'analyse anthropologique aurait prouvé qu'il y a, dans une de ces races, des éléments suffisamment disparates pour que l'on reconnaisse leur pluralité intime: ce qui a pu se faire pour les Fidjiens, par exemple, qui représentent un mélange de Papous et de Polynésiens. Aussi les Fidjiens méritent-ils le nom de race mixte ou de peuple; tandis que les Néo-Hébridais et les Marquesans, les Négritos, se présentent avec une plus grande homogénéité respective. Quant aux limites des variations en deçà desquelles il convient de conserver le nom de races, c'est un point déterminé par M. Broca pour certains groupes et à déterminer pour d'autres. C'est en tout cas affaire de définition. Qu'il y ait des groupes humains dont les membres aient, par l'ensemble des caractères ou par un seul caractère de premier ordre, plus d'analogie entre eux qu'avec les groupes voisins ou éloignés, cela ne fait pas doute. Ces groupes, il faut bien les désigner; or, quand les différences sont considérables, elles sont typiques, selon M. Broca; et dans les groupes typiques on peut faire autant de coupes que les besoins de l'étude l'exigent; en resserrant de plus en plus les limites des variations, ce sont ces coupes secondaires que nous appelons *races*, qu'elles soient primitives ou consécutives, ce que d'ordinaire, nous pourrions dire toujours, nous ne savons pas avec certitude.

Quant au transformisme, la certitude s'évanouit, et, je le disais plus haut, c'est là une notion d'ordre tout abstrait. Nous pouvons nous passer de cette théorie, l'adopter ou la repousser, la trouver satisfaisante ou insuffisante, bonne ou mauvaise; mais nous ne pouvons pas nous passer d'une méthode de groupement, d'un langage défini, transitoire ou définitif. Que les races humaines proviennent d'une même paire et que cette paire elle-même provienne d'un primate, en quoi cela importe-t-il pour le classement des faits actuels? En quoi cela change-t-il ce que nous voyons et décrivons? Il se peut que les espèces et les races soient dans un perpétuel *devenir*, et dans ce cas il suffit d'ôter à ces notions leur caractère absolu dans le temps pour qu'elles restent vraies.

M. Topinard a vraiment attaché trop d'importance à ces termes. Il ne s'est pas assez souvenu qu'il n'y a après tout dans la nature que des individus, comme le disait Buffon, et que nos classifications ne sont que des façons de concevoir et d'exprimer l'ordre. Ces « façons » sont variables, je n'en veux d'autre preuve que sa très intéressante étude elle-même, qui peut être considérée comme l'histoire des variations de l'esprit humain à propos des *races*. Je suis sans doute le seul auteur que M. Topinard ait omis de citer parmi ceux qui ont traité cette question. On s'est entendu tout de même. Mais on ne s'entendrait plus du tout si, au lieu de s'en tenir aux faits, on voulait absolument confondre les vues de l'esprit, c'est-à-dire tout ce qui se rattache aux origines et aux fins, — avec la simple traduction de l'actuel.

Quant à la différence de la race et de l'espèce, elle échappe à toute vérification, si l'on ajoute au caractère de fécondité des individus entre eux la condition que cette fécondité soit perpétuelle. Car de la perpétuité nous ne savons rien. Mais si l'on s'en tient aux faits que l'on a sous les yeux, la fécondité indéfinie est un bon caractère, puisque les croisements féconds d'espèces sont très rares. Les races humaines ne seraient donc pas des espèces? Il est, au contraire, extrêmement probable, contrairement à l'avis de M. Topinard, que certaines races humaines, loin d'être « eugénésiques de la façon la plus complète », sont dysgénésiques et même agénésiques, lorsqu'elles appartiennent à des groupes humains très distants les uns des autres par l'ensemble de leurs caractères. Il ne s'est formé dans ces cas aucun centre de population permanente, et M. Topinard en trouvera la preuve dans le fascicule même de la *Revue*, s'il veut bien y lire une *Note sur la fécondité des mulâtres au Sénégal*, par M. Berenger Feraud. L'infécondité des arrière-petits-enfants de mulâtre en l'absence de toute infusion de sang pur y est affirmée, pour la centième fois peut-être, par un observateur compétent. Je renvoie sur ce point le lecteur à un article : MÉTIS ET CROISEMENTS du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

De quelque secours qu'aient été les nombreuses hypothèses transformistes pour éclairer la biologie d'un jour nouveau, il faut bien se garder, alors même que l'on donne à ces hypothèses une adhésion provisoire, de confondre dans des définitions complexes les faits et les tentatives d'explication qu'on en donne. Voilà pourquoi il importe que les termes de *type*,

d'*espèce*, de *race*, de *tronc*, loin de pouvoir être associés à une conception quelconque de filiation ou d'origine, restent de pures notions conventionnelles, « par définition ». Ils suffisent à la clarté d'un langage qui cesserait d'être scientifique si l'on voulait lui faire dépasser la sphère des faits.

Il restera néanmoins, du travail de M. Topinard, une étude très complète de la notion de race, au point de vue historique et anthropologique.

E. Dally.

Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phthisie pulmonaire, par le docteur Ferrand, médecin de l'hôpital Laennec. — Paris, V. Delahaye, 1880.

Après les nombreuses publications qui, dans ces dernières années, nous ont appris à mieux connaître les diverses formes cliniques de la phthisie pulmonaire, leur évolution et leur pronostic, il semblait difficile d'intéresser encore le public médical en traitant un sujet si souvent étudié par les maîtres de la clinique française. Mais il est toujours possible de se rendre utile aux étudiants et aux médecins lorsque, tout en ne négligeant pas les conceptions doctrinales et les vues d'ensemble, on s'attache à présenter, avec précision et clarté, les indications thérapeutiques qui se déduisent de l'étude d'une maladie aussi complexe. Après M. Peter, qui a si largement traité cette question, M. Ferrand, dès les premières lignes de son livre, établit que si le tubercule est un, si la phthisie dépend du tubercule, il n'en est pas moins vrai que chaque tuberculeux a sa façon personnelle de devenir phthisique; que, par conséquent, tout en reconnaissant l'unité de la phthisie, il faut admettre la multiplicité de ses causes et de ses symptômes, et en conclure qu'à ses différentes formes morbides peuvent correspondre diverses indications thérapeutiques. La classification qu'a ébauchée M. Ferrand, en tenant surtout compte des éléments anatomiques, physiologiques et nosologiques qui entrent dans la constitution de la maladie, peut certainement prêter à la critique. Elle est artificielle et incomplète, comme toutes les classifications de ce genre. Mais elle a le mérite de mettre, provisoirement du moins, un peu d'ordre dans l'exposé des considérations thérapeutiques qui en sont déduites.

M. Ferrand divise la phthisie en phthisie acquise, phthisie arthritique et phthisie scrofuleuse. Il y ajoute la phthisie commune et la phthisie aiguë, et établit ainsi cinq formes de la maladie qu'il étudie séparément. Mais quand on consulte le tableau qui résume cette classification, on voit que la phthisie dite commune et la phthisie aiguë rentrent dans la classe des phthisies acquises. La première se rattache, suivant l'auteur, à l'influence d'un tempérament lymphatique, et la seconde dépendrait du tempérament nerveux. Nous ne pouvons nous arrêter à critiquer ces divisions; mais il nous semble intéressant de citer, à ce propos, un exemple qui, sans contredire absolument les idées que défend M. Ferraud, nous paraît bien montrer les influences de race, de tempérament et d'hygiène sur l'évolution des diverses manifestations de la tuberculose.

Il y a une quinzaine d'années, toutes les autopsies pratiquées à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine de Strasbourg révélaient l'existence de la phthisie caséeuse; du moins, il était presque impossible de retrouver sur les poumons une seule granulation grise. Lorsque le directeur des travaux anatomo-pathologiques, notre savant maître le professeur Morel, voulait étudier et démontrer la structure histologique de ces granulations, il s'adressait à l'hôpital militaire où, dans la plupart de nos autopsies, nous trouvions au contraire ces formes de la maladie qui montrent l'évolution progressive de toutes les lésions depuis le tubercule gris isolé jusqu'à la caverne. Les nombreux cas de phthisie aiguë, de *granulie*, comme disait, quelques années plus tard, M. Empis, nous permettaient, au contraire de ce que nous voyions à l'hôpital civil, de considérer comme relativement fréquente cette manifestation de la tuberculose. Il paraît évident que les conditions de race, de milieu, d'hygiène, devaient être invoquées pour expliquer ces différences anatomo-pathologiques; dans la population des hôpitaux civils, la phthisie scrofuleuse exerçait lentement ses ravages et l'on ne trouvait à l'autopsie que des poumons profondément désorganisés, sans poussées tuberculeuses secondaires; dans l'armée, c'était surtout à la tuberculose aiguë que succombaient les malades.

Et cependant, dans le chapitre qu'il lui consacre, M. Ferrand insiste avec raison sur ces relations. Que de rapports entre la phthisie miliaire et la tuberculose commune! Que de fois l'on observe, chez un malade jeune, sans antécédents héréditaires, sans prédisposition au lymphatisme ou à la scrofule, une maladie fébrile que l'on confondrait aisément avec une fièvre typhoïde, et qui n'est autre qu'une première poussée de phthisie granuleuse. Au bout de quelques mois, souvent de plusieurs années; à la suite de bronchites répétées — elles n'avaient point paru jusqu'alors — ou d'accès fébriles irréguliers, la maladie se confirme, et la phthisie commune, à marche d'ordinaire assez rapide, vient confirmer un premier diagnostic jusqu'alors douteux. C'est dans ces circonstances que l'étude attentive de tous les symptômes de la maladie, la mensuration thermique, l'auscultation et la percussion journalière et attentive de la poitrine, l'évolution de la maladie, viennent éclairer le médecin. Autre observation non moins intéressante. Un jeune homme, jusqu'alors indemne de toute maladie des voies respiratoires est atteint d'un rhumatisme polyarticulaire. Une endocardite se développe et — le fait est exceptionnel, il est vrai — une lésion de l'artère pulmonaire est la conséquence de cette endartérite. Quelques mois plus tard, des lésions tuberculeuses prennent naissance et le malade meurt phthisique et non cardiaque. Nous avons vu des faits de ce genre. En les recherchant bien on les retrouvera plus souvent qu'on ne le pense. Que de causes on peut invoquer pour expliquer les ravages de la phthisie! L'étude de tous ses symptômes, trop souvent méconnus, est bien indiquée dans le livre qui nous inspire ces réflexions. Nous devons y remarquer surtout le soin avec lequel M. Ferrand a cité et analysé tous les ouvrages, tous les mémoires consacrés à l'étude de la phthisie. La sincérité de sa critique s'appuie sur une étude approfondie du sujet. Les considérations thérapeutiques qu'il a développées sont neuves par le procédé imaginé pour les bien graver dans l'esprit du lecteur. Comme dans certains concours où l'on demande, au sujet d'une maladie déterminée, une consultation écrite avec ordonnance médicale, M. Ferrand a terminé chacun de ses chapitres par une série de conclusions dans lesquelles il formule quels doivent être, suivant la forme de la maladie, les précautions hygiéniques à observer, les médicaments à administrer et les stations minérales ou méridionales à conseiller. Dans les préceptes formulés de cette manière, il était évidemment difficile d'éviter l'inconvénient, soit de redites nombreuses, soit de prescriptions un peu multipliées pour chaque cas déterminé. On ne pourra nier cependant l'utilité de ces ordonnances, et un médecin un peu habitué à choisir entre les diverses médications qu'il peut prescrire, n'aura pas de peine à se servir de ce livre comme d'un guide dont il modifiera aisément, à son gré, certaines conclusions. C'est dire qu'il ne faut pas, dans une œuvre aussi méritoire, s'attacher à des critiques de détail et qu'il importe de reconnaître que le livre de M. le docteur Ferrand, s'il ne peut remplacer les ouvrages plus complets ou plus spéciaux dont nous avons déjà rendu compte, mérite de prendre place à côté d'eux et d'être consulté par tous ceux qui se trouvent journellement aux prises avec cette maladie, « devenue, par sa fréquence, la menace de nos générations, le fléau de nos cités, l'écueil de notre civilisation ».

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

De l'admission des médecins étrangers a exercer l'art de guérir en Belgique. Rapport fait à l'Académie de médecine de Belgique par le docteur Warlomont. — Bruxelles, 1879. Manceaux.

La question qui a occupé les esprits en France à différentes époques, mais surtout en 1877 et 1878, et que nous avons traitée à diverses reprises dans la *Gazette hebdomadaire* (voy. notamment 1877, p. 81, et 1878, p. 373), s'est présentée également en Belgique, et M. Warlomont, qui a été chargé d'en entretenir l'Académie de médecine, en qualité de rapporteur, l'a résolue comme nous, sauf les différences qu'entraînent nécessairement les législations médicales des deux pays. La conclusion du rapport est on ne peut plus modérée : elle demande le retour pur et simple à l'application de la loi de 1849 et de celle de 1857, dont un article est ainsi conçu : « Le gouvernement *peut* accorder des dispenses aux étrangers munis d'un diplôme de licencié, de docteur ou de pharmacien, *sur un avis conforme du jury d'examen.* » Mais ce qui mérite le plus peut-être d'être relevé dans ce rapport, c'est l'idée, empruntée à M. Rommelaere, d'un règlement international de la question, afin qu'une nation ne puisse pas être, suivant l'expression de M. Warlomont, « ouverte à l'entrée pour les produits étrangers et fermée à la sortie pour ses produits propres », règlement qui pourrait être d'ailleurs étendu à d'autres professions libérales.

De la valeur du diplôme de médecin allemand. Lettre adressée à M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur Warlomont. 1880.

Cette brochure est jusqu'à un certain point un complément de la précédente. Elle tend à établir que le titre de *docteur* ou de *medecin allemand*, fondé sur l'examen d'Etat (*Stants-Prufung*) dans l'Allemagne du Nord, est d'une valeur inférieure à celle des diplômes belges, « et ne doit servir de titre à l'octroi de dispenses que pour autant que les solliciteurs y en ajoutent d'autres, et spécialement la preuve d'un stage supplémentaire dans un hôpital ».

Cette question de la valeur relative du diplôme allemand, dans les termes où elle est posée, c'est-à-dire au point de vue belge, et que nous-même avons étudiée plusieurs fois au point de vue français, ne pourrait être examinée ici avec fruit. Mais la brochure de M. Warlomont contient des détails et des appréciations utiles à tous ceux qui s'occupent des intérêts de l'enseignement et de l'exercice de la médecine.

Conférence sur la vaccination animale, faite à Londres, en décembre 1879, par le docteur Warlomont. Brochure in-8. Bruxelles, Manceaux.

Ceux qui veulent connaître à fond les éléments de la question si importante traitée dans cette conférence les trouveront réunis avec talent et impartialité dans la brochure de M. Warlomont. Notre confrère, directeur de l'*Institut vaccinal* de Belgique, est, on le sait, partisan convaincu de l'excellence de la vaccination animale. La meilleure de toutes les raisons qu'il en donne est la suivante. Dans les *vaccinations* faites en 1870 et 1871 par trente-six médecins belges avec le vaccin animal *sur pointes*, délivré à l'Institut vaccinal de l'Etat, sur un total de 500 cas, il y a eu 479 succès, soit 96 pour 100. Dans les *revaccinations*, sur un total de 5445 cas, 3419 succès, soit 62 pour 100. Le premier chiffre est supérieur à ceux des autres statistiques; car en Angleterre on n'évalue qu'à 90 pour 100 le chiffre des succès avec le vaccin humain en *tubes*, et à 95 pour 100 celui des succès avec le même vaccin sur pointes d'ivoire.

Néanmoins, l'auteur n'a nulle envie de sacrifier le vaccin humain au vaccin de génisse, et voici ce qu'il écrivait dans un rapport récemment adressé au ministre de l'intérieur : « L'Institut vaccinal de l'Etat, tout en étant la colonne d'appui de la vaccination dans le pays, ne doit pas avoir la pensée ni la prétention de se substituer aux pratiques traditionnelles : la vaccination de bras à bras est et restera longtemps encore forte de ses droits séculaires, la grande force offerte à la prophylaxie variolique, et rien ne doit être négligé pour l'encourager et la réglementer. La vaccination animale n'en doit être aujourd'hui que le fidèle auxiliaire, mais un auxiliaire si utile qu'il serait aussi injustifiable de vouloir se passer de lui que de vouloir renoncer brusquement à la pratique classique. »

Histoire des monstres depuis l'antiquité jusqu'a nos jours, par le docteur E. Martin. — Paris, 1880. G. Reinwald.

C'est une étude vraiment intéressante que celle des idées plus ou moins bizarres qui ont régné depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours au sujet des monstruosités. L'embryologie est une science toute moderne, et l'on ne pouvait comprendre l'évolution des monstres qu'en suivant l'embryon dans son développement, en cherchant, à l'aide d'expériences variées, à entraver, à modifier l'accroissement des êtres. Aussi que de théories souvent étranges émises pour expliquer ce que l'on ne considérait alors que comme un jeu de la nature ou plus souvent un maléfice ! Et, par suite, que de législations barbares édictées en vue de punir ceux que l'on supposait possédés du démon ! On trouvera dans le chapitre intitulé : *Démonologie; incubes et succubes; leurs rapports avec les monstres*, l'analyse de toutes les opinions qui ont eu cours sur les causes qui pouvaient donner naissance aux hallucinations, à la manie, à l'hystérie, à toutes les aberrations mentales aujourd'hui bien connues, autrefois assez bien décrites, mais considérées comme dues à une influence surnaturelle. M. Martin établit les rapports qui existent entre ces conceptions, dictées par la superstition, et les doctrines scientifiques relatives à l'origine des monstruosités. On lira avec intérêt ces études historiques, pleines de détails curieux sur les aberrations mentales de ceux qui n'avaient point pour les guider les lumières fournies par l'anatomie et surtout par l'embryologie. Arrivant à la période moderne, dont Geoffroy Saint-Hilaire a été, à ce point de vue, l'un des premiers et le plus illustre représentant, l'auteur a montré combien les études d'embryologie ont été utiles pour élucider la théorie des monstruosités. Il a fait voir qu'en cherchant à les provoquer artificiellement, ceux qui ont bien étudié la genèse des monstres ont pu donner de leur origine des théories aujourd'hui généralement acceptées. Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des législations modernes sur les monstres, de la jurisprudence sacrée dans ses rapports avec l'étude des monstruosités, de l'hérédité et de l'imagination considérées comme pouvant donner naissance à des monstruosités. « L'imagination, dit l'auteur, joue un rôle indéniable dans la procréation des êtres monstrueux. Ce rôle est mécanique; l'utérus en est l'agent; sa contractilité, excitée par un trouble nerveux, détermine une pression que l'embryon ne peut impunément supporter. En dehors de ces cas, l'imagination peut encore, après quelque trouble prolongé, retentir jusque sur cet embryon, mais sans produire de monstruosité proprement dite; elle affecte l'état général, parfois l'intelligence, et n'a rien alors de tératologique. » On comprendra que nous ne puissions nous appliquer à discuter ici les théories de ce genre. Nous ne pouvons les admettre sans quelques réserves, mais il nous faudrait pour expliquer en quoi consistent ces réserves entrer dans des considérations qui élargiraient trop le cadre de cette courte analyse. M. Martin s'est surtout préoccupé de montrer les conceptions bizarres, les doctrines étranges, et, à leur suite, les procédés iniques qu'avait inspirés, au sujet de la théorie des monstruosités, la superstition. Il nous a énuméré les progrès accomplis le jour où I. et A. Geoffroy Saint-Hilaire eurent formulé les lois qui régissent l'organisation des êtres anormaux. Il a voulu faire voir non seulement jusqu'où peuvent conduire le fanatisme et l'ignorance, mais encore comment la science moderne a pu fonder sur des bases solides l'étude de ces aberrations physiques, jadis considérées comme inexplicables.

Études cliniques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux, par le docteur Henry Clauzel de Boyer, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1879, in-8 de 230 pages avec plus de 100 figures dans le texte. — V. A. Delahaye et Cie.

La *Gazette hebdomadaire* a, à plusieurs reprises, dans des revues critiques, étudié les progrès qui sous l'influence de l'école de la Salpêtrière deviennent chaque jour de plus en plus importantes dans la classification des localisations cérébrales : depuis le dernier travail, plusieurs mémoires importants ont été publiés, parmi ces derniers, le plus complet sans aucun doute est celui de M. Clauzel de Boyer, qui repose sur 130 observations et 230 cas cités dans le cours du travail, c'est-à-dire 360 faits parfaitement étudiés et

accompagnés pour la plupart d'un schema indiquant d'une façon précise la lésion cérébrale constatée à l'autopsie.

Le but de M. Clauzel de Boyer a été de démontrer l'existence, au point de vue clinique seulement, d'une zone de l'écorce cérébrale, jouissant de propriétés qui la séparent nettement des régions voisines : ces propriétés motrices devront être distinguées de celles qui appartiennent aux centres gris du cerveau ou aux noyaux bulbaires, et sont sous la dépendance de points moteurs correspondants à chacune des parties principales du corps. La question est envisagée ainsi à un point de vue purement clinique, aussi M. de Boyer, pour ne pas entrer dans les hypothèses, n'a-t-il pas voulu rechercher si ces centres moteurs sont doués de ces propriétés spéciales par suite de telle ou telle connexion anatomique ou physiologique, ou si leurs fonctions sont subordonnées à celles de telle autre région de l'encéphale : c'est donc volontairement et à juste titre que ces questions si délicates et si bien étudiées par M. Mathias Duval dans ses communications à la Société de biologie ont été à peine indiquées dans l'excellent travail dont nous donnons l'analyse.

Après une description anatomique des circonvolutions cérébrales ainsi que de leur fonction physiologique, M. Clauzel de Boyer déterminait les lésions corticales qui ne s'accompagnent pas de troubles de la motilité, or pour ce qui concerne la zone latente, il pose en principe que les centres occupent le pourtour du sillon de Rolando et l'origine de la scissure de Sylvius. Les centres s'échelonnent de bas en haut, depuis l'insula jusqu'au lobule paracentral, le long du sillon de Rolando, et correspondent à l'ordre descendant des masses musculaires qu'ils mettent en mouvement : ainsi le centre de la face est le plus inférieur et correspond en haut du corps, le centre de la jambe occupe au contraire le sommet du sillon de Rolando. Ainsi on peut fixer le *centre minimum* dans les points suivants :

1° *Langage :* troisième frontale gauche dans son tiers postérieur.

2° *Face :* le bas de la frontale et de la parlétale ascendantes.

3° *Bras :* le tiers moyen de la frontale et de la pariétale ascendantes.

4° *Jambe :* le tiers supérieur de la pariétale ascendante.

En résumé, on peut observer, dit M. Clauzel de Boyer, les paralysies suivantes correspondant à une lésion corticale unique : 1° la perte du langage ; 2° la paralysie de la face ; 3 celle du langage et de la face ; 4° celle du bras ; 5° celle du bras et de la face ; 6° celle du bras et la perte du langage ; 7° celle du bras, de la face et la perte du langage ; 8° celle de la jambe ; 9° cellede la jambe et du bras ; 10° celle de la jambe, du bras et de la face ; 11° celle de la jambe, du bras et la perte du langage ; 12° celle de la jambe, du bras, de la face et la perte du langage

On ne peut observer, ajoute-t-il, avec une lésion corticale unique et ne s'étendant pas en profondeur : 1° la paralysie de la jambe et de la face ; 2° la paralysie de la jambe et la perte du langage.

On comprend combien il est difficile de donner une idée exacte et un résumé complet d'un travail aussi condensé, aussi pleins de faits bien observés que celui de M. le docteur de Boyer : nous avons cherché à mettre en relief les points les plus imporants ; ajoutons que M. de Boyer n'a admis que les observations les mieux démontrées, et s'accompagnant toutes de l'examen cadavérique, dont il a reproduit les lésions par des schémas quipermettent de saisir facilement les résultats émis dans les conclusions : telle est la thèse, une des plus importantes qui aient été passées pendant l'année ; nous ne pouvons que féliciterM. Clauzel de Boyer d'avoir mis, à force de travail et de recherches, de la clarté dans une question nouvelle et qui laisse encore de nombreux points obscurs.

Relation d'une petite épidémie d'hystérie observée a Bordeaux dans une école de jeunes filles, par le docteur Armaingaud.

Dans ce travail, qui intéresse à la fois le clinicien, l'hygiéniste et le médecin légiste, l'auteur étudie avec le plus grand soin les caractères des crises qu'il a observées chez un certain nombre d'enfants qui passaient la plus grande partie de leur journée dans une école mal aérée et installée dans des conditions hygiéniques défectueuses. Nous signalerons dans ce travail les observations et les réflexions faites par M. Armaingaud au sujet d'un signe que l'on a considéré bien à tort comme pouvant servir à établir le diagnostic de l'hystérie. Nous voulons parler de l'anesthésie du pharynx. Avec la plupart de ceux qui l'ont recherchée dans un grand nombre d'affections diverses, et même chez des individus très sains en apparence, le docteur Armaingaud a pu s'assurer que l'insensibilité de l'action réflexe pharyngo-épiglottique est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, en dehors de tout état névropathique, et que ce symptôme n'a par conséquent aucune valeur au point de vue du diagnostic de l'hystérie.

VARIÉTÉS

LES GAZETTES HEBDOMADAIRES.

Il n'y avait autrefois qu'un pape et qu'une *Gazette hebdomadaire*, et la plus grande différence qu'on pût signaler entre ces deux puissances était que la première était infaillible et la seconde faillible. Le pape tient bon dans son unité comme dans son infaillibilité ; mais la seconde, tout en restant faillible, est passée à l'état triple. On peut la voir à la fois à Paris, à Montpellier et à Bordeaux. Même forme, même taille, même habit, comme il sied assez bien à des membres de la même famille. Le nom même ne diffère que dans la mesure nécessaire pour éviter les confusions de personnes, ainsi qu'on distingue Cornelius Scipio *Barbatus* de Cornelius Scipio *Asina*, et celui-ci de Cornelius Scipio *Calvus*. Nous avons donc, avec la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Montpellier et la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux.

Nous sommes d'autant plus flattés d'avoir été la source de cette trinité que les deux nouveaux journaux répondent parfaitement jusqu'ici à toutes les espérances qu'avaient pu faire concevoir les noms de leurs fondateurs, tous connus par l'étendue de leur savoir autant que par l'honorabilité de leur caractère, et associés, dans leurs aptitudes diverses, de manière à pouvoir répondre aux exigences multiples d'une publication médicale hebdomadaire. Il suffira de nommer, pour la *Gazette* de Montpellier, qui en est à son 52me numéro, les noms de MM. Batlle, Bimar, Carrieu, Chalot, Collot, Combal, Coste, Dubreuil, Dumas, Engel, Espagne, Estor, Gayraud, Grynfeltt, Jeanjean, Lannegrace, Moitessier, Moriez, Mossé, Regimbaud, Serre, et pour celle de Bordeaux, dont quatre numéros seuls ont paru, les noms de MM. les professeurs Coyne, Guillaud, Jolyet, Lagardelle, Layet, Masse et Picot.

Avec une entière cordialité, nous souhaitons à ces deux journaux tout le succès et tous les genres de succès qu'on a coutume de demander pour sa famille.

LES TROUBLES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Nous n'avons point à raconter ici, par le détail, les scènes tumultueuses qui ont signalé la réouverture des cours de la Faculté de médecine de Montpellier. Nous ne voulons pas examiner non plus si les imprudences ou les maladresses dont on a parlé ont, ou non, été commises et s'il n'eût pas été nécessaire, en présence de ces manifestations condamnables, de hâter, comme nous l'avions demandé dès le début, la convocation du tribunal appelé à juger ce conflit entre les professeurs et leurs élèves. On raconte qu'une transaction est intervenue, que le doyen de la Faculté et ses assesseurs ont donné leur démission, et que, les étudiants ayant obtenu les satisfactions qu'ils réclamaient, l'ordre ne sera plus troublé. Nous souhaiterions vivement que tout soit ainsi terminé. Mais les origines de l'incident sont trop sérieuses et ce qui en a été divulgué est trop grave, pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre d'autres suites que la retraite de M. le doyen Moitessier. Il importe donc, puisqu'on paraît vouloir attendre, avant de rien décider, l'époque de la session ordinaire du Conseil académique, que jusque là les étudiants ne songent pas seulement à leurs droits mais aussi à leurs devoirs. La ques-

tion, nous le répétons, n'est ni politique ni religieuse ; elle est exclusivement universitaire. Or, si le ministre de l'instruction publique et la Faculté ont eu le tort de publier trop tôt la lettre que nous avons reproduite et sur laquelle nous avons dit notre sentiment, tous les bons esprits, tous les élèves sérieux reconnaîtront, avec le ministre, que l'Université ne doit pas « incliner son autorité devant le tumulte et la sédition ». Nous espérons donc que de nouveaux troubles ne seront plus à signaler et que l'enquête qui s'ouvrira prochainement et qui, nous n'en doutons pas, sera rendue publique, saura faire accepter par tous le verdict qui en sera la conclusion. Les étudiants ont cédé à des excitations regrettables et à des entraînements irréfléchis. Ils sauront comprendre que si l'on a commis quelques fautes, il ne faut pas cependant que la responsabilité de semblables désordres retombe exclusivement sur leurs maîtres les plus dignes de considération et d'estime, sur ceux qui n'ont jamais eu en vue que l'intérêt de l'enseignement, qui est avant tout et surtout l'intérêt des étudiants de Montpellier.

Assistance publique. — Le rapport de M. Henri Liouville sur le budget du ministre de l'intérieur (exercice 1881) fait ressortir combien l'organisation de l'Assistance publique, si avancée à Paris, l'est peu dans les campagnes. Il y a en France 22 000 communes rurales où cette organisation fait absolument défaut, et où les populations indigentes et laborieuses ne sont secourues dans leurs maladies que par la charité privée. Et la statistique montre que cette insuffisance de secours se traduit par une augmentation notable de la mortalité. Le rapport demande :

1° Pour subventions aux établissements généraux de bienfaisance, 934 440 francs (15 000 francs de plus que pour 1880); 2° pour secours à des établissements et institutions de bienfaisance, 706 000 francs; 3° pour dépenses intérieures et frais de surveillance et d'inspection du service des enfants assistés, 950 000 francs; 4° pour frais de protection des enfants du premier âge, 500 000 francs (chiffre double de celui de 1880). Au sujet de la *loi Roussel*, le rapport s'exprime ainsi : « Il n'est pas possible de se prononcer encore sur l'influence qu'a pu exercer sur le mouvement ascensionnel de notre population la *loi Roussel*, qui porte si justement le nom du médecin législateur dont la persévérance efficace a dû triompher de tant d'obstacles. Mais les déclarations répétées et les documents présentés au Comité supérieur et relatés dans les rapports annuels des inspecteurs départementaux, s'accordent déjà à reconnaître une amélioration sensible des conditions de l'allaitement mercenaire, partout où la loi reçoit un commencement d'exécution. Toutefois, il faut le dire, certains départements, et non les moins riches, n'ont pas encore répondu aux appels plusieurs fois renouvelés de l'administration, et quelques Conseils généraux se sont refusés à porter au budget les sommes nécessaires.....

» Il faut souhaiter que de nouvelles extensions, même la généralisation de ce service ne se fasse pas trop attendre : il peut déjà, pour l'enfance, assurer dans nos campagnes l'inspection et l'assistance pour tous, dans des conditions de garantie vraiment sérieuses et efficaces. Les inégalités si grandes qui existent dans la distribution du personnel médical en France forment les obstacles les plus difficiles à lever pour atteindre ce but, but d'autant plus important qu'il constitue l'une des espérances de cette organisation tant de fois réclamée de la *Médecine publique.* »

Vaccination et revaccination obligatoires. — Nous avons fait connaître, et nous avons apprécié (voy. les nos 21 et 22), la proposition de loi déposée à la Chambre des députés par M. le docteur Henri Liouville. Cette proposition vient d'être l'objet d'un rapport très favorable de M. le député Mougeot au nom de la dix-neuvième commission d'initiative parlementaire. Ce rapport n'ajoute rien à l'exposé des motifs dont M. Liouville avait fait précéder sa proposition. Nous y relevons seulement le document suivant, communiqué par ce dernier au rapporteur. C'est une statistique dressée par M. le docteur Marson, médecin d'un des *Small pox hospital* de Londres, et portant sur 6000 cas de variole.

Cas de variole (nombre de décès pour 100).

Individus vaccinés, mais ne portant pas de cicatrices.	21,75
Individus présentant une cicatrice..............	7,50
Individus présentant une cicatrice bien marquée...	4,25
Individus présentant une cicatrice mal marquée...	12,00
Individus portant deux cicatrices................	4,125
Individus portant deux cicatrices bien marquées...	2,75
Individus portant deux cicatrices mal marquées...	7,25
Individus présentant trois cicatrices............	1,75
Individus présentant quatre cicatrices ou plus.....	0,75
Individus non vaccinés........................	35,50

CONSEIL GÉNÉRAL. — HÔPITAUX ET HOSPICES.

Dans la séance du 25 juin, sur un rapport de M. Jules Roche, le Conseil a décidé que dans les *salles* et *refectoires* des hôpitaux et hospices les noms des saints et des saintes inscrits au-dessus des portes seraient remplacés par des noms de chirurgiens et de médecins.

Le Conseil s'est également occupé de la nomination des médecins des asiles des aliénés par voie de concours, et du mode de placement des aliénés à l'asile Sainte-Anne.

Sur le premier point, voici ce qui résulte des déclarations de M. le secrétaire général de la préfecture de la Seine. Un vote a été émis par le Conseil le 16 février 1878. Ce vote énonçait qu'il serait créé des emplois de médecins adjoints à Bicêtre et à la Salpêtrière. Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et le directeur de cette administration ont émis un avis favorable. Un emploi semblable devait être créé à Sainte-Anne. Le 19 janvier 1880, M. le préfet prit un arrêté dans le sens indiqué par le Conseil général. Cet arrêté a été soumis à l'approbation de M. le ministre de l'intérieur. Par une lettre en date du 23 juin, M. le ministre a fait savoir au préfet que, négligeant les difficultés de forme qu'est de nature à soulever une assimilation entre des établissements municipaux relevant de l'Assistance publique et un établissement départemental comme Sainte-Anne, ses sympathies sont acquises sans réserve à l'idée du concours; mais il estime qu'il y aurait un très grave inconvénient à ne pas donner au personnel médical des asiles une commune origine, et à ne pas astreindre tous les candidats à un même concours. En créer un pour les asiles de la Seine et l'autre pour ceux des départements, ce serait nuire à chacun de ces concours et abaisser le niveau des épreuves, même en établissant l'unité de programme; en outre, des mutations ne pourraient plus s'opérer entre les praticiens de ces établissements.

M. le ministre ajoute que son intention est de constituer une commission chargée d'étudier les réformes dont est susceptible le régime des aliénés. Une des plus importantes questions qu'elle aura à traiter sera celle du recrutement du personnel médical des asiles et de la réglementation du concours. Avant de rien décider, M. le ministre pense qu'il y a lieu d'attendre le résultat des délibérations de cette commission.

En ce qui concerne le placement des aliénés, sur lequel M. Bourneville appelle pour la seconde fois l'attention du Conseil, on sait qu'il y a trois sortes de placements : les placements volontaires d'aliénés payants; les placements volontaires d'aliénés indigents, et les placements d'office. Les malades payants sont immédiatement admis à l'asile Sainte-Anne. Les seconds passaient parfois par le dépôt, c'était là une mesure regrettable; mais depuis le vote du Conseil général, l'administration actuelle a décidé que les placements volontaires d'aliénés indigents seraient effectués dans les mêmes conditions que ceux des aliénés payants, avec cette seule différence qu'il serait produit un certificat d'indigence. Quant aux placements d'office, ils concernent les aliénés errants arrêtés par la préfecture de police. Ces aliénés sont conduits au dépôt, visités

par les médecins de la préfecture de police, puis dirigés sur l'asile où ils sont séquestrés. Ces aliénés échappent donc, au début, à l'administration préfectorale de la Seine; c'est à la préfecture de police qu'il appartient de prendre les mesures qu'elle jugera nécessaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Les concours pour la nomination aux places vacantes ou créées de chef de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 19 juillet 1880.

Le nombre des places mises au concours est de 6, savoir : Pour la clinique médicale, 2 places ; pour la clinique d'accouchements, 1 place; pour la clinique des maladies des enfants, 1 place; pour la clinique des maladies syphilitiques et cutanées, 1 place ; pour la clinique des maladies des yeux, 1 place. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er novembre 1880.

Est admis à concourir, pour les emplois de chef de clinique, tout docteur en médecine qui n'est pas âgé de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, du 25 juin au 10 juillet courant, tous les jours, de une heure à quatre heures. Ils trouveront au secrétariat de la Faculté les renseignements dont ils pourraient avoir besoin sur l'organisation et les conditions du concours.

BUREAU CENTRAL. — A la suite d'un concours qui s'est terminé samedi soir, MM. les docteurs Félizet et G. Richelot ont été nommés chirurgiens du Bureau central des hôpitaux de Paris.

— *Concours pour trois places de médecin du Bureau central.* — La première épreuve d'admissibilité, épreuve clinique, s'est terminée lundi soir. Ont été admis à prendre part à la seconde épreuve d'admissibilité, MM. Balzer, Barié, Barth, Bourceret, Cadiat, Chouppe, Clozel de Boyer, Cuffer, Danlos, Déjérine, Dreyfus-Brisac, Hirtz (Hippolyte), Homolle, Jean, Letulle, Lorey, Moizard, Moutard-Martin, Oulmont, Renault, Robin, Roques et Tapret.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira, le 27 décembre prochain, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons la douleur d'annoncer la perte de M. le docteur J. F. A. Tournié, officier de la Légion d'honneur, décédé le 24 juin, à l'âge de soixante et onze ans. C'était assurément un des confrères les plus honorables, les plus aimables et les plus instruits de Paris. A tous ces dons il joignait un dévouement infatigable pour les malades, sans distinction de fortune ni de position sociale, et il laisse dans sa clientèle les regrets les plus profonds et les mieux mérités.

AMÉRIQUE ÉQUATORIALE : ANTHROPOPHAGES. — Le docteur Crevaux vient de faire à la Société de géographie le récit de son voyage dans l'Amérique équatoriale. En remontant une rivière appelée Arara, il s'est trouvé en présence d'une tribu d'anthropophages, qu'il a pu éviter.

Les hommes ont les bras et les jambes peints en noir bleuâtre avec du génipa; les lèvres et les dents en noir foncé avec la tige du balisier, et les paupières en rouge vif avec du roucou. A l'exception du cou, les femmes ont le corps recouvert d'une substance noire sur laquelle sont figurés les desseins.

MORTALITÉ A PARIS (25e semaine, du vendredi 18 au jeudi 24 juin 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1013, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 27. Variole, 51. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 8. — Diphthérie et croup, 40. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 142. — Autres tuberculoses, 53. — Autres affections générales, 106. — Bronchite aiguë, 38. — Pneumonie, 65. — Diarrhée infantile et athrepsie, 88. — Autres maladies locales : aiguës, 57; chroniques, 152; douteuses, 75. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 40. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 25e semaine. — La diminution de la mortalité constatée dans les précédentes semaines se confirme et même s'accentue davantage. Cependant les sévices de la variole sont toujours très prononcés, et encore ceux de la rougeole, d'ordinaire si bénigne à Paris. Les décès par diphthérie, qui, dans ces dernières semaines, avaient subi un mouvement de hausse, ont heureusement diminué (40 décès au lieu de 55); mais que de problèmes restent encore à éclaircir sur les mouvements de cette terrible affection, pourtant si nettement contagieuse, et qui va partout se développant! Nous avons cru pouvoir rattacher sa présence constante dans le quartier des *Quinze-Vingts* et dans ceux contigus de *Sainte-Marguerite*, de *la Roquette*, etc., au voisinage de l'hôpital *Sainte-Eugénie*, et la persistance des mêmes sévices en ces quartiers nous permet de regarder cette hypothèse comme de plus en plus vraisemblable; mais si elle explique ce qui concerne ces quartiers, comment se rendre compte des 4 décès par diphthérie qui, la semaine dernière (24e), ont été enregistrés dans le quartier des *Ternes*, et ceux qui, tout à coup et en même nombre, se rencontrent cette semaine précisément à l'autre extrémité de Paris, dans le quartier de *la Gare?* Car enfin, pour des quartiers de 25 000 habitants, comme les deux quartiers cités, c'est là un tribut considérable, puisqu'il ne porte guère que sur les enfants de un à quinze ans, c'est-à-dire (autant le dénombrement vieilli de 1876 peut nous permettre de le supputer) environ sur 4 500 enfants de cet âge. C'est presque 1 décès par 1000 enfants pendant la 24e *semaine pour les Ternes*, et tout autant, pendant la 25e, pour le quartier de *la Gare!* Il est clair que si, à l'instar de la plupart des bureaux d'hygiène des grandes villes, celui de Paris, comme celui de Bruxelles, avait le moyen de faire faire des enquêtes locales lorsque des faits aussi graves et aussi insolites se produisent, maintes causes de contagion seraient mises en lumière, au grand profit de la sécurité des pères de famille ; mais ces moyens n'étant pas à notre disposition, nous ne pouvons que signaler le mal...

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique, par M. le docteur Paul Second. 1 vol. in-8 avec 3 planches dont 1 en couleur. Paris, G. Masson. 6 fr.

Des épanchements de sang dans les plèvres consécutifs aux traumatismes, par M. le docteur Charles Nélaton. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 3 fr.

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, faites à la Faculté des sciences de Paris, par H. Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, etc. Tome XIVe et dernier. Première partie : Fonctions et relations (suite). Considérations générales. 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 15 fr.

Mémoires de chirurgie : tome II. Amputations, doctrine septicémique, pansements antiseptiques, par M. le professeur A. Verneuil. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 15 fr.

Prophylaxie et traitement de la teigne tondante, par le docteur Rouquayrole. 1 vol. in-8 de 30 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

De l'état des membres fracturés après la consolidation, par M. le docteur Lataste. 1 vol. in-8 de 100 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

De l'emploi du permanganate de potasse en thérapeutique, et en particulier dans le traitement de la blennorrhagie, par M. le docteur A. Bourgeois. 1 vol. in-8 de 50 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Des peptones au point de vue thérapeutique, par M. A. Catillon, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 16 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Manuel complet des maladies des voies urinaires et des organes génitaux, par M. le docteur Gérard Delfau (pénis, urèthre, vessie, prostate, reins, appareil séminal). 1 fort vol. in-18 de 1000 pag., avec 130 fig. dans le texte. Paris, O. Doin. 11 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

L'ÉCLAIRAGE DES CAVITÉS DU CORPS AU MOYEN DE LA LUMIÈRE ÉLECTRIQUE.

(Fin. — Voyez le numéro 27.)

Ce moyen d'éclairage tel qu'il se présente aujourd'hui ne permet d'une manière satisfaisante qu'une seule exploration, celle des dents. En introduisant le fil incandescent dans la bouche, on rend les dents transparentes comme du verre dépoli, et la moindre tache y apparaît très nettement. Nous avons dit au début de notre exposé que c'est à M. Milliot qu'appartient le mérite de cette première application ; il y a lieu d'ajouter que le polyscope Trouvé est un perfectionnement de l'instrument primitif. Ce polyscope peut encore rendre quelque service pour l'exploration des sinus maxillaires; il y révèlerait, selon toute probabilité, par transparence, la présence d'un corps étranger, d'une balle de plomb par exemple. Voilà, pour nous, les seuls progrès que l'instrument à éclairage électrique ait réalisés.

Le polyscope a, dès son apparition, été présenté aussi comme un rhinoscope, et l'instrument de M. Leiter a particulièrement cette prétention. Nous serions, en ce qui nous concerne, bien heureux qu'elle fût justifiée ; mais la vérité est que l'éclairage électrique a trompé notre attente : il ne vaut pas ce que nous possédons déjà.

L'examen rhinoscopique exige un foyer de lumière très intense; c'est pour avoir méconnu cette nécessité primordiale que la méthode s'est si peu répandue et que, malgré les nombreuses publications parues depuis vingt ans, on en est encore dans le grand public médical aux tâtonnements. L'apparition d'un mode d'éclairage aussi pauvre que celui du fil de platine rougi ne fera pas avancer une question qui a bien son importance cependant. L'utilité de l'exploration de la cavité pharyngo-nasale dans la recherche des causes de l'ozène et dans certaines formes de surdité, est démontrée journellement. Les polypes et les tumeurs de toute nature qui siègent au niveau des fosses nasales et de la portion supérieure du pharynx exigent le même examen ; dans les pharyngites enfin il y a souvent lieu de constater l'état de la muqueuse derrière le voile du palais.

Avec une lumière intense, le malade étant rendu tolérant par des procédés que nous n'avons pas à examiner ici, le résultat est aussi assuré que pour l'examen laryngoscopique; mais ce n'est pas la lumière rouge et sans éclat du fil de platine qui peut conduire à un bon résultat. Nous admettons que pour certains besoins chirurgicaux, lorsqu'il s'agit de l'ablation d'une tumeur par exemple, cet éclairage puisse à la rigueur suffire ; mais si l'on veut juger de l'état de la muqueuse, il n'en est plus de même. On reconnaîtrait sans doute aussi une vaste ulcération, mais il serait impossible de déterminer le degré de vascularisation de la muqueuse dans l'hypérémie simple et de reconnaître les érosions, toutes de surface, qui atteignent les couches superficielles de l'épithélium. C'est là ce qui a une véritable importance, surtout dans la recherche des causes de l'ozène, pour lequel l'examen rhinoscopique se fait si fréquemment et que le fil de platine laisserait absolument dans l'ombre. Et vous voulez que le praticien s'embarrasse d'instruments compliqués, dispendieux et encombrants pour obtenir des résultats moindres que ceux que lui donnent les moyens d'éclairage habituels et qui se trouvent entre les mains de tout le monde? Ce serait chercher des difficultés pour le plaisir de les vaincre à demi.

M. Leiter a récemment expérimenté son appareil dans les hôpitaux de Paris et dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie de médecine. Il a fait voir la cavité pharyngo-nasale sur un jeune homme, et ceux des spectateurs qui n'ont pas l'habitude des examens rhinoscopiques ont paru très satisfaits. Ce résultat était cependant inférieur à celui que l'on obtient journellement avec une simple lampe à huile ou un bec de gaz. Nous ne voulons même pas parler de l'éclairage oxhydrique de Drummond qui, uni au petit miroir rhinoscopique, éclaire merveilleusement les fosses nasales et la région environnante. L'avantage que paraît présenter l'appareil Leiter sur le rhinoscope ordinaire consiste dans cette particularité, qu'un courant d'eau vient sans cesse refroidir le miroir et que, par conséquent, ce miroir peut être maintenu en place pour ainsi dire indéfiniment. Mais le sujet de M. Leiter était dressé *ad hoc* et rendu insensible à force d'exercice. Pourquoi M. Leiter n'a-t-il pas appliqué son rhinoscope et essayé de le maintenir indéfiniment derrière le voile du palais d'un malade d'hôpital ou d'un individu quelconque? Tout simplement parce qu'il n'aurait pas réussi. Ajoutons que, en fût-il autrement, et fût-il possible sur un malade de maintenir ainsi indéfiniment le rhinoscope en place, il n'y aurait utilité à le faire que pour une démonstration, mais nullement pour l'examen d'un malade: le temps matériel nécessaire à un examen rhinoscopique n'excède pas quinze à vingt secondes ; l'opérateur a soin de retirer ensuite le miroir, de laisser le malade déglutir et respirer à son aise, et il recommence une ou plusieurs fois l'application. Voilà comment les choses se passent dans la pratique médicale, en face des malades, et alors que le rhinoscope est employé comme vrai moyen de diagnostic. Le rhinoscope perpétuel — qu'on veuille nous passer l'expression — de M. Leiter est une superfétation instrumentale; le rhinoscope de M. Trouvé est une ébauche ; le premier dépasse le but, le

second ne l'atteint pas; tous les deux sont insuffisants et pèchent par le fond, l'insuffisance de l'éclairage. Ces messieurs trouveront peut-être notre critique trop vive; mais à des hommes qui, l'un et l'autre, ont rendu à la médecine de si grands et de si nombreux services, on peut dire ce qu'on croit être la vérité.

Nous nous sommes plus particulièrement étendu sur l'examen rhinoscopique, parce que le nouveau moyen d'éclairage paraissait surtout l'avoir pour but; nous examinerons plus rapidement les autres applications.

L'examen du larynx exige un foyer de lumière beaucoup moindre que la cavité pharyngo-nasale; une simple lampe suffit; nous avons pu voir et faire voir dans certaines circonstances l'intérieur du larynx même à la lueur d'une bougie à laquelle nous adaptions, tant bien que mal, une loupe et un réflecteur. Le fil de platine incandescent a donc un éclat suffisant pour cet examen, au moins dans la majorité des cas; mais il ne marque aucun progrès, et nous possédons mieux. Telle est, du reste, l'opinion de M. Trouvé lui-même; il est donc inutile d'insister.

La question se présente un peu différemment pour l'examen des organes de la digestion, l'œsophage et l'estomac. On conçoit que l'objectif était attrayant et qu'il devait tenter les chercheurs; le champ était inexploré. Il en est à peu près de même pour l'urèthre et pour la vessie, à cela près que l'on se sert depuis longtemps de l'endoscope, qui cependant ne porte pas le foyer de lumière dans la cavité même, comme cela a lieu pour l'éclairage électrique.

Dans cette direction d'autres difficultés se présentent et les fabricants nous paraissent avoir trop dédaigné la tolérance des malades et la réceptivité des organes. Tant que cet éclairage était appliqué sur des animaux préalablement anesthésiés, il constituait une tentative hardie, mais parfaitement justifiée; restait seulement à le rendre tolérable aux malades en modifiant les appareils. Or, rien n'a été changé sous ce rapport depuis les premières expériences de M. Milliot : c'est toujours la même grosse tige, inflexible, quelque peu effrayante pour le patient. Nous imaginons difficilement un individu atteint d'un cancer de l'œsophage ou de l'estomac, ou bien d'un rétrécissement de l'urèthre, ou encore d'un calcul vésical, se prêtant volontiers à l'introduction de cet énorme tube. Certes il y aurait intérêt, dans le cas de rétrécissement de l'œsophage, par exemple, à voir la muqueuse de manière à pouvoir distinguer entre le spasme essentiel et la tumeur de l'organe; mais il existe trop de faits de perforation de l'œsophage même avec une sonde molle, pour qu'on n'ait pas à se préoccuper des conséquences de l'introduction d'une véritable barre métallique.

Néanmoins, et malgré ces réserves, nous pensons que dans quelques cas on serait autorisé à tenter cette introduction. Ce qui la rend matériellement difficile, c'est qu'elle exige un renversement extrême de la tête du patient, sans quoi l'instrument vient naturellement buter contre l'arcade dentaire supérieure. Rappelons ici que l'opération provoque une sécrétion abondante qui obscurcit l'image; on peut, il est vrai, au moyen d'un pinceau, enlever le long du cylindre une grande partie de l'humidité; mais la muqueuse reste luisante et présente des facettes qui produisent un miroitement très gênant pour le regard de l'opérateur. Malgré tous ces inconvénients il peut, nous le répétons, se présenter des cas où l'éclairage électrique aiderait au diagnostic. Il nous paraît moins opportun de vouloir en démontrer l'utilité pour la constatation des corps étrangers dans l'œsophage; une simple sonde en gomme, qui a l'avantage d'être plus inoffensive, fait mieux l'office.

Nous parlerons à peine de l'éclairage de l'estomac; il est absolument insuffisant pour les besoins du praticien : s'il s'agit d'un cancer, le danger et l'inutilité de l'examen sont plus flagrants encore que pour l'œsophage, et pour les affections superficielles de la muqueuse nous rappelons que l'image obtenue serait à la fois trop restreinte et trop confuse.

Le polyscope permettrait peut-être d'apercevoir un corps étranger dans l'estomac; mais ce cas est si exceptionnel qu'en réalité l'instrument serait exposé à figurer longtemps au milieu de l'arsenal chirurgical de réserve, qui entre fort rarement en campagne.

Que pourrions-nous dire de l'inspection de l'urèthre et de la vessie par la méthode nouvelle qui n'eût été déjà reproché à l'endoscope de M. Désormeaux? dimensions trop considérables, éclairage trop restreint, etc. Les chirurgiens, presque à l'unanimité, préfèrent pour l'urèthre la simple sonde. Quant à la vessie, il faut savoir qu'il est nécessaire de la remplir d'eau et de la distendre pour en voir les parois. Or, quelle image espère-t-on obtenir d'une muqueuse vue à travers une telle masse de liquide? M. Trouvé a eu une idée peut-être plus heureuse en songeant à éclairer le gros intestin pour voir par transparence la vessie distendue par l'eau. Si la lumière était suffisamment intense, il nous paraît probable qu'on pourrait, sinon explorer utilement la muqueuse vésicale, du moins reconnaître les contours sombres d'un gros corps étranger, tel qu'un calcul. En admettant qu'il en fût ainsi, serait-ce véritablement utile, puisqu'on peut saisir le corps avec le lithotriteur?

L'introduction du polyscope dans le rectum constitue un véritable pal lumineux et se fait facilement; de même l'éclairage du vagin (1) est très brillant; mais à la lumière du jour ou par la projection à l'intérieur du spéculum des rayons d'une bonne lampe, on obtient un résultat tout aussi satisfaisant.

Voilà donc de bien grands efforts aboutissant à un bien mince résultat; un seul point est acquis aujourd'hui, c'est l'utilité du fil incandescent pour l'examen des dents.

Après avoir contesté les applications trop nombreuses auxquelles prétendent les instruments d'exploration à éclairage électrique, nous n'hésitons pas à signaler l'extrême utilité de l'appareil Trouvé pour les opérations *galvano-caustiques*. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre sur ce sujet, qui ne relève pas de l'étude que nous venons de présenter.

M. Krishaber.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

De l'intoxication tellurique considérée au point de vue des formes morbides en général, et de ses rapports avec les autres maladies, par M. F. Sorel, médecin-major de 2e classe.

En Algérie, comme dans les pays où le sol s'élève au rang de facteur morbide, on trouve établie cette croyance que le miasme tellurique domine la pathologie entière et peut revê-

(1) Nous avons à peine mentionné l'exploration par transparence des organes de la femme, que M. Lazarevitch (de Kharkoff) a entreprise au moyen de l'éclairage du vagin. L'ouvrage de cet auteur, écrit en langue russe, et qui nécessiterait une traduction, nous est parvenu trop tard.

tir, véritable Protée, l'apparence des maladies les plus diverses ou se dissimuler derrière elles.

Cette légende de l'impaludisme est acceptée d'autant plus facilement, qu'elle séduit les esprits généralisateurs ou amis du merveilleux, et simplific extraordinairement l'exercice de la médecine dans ces contrées. Un fond commun s'imposant à toutes les maladies, la détermination de l'espèce devient accessoire; armé du spécifique, on part en guerre contre le miasme auteur de tous les maux, distribuant libéralement le sulfate de quinine, aussi bien pour combattre la méningite ou le phlegmon que pour lutter contre une pyrexie, quelles que soient sa nature et son origine. La perniciosité explique toute mort dont la cause n'a pu être précisée ou reste méconnue, faute d'un examen suffisant.

Un double séjour en Algérie, dans des localités diverses, et comprenant huit années, m'a laissé une tout autre impression. Je vais exposer le résultat de mes recherches, et on verra combien est vaste encore le champ d'action laissé à la malaria, et combien sont variées les formes morbides qui en dépendent d'une façon certaine.

Un fait absolument vrai, c'est que des symptômes très différents, et de siège et d'expression, relèvent d'une origine commune, l'empoisonnement par le sol, et, comme dans la syphilis ou le saturnisme, la donnée étiologique devient ici le point capital.

Cet empoisonnement, résultat de l'action du sol, nous l'appellerons, avec L. Colin, *intoxication tellurique*, et par abréviation *tellurisme;* l'expression n'est pas nouvelle, mais c'est au professeur du Val-de-Grâce que revient le mérite de l'avoir en quelque sorte imposée, en appuyant sur la nécessité d'un terme plus vaste que celui de *paludéen*. Ce sont là des notions aujourd'hui vulgarisées sur lesquelles je n'insiste pas.

A l'action incontestable du poison tellurique nous pouvons rattacher :

1° Des états fébriles de types et de rhythmes divers : *fièvre tellurique*.

2° Des troubles de l'innervation : *a*, sensitifs ou moteurs : *névropathies telluriques; b*, vaso-moteurs : *congestions telluriques* (ayant sous leur dépendance des états congestifs de siège varié).

Ces troubles nerveux sont associés à la fièvre tellurique ou peuvent en rester indépendants.

3° Des troubles de la nutrition plus ou moins profonds, liés ou non à des altérations d'organes : *anémie et cachexie telluriques*.

Nous allons étudier séparément et d'une façon générale ces diverses formes morbides.

1° Fièvre tellurique. — La fièvre est la forme la plus fréquente de l'intoxication tellurique et celle qui attire le plus l'attention; mais il faut abandonner cette idée que l'intermittence et la périodicité en soient les caractères fondamentaux et nécessaires. « ... Le nom générique de *fièvres intermittentes*, donné à une série de phénomènes morbides qui n'ont rien de nécessairement *fébrile*, ni de nécessairement *intermittent*, a constitué jusqu'à ce jour l'obstacle le plus puissant à l'intelligence des maladies qui font l'objet de ce travail. En effet, dès que la *forme fébrile intermittente*, qui est de beaucoup la plus commune en Europe, se fut posée comme résumant en elle le *fond* de l'intoxication des marais, force fut d'appeler sa forme non fébrile une fièvre *larvée* (c'est-à-dire *cachée*), son type *continu* une *pseudo-continuité*, enfin son médicament spécifique un *antipériodique...* » (Boudin, *Traité des fièvres intermittentes...*, etc. Paris, 1842, chapitre 1er, *Intoxication des marais.*)

L'identité d'origine et de nature des divers types fébriles de l'intoxication tellurique a été mise en lumière par M. Maillot, dont c'est le titre de gloire; dès les premières années de l'occupation de l'Algérie, il réduisait à leur juste valeur l'intermittence et la périodicité, et montrait leur importance secondaire primée par l'étiologie.

Celles-ci ne sont, du reste, pas l'apanage de l'intoxication tellurique; on les rencontre dans la fièvre hectique, qu'elle provienne de la tuberculose, du cancer ou de la pyohémie; elles sont fréquentes chez les urinaires ou les hépatiques et dans l'érysipèle ou la période de réparation de la fièvre typhoïde, dans les états, en un mot, où il y a fièvre de résorption secondaire. (L. Lereboullet, art. Fièvre, in *Dict. encycl.*, t. II, 4e série, p. 249.)

Aux caractères contingents et accessoires d'intermittence et de périodicité, sources toujours renouvelées de confusion, il faut aujourd'hui substituer la notion étiologique, qui importe surtout, et se trouve être le véritable trait d'union entre les états fébriles variés que nous allons passer en revue, sous la dénomination générale de fièvres telluriques.

Mais, avant d'aller plus loin, une distinction s'impose, tirée du fond même de la maladie : elle est dite franche ou légitime lorsqu'elle évolue d'une façon normale, habituelle; elle est qualifiée, au contraire, de pernicieuse quand elle prend une physionomie insolite, associée à une gravité remarquable.

A. *Fièvre tellurique franche*. — Si les oscillations thermiques sont séparées par des intervalles d'apyrexie appréciables, la fièvre est dite intermittente; ce type domine en Europe et paraît se rattacher aux climats ou aux saisons froids.

Le *type intermittent* se subdivise lui-même et présente les *rhythmes* fébriles *quotidien*, *tierce*, *quarte*, suivant l'agencement des temps de fièvre et d'apyrexie. Le rhythme peut être doublé par l'apparition de deux accès dans les vingt-quatre heures.

En Europe, l'accès est en général marqué par la succession des trois stades : frisson, chaleur et sueur. Ils peuvent être aussi distincts en Algérie; mais le plus souvent ils sont peu marqués dans les mois d'été ou les récidives; l'élévation thermique se fait progressivement, avec peu ou point de frissons, et la défervescence a lieu de la même façon, avec peu ou point de sueurs. Les expressions vulgaires de *fièvre froide* ou *fièvre tremblée* et de *fièvre chaude* sont le résultat de ces différences dans la marche de l'accès.

Les accès à retour éloigné doivent être plutôt considérés comme des récidives pouvant subir elles-mêmes les lois de la périodicité; souvent ils se représentent ainsi de loin en loin, multiples et associés, suivant un des rhythmes normaux. A mesure qu'ils se répètent, l'irrégularité devient la règle des accès intermittents.

La continuité fébrile caractérise le *type continu;* il présente deux rhythmes : le *rhythme sub-continu*, quand le chiffre thermique des minima journaliers reste voisin du degré des maxima; et le *rhythme rémittent*, quand l'intervalle entre les degrés minima et maxima est plus marqué, en un mot quand l'amplitude des oscillations rompt la continuité thermique, bien qu'il y ait continuité fébrile. De plus, mes recherches me portent à croire qu'en général le système rémittent est constitué par une double oscillation thermique dans le nychthémère (*Documents pour servir à l'histoire de la fièvre rémittente...*, in *Gaz. hebd.*, décembre 1878); ce fait n'a rien de surprenant, puisque l'intermittence peut être doublée.

La continuité fébrile est d'autant plus fréquente qu'on se rapproche des climats ou des saisons chauds; elle est, en outre, déterminée par l'organisme, qui réagit d'autant plus vivement que le séjour est récent et qu'il y a immunité antérieure.

La considération de ces diverses influences a permis au professeur L. Colin de formuler une loi de succession des types fébriles. (*Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1870, p. 143 à 157.)

La *périodicité* est indépendante et du rhythme et du type, elle consiste dans le retour associé, suivant les heures ou les jours, de symptômes semblables. Une fièvre double tierce est

une fièvre quotidienne au point de vue du rhythme; mais ce qui la caractérise, c'est que de deux en deux jours les symptômes se ressemblent par leur mode d'apparition, leur intensité ou leur durée. Dans le type continu, le rhythme rémittent peut présenter des symptômes groupés suivant le mode tierce ou quarte; j'en ai rapporté un exemple (*Gaz. hebd.*, décembre 1878, mémoire cité, observation 8). Enfin nous trouvons plus loin la périodicité liée à des phénomènes apyrétiques.

La donnée étiologique l'emporte si bien sur les autres caractères, dans les faits qui relèvent de l'intoxication tellurique, que les types fébriles peuvent s'associer et constituer des *fièvres rémitto-intermittentes*. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la fièvre tellurique débute par la sub-continuité ou la rémittence pour finir par l'intermittence; d'autres fois c'est la rémittence qui succède à l'intermittence; enfin il peut y avoir association plus complète des deux rhythmes, pénétration réciproque, pour ainsi dire, de sorte que la fièvre est tantôt traversée par des abaissements ou rémissions, tantôt par des intermittences; les élévations thermiques, les rémissions et les intermissions étant variables dans leur succession et leur durée.

B. *Fièvre tellurique pernicieuse.* — On reste sans aucune donnée sur l'élément surajouté qui fait la perniciosité; on ne sait s'il y a modification dans l'activité ou la qualité du poison tellurique, et quelle part revient à l'organisme dans les accidents qui surviennent (mélanémie).

Comme la périodicité, la perniciosité est indépendante du type et du rhythme fébriles, et de l'état fébrile lui-même; cependant la constance presque absolue de la fièvre lui fait prendre place ici.

En Algérie, la perniciosité est rarement liée à l'intermittence; le plus souvent l'état fébrile est continu, et les accidents pernicieux se produisent d'emblée ou peu à peu pour entraîner la mort, ou plus rarement disparaître d'une façon complète, sans amener de rechute.

Les *quatre groupes* admis par Dutrouleau permettent de comprendre toutes les nuances et d'éviter la création d'espèces sans limites précises, propres à engendrer la confusion. Les cas que j'ai observés rentrent dans les trois premiers groupes: *ataxique*, *comateux* et *algide;* les deux derniers contiennent les cas les plus fréquents, l'algide renferme les formes les plus graves. Je n'ai rencontré aucun cas du groupe des *bilieuses*.

2° NÉVROPATHIES ET CONGESTIONS D'ORIGINE TELLURIQUE. — A. *Névropathies telluriques.* — Elles sont sensitives ou motrices; parmi les premières on remarque surtout la névralgie du trijumeau et particulièrement de sa branche sus-orbitaire, des névralgies intercostales, la gastralgie. Les troubles de la motilité sont rares et liés le plus souvent à la congestion, dont ils deviennent un symptôme. J'ai rapporté (*Gazette hebdomadaire*, 21 mai 1880) un cas de tic convulsif des muscles droits de l'abdomen dépendant de l'intoxication tellurique.

Les névropathies telluriques présentent généralement un certain degré d'intermittence et de périodicité. Elles sont indépendantes de la fièvre tellurique ou peuvent lui être associées, et, dans ce cas, la précèdent, l'accompagnent en lui survivant ou non, ou bien lui succèdent.

Souvent ces troubles de l'innervation motrice ou sensitive sont liés à un état fébrile léger, forme fruste de la fièvre tellurique, causant un état de malaise indéterminé, et faisant croire à un embarras gastrique. Cet état fébrile peut passer inaperçu si l'on n'a soin de le rechercher, il justifie jusqu'à un certain point l'ancienne dénomination de fièvre larvée, et se rencontre surtout dans les cas d'intoxication lente progressive, principalement pendant la saison froide ou chez d'anciens intellurés, anémiques, où la réaction fébrile avorte, pour ainsi dire, et se traduit par des symptômes atténués.

B. *Congestions telluriques.* — Les troubles de circulation placés sous la dépendance du système nerveux vaso-moteur présentent un très grand intérêt. Ce sont eux qui, par la diversité des organes atteints et la variété des phénomènes produits, ont servi de base à la légende du tellurisme. On a élevé au rang des maladies constituées des états morbides relevant bien de l'intoxication tellurique, mais qui n'étaient que des symptômes; aussi ont-ils pour caractère commun d'être transitoires et passagers, et c'est parce qu'ils sont des symptômes et non des maladies qu'ils peuvent évoluer parallèlement à la fièvre, et comme elle être intermittents et périodiques.

Indépendantes de la fièvre, ces congestions ressemblent aux névralgies qu'elles déterminent; fébriles, elles simulent des inflammations qui, localisées dans les organes les plus divers, donnent lieu aux symptômes les plus variés.

Du côté de la peau, on notera l'urticaire, la roséole, des œdèmes; sur les muqueuses, la congestion peut déterminer la rupture des vaisseaux capillaires et être cause d'hémorrhagie; l'épistaxis est la plus fréquente et peut être périodique, comme la fièvre et la congestion dont elle dépend.

La congestion de l'encéphale amènera des phénomènes d'excitation (céphalalgie, délire) ou de dépression (coma). Dans certaines conditions, les symptômes peuvent être localisés (aphasie, monoplégie, hémiplégie); mais l'embolie par mélanémie n'est pas toujours étrangère à ces localisations.

La congestion de la moelle épinière donnera lieu à la rachialgie, à la parésie des membres inférieurs, plus rarement des supérieurs.

La congestion pharyngée simulera l'angine. J'ai vu plusieurs fois un état congestif intense des amygdales et du voile du palais, pris tout d'abord pour une angine, disparaître avec l'accès fébrile qui l'avait provoqué. Du côté du tube digestif surviendront des dyspepsies et la diarrhée, si fréquente dans la fièvre intermittente.

L'ictère résultera d'une congestion du foie ou des canaux excréteurs de la bile; une albuminurie transitoire accompagnera celle des reins.

La dyspnée ou des accès d'asthme indiqueront la congestion de l'appareil respiratoire, qui, d'autre part, pourra être l'occasion d'hémoptysie ou bien prendre les apparences d'une pneumonie. Deux fois j'ai cru assister au début de l'inflammation du poumon, quand il ne s'agissait que d'un état congestif, accompagné de crachats un peu sanguinolents, et dépendant d'un accès de fièvre tellurique.

Tous ces états congestifs sont transitoires, liés à l'accès fébrile qui les fait naître, intermittents et périodiques comme lui; ce sont, en un mot, des symptômes disparaissant avec la maladie, et c'est dans ce sens qu'il faut interpréter les prétendues angines, néphrites, pneumonies, etc., intermittentes. La répétition de la congestion sur un organe prédisposé peut provoquer l'inflammation; dans ce cas, la fièvre tellurique a été la cause de la maladie en tant que cause déterminante, mais elle est désormais sans action sur l'évolution anatomique; elle ne la dirige pas; l'inflammation franche ou de mauvaise nature, suivant le fond individuel, suit les phases qui lui sont propres.

Cependant Grisolle a admis, dans son *Traité de la pneumonie*, la réalité d'une lésion inflammatoire intermittente du poumon, et M. Lépine a consacré un paragraphe de son récent et excellent article PNEUMONIE, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, à la pneumonie périodique. Il est vrai de dire que Grisolle et Lépine l'ont décrite sur la foi d'autrui et ne l'ont pas observée personnellement.

Les médecins de l'armée d'Afrique n'en font guère mention. Catteloup, souvent cité, a bien soin de dire que, pour lui, les symptômes intermittents portent seulement sur la fièvre et non sur la lésion pulmonaire, dont la constance est indiquée par les signes physiques. (*De la pneumonie d'Afrique*, in *Recueil des mémoires de médecine militaire*, 2e série, t. XI, 1853, p. 314.)

L. Colin (*Traité des fièvres intermittentes*, p. 305) et

Vallin (note ajoutée au *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger. Paris, 1877, p. 86) ne l'ont pas observée et doutent de sa réalité.

M. Frison seul paraît en reconnaître l'existence (*De la fièvre rémittente pneumonique*, in *Recueil des mémoires de médecine militaire*, août 1866), et cependant la description qu'il en fait se rapporterait à une pneumonie marquée par la périodicité fébrile, question que nous retrouverons plus loin, et non par la périodicité organique. Suivant lui, en effet, préparée par la constitution médicale, suscitée par la fièvre intermittente, elle constituerait une affection mixte due à une maladie fébrile compliquant une fièvre intermittente; l'inflammation une fois produite, vivant de sa propre vie, parcourant ses phases habituelles laisserait après la mort des traces incontestables de son existence (voy. p. 111 à 113).

Dans cette question de la pneumonie intermittente il y a, en effet, deux choses à considérer : la lésion du poumon et la fièvre. Dans un premier ordre de faits, la pneumonie est constante, mais la fièvre prend une marche intermittente ; nous examinerons plus loin cette modification apportée à la marche de la pneumonie. Dans un second ordre de faits sont rangés les cas où *la lésion anatomique révélée par ses signes physiques évoluerait parallèlement à la fièvre, naissant avec elle, disparaissant avec elle, et restant liée à sa périodicité.* Ce serait là la vraie pneumonie périodique ou intermittente.

Eh bien, aucune observation rigoureusement recueillie n'est venue jusqu'ici démontrer la réalité d'une pneumonie précisée dans ces termes. L'observation I du mémoire de M. Constant (*Bulletin de thérapeutique*, t. XLIII, année 1852, p. 481), regardée comme démonstrative, ne relate autre chose qu'un accès avec congestion pulmonaire caractérisée par les signes si bien étudiés depuis cette époque par M. Woillez, dans son *Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires.* L'accès a été unique; il n'y a donc là ni périodicité, ni intermittence; et néanmoins ce cas est présenté par son auteur comme un type qui l'emporterait en simplicité et en clarté sur les autres faits observés.

Dans le cas rapporté par M. Trousseau (même *Bulletin*, p. 505), il s'agit de congestion pulmonaire liée à des accès de fièvre tellurique et passant à l'inflammation, qui alors devient indépendante de la périodicité fébrile. Ce sont des cas analogues qui ont fait écrire à Grisolle que la lésion grandissait à chaque accès.

En résumé, nous dirons avec Jaccoud (*Pathologie interne*, t. II, p. 578) qu'il ne peut être question de pneumonie intermittente dans le sens anatomique du mot. La fièvre tellurique en provoquant la congestion peut être l'occasion d'une pneumonie; mais celle-ci créée, elle ne saurait plus en diriger la marche. Ne voyons-nous pas, du reste, la résolution de la pneumonie franche retarder de un à plusieurs jours sur la défervescence fébrile, et l'herpès labialis, qui accompagne la fièvre, suivre aussi son évolution anatomique propre, bien que provoqué par elle?

De même, la congestion rénale répétée peut faire naître une néphrite d'origine tellurique indirecte; mais il ne saurait y avoir néphrite intermittente. Le cas publié par E. Calmette (dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, numéro de janvier-février 1880) consiste dans une albuminurie transitoire déterminée par la congestion liée à des accès de fièvre.

Il faut apporter une rigueur d'autant plus grande dans les observations de ce genre qu'elles entraîneraient à leur suite la reconnaissance implicite de la périodicité pour toutes les inflammations, fait qui me paraît absolument inacceptable de par les lois mêmes qui règlent la vie et le développement des tissus qui constituent nos organes.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

CRANIOLOGIE DES RACES NÈGRES AFRICAINES; RACES DOLICHOCÉPHALES, par MM. *A. de Quatrefages* et *L. Hamy*. — Etude très intéressante d'anthropologie que l'on consultera dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, mais qu'il nous est impossible de résumer ici.

DES CAUSES QUI PEUVENT FAIRE VARIER LES RÉSULTATS DE L'INOCULATION CHARBONNEUSE SUR LES MOUTONS ALGÉRIENS. INFLUENCE DE LA QUANTITÉ DES AGENTS INFECTANTS. APPLICATIONS A LA THÉORIE DE L'IMMUNITÉ, par M. *A. Chauveau*. — L'auteur commence par rappeler ses communications antérieures sur le même sujet, et explique pourquoi l'aptitude à l'infection charbonneuse dépend : 1° de l'activité spéciale de la matière d'inoculation ; 2° de la quantité d'agents infectants introduits dans l'organisme par cette inoculation. Il expose ensuite ses nouvelles expériences, qui lui semblent démontrer que la grande quantité des agents infectants, dans les inoculations de sang de rate aux moutons algériens, est une des conditions qui permettent de vaincre la résistance que ces animaux opposent, en général, au virus charbonneux.

Un certain intérêt, ajoute M. Chauveau, s'attache aux faits que je viens d'exposer, quand on les considère au point de vue de leurs rapports avec les essais de théorie générale de l'immunité. Dans une communication récente, M. Pasteur a montré que les milieux qui ont servi à une première culture du microbe du choléra des poules ont perdu toute aptitude à une nouvelle culture, par épuisement de certains principes nécessaires au travail de prolifération. Il a rapproché ces milieux culturaux épuisés, et devenus ainsi inféconds, de l'organisme des poules, auxquelles il donne l'immunité par plusieurs inoculations préventives : sur celles-ci, comme dans ceux-là, il manque quelque chose qui est indispensable à la vie et à la multiplication du microbe du choléra des poules, et c'est là ce qui rend les deux sortes de milieux également inféconds. Selon toute vraisemblance, cette séduisante théorie, basée sur une des plus intéressantes séries de ces expériences nettes et décisives dont M. Pasteur est coutumier, s'applique à la plupart des cas d'immunité acquise par inoculation préventive; mais il me paraît difficile de l'adapter à l'immunité naturelle dont jouissent les moutons algériens à l'égard de la maladie bactéridienne. Les faits que je viens de faire connaître démontrent, en effet, que la bactéridie charbonneuse se comporte, dans l'organisme des moutons algériens, non pas comme s'il était privé de principes nécessaires à la vie bactéridienne, mais bien plutôt comme si c'était un milieu rendu impropre à cette dernière par la présence de substances nuisibles. En très petit nombre, les bactéridies sont arrêtées dans leur développement par l'influence inhibitoire de ces substances. Très nombreuses, au contraire, elles peuvent surmonter bien plus facilement cet obstacle à leur prolifération.

QUARANTAINES. — A propos d'une communication *sur la salubrité de l'isthme de Panama*, par M. *de Lesseps*, qui avait renouvelé devant l'Académie cette assertion que, dans son opinion, les quarantaines n'empêchent pas les maladies épidémiques de se répandre, lorsque leur propagation est favorisée par des circonstances atmosphériques, et sont, dans tous les cas, une gêne constante pour les relations commerciales et maritimes, M. *Bouley* soumet à l'Académie les observations suivantes :

En l'absence des membres de la section de médecine, je crois de mon devoir de ne pas laisser dire, sans protestation, devant l'Académie que « les quarantaines sont inutiles pour empêcher » les maladies épidémiques de se répandre lorsque leur propaga-

» tion est favorisée par des circonstances atmosphériques ». Qu'elles soient une gêne constante, comme le dit M. de Lesseps, pour les relations commerciales et maritimes, je n'y contredis pas; mais cet inconvénient se trouve si supérieurement compensé par les garanties qu'elles donnent à la santé publique, que nous ne devons pas nous départir de cette mesure préventive, dont l'expérience démontre tous les jours l'efficacité certaine. C'est depuis que la police sanitaire internationale veille sur l'Egypte et la préserve, par des mesures quarantenaires, de l'invasion du choléra, aux époques redoutables des pèlerinages, que les menaces de cette maladie sont moins à craindre pour l'Europe. C'est par les quarantaines que nous nous maintenons à l'abri des contagions que les vaisseaux peuvent si facilement transporter, notamment la fièvre jaune, dont il est question dans la lettre que vient de lire M. de Lesseps.

Les circonstances atmosphériques, qui rendraient nulles, d'après lui, l'action des quarantaines, ne peuvent contribuer à la propagation des maladies épidémiques qu'autant qu'on laisse à ces maladies la liberté de prendre leur essor en dehors des vaisseaux qui en renferment les germes. Mais ces germes ne sont pas des *aura* insaisissables, des vapeurs subtiles, des effluves qui auraient la propriété de se répandre *fatalement*, sans qu'on puisse rien contre leur expansion. C'est le contraire qui est le vrai.

Grâce aux recherches de la science expérimentale, le principe de la contagion n'est plus l'inconnu d'autrefois; il a pris un corps, et on peut l'étudier et le suivre dans ses manifestations. Mais, même avant que ces notions fussent acquises, la pratique, s'inspirant de l'observation, avait donné la preuve que, par une surveillance attentive exercée sur les hommes et les choses de provenance des pays suspects, on pouvait prévenir l'expansion des maladies contagieuses dont les uns et les autres étaient susceptibles de recéler les germes. Cette surveillance, c'est par les quarantaines qu'elle peut être exercée efficacement. Il est donc nécessaire de les maintenir, malgré les inconvénients qu'elles peuvent avoir pour les relations commerciales et maritimes.

Sur l'existence, dans la fumée du tabac, d'acide prussique, d'un alcaloïde aussi toxique que la nicotine et de divers principes aromatiques, par MM. *G. Le Bon* et *G. Noel*. — Les auteurs déclarent avoir extrait de la fumée de tabac : 1° de l'*acide prussique;* 2° un *alcaloïde* à odeur agréable, mais dangereux à respirer et aussi toxique que la nicotine, puisqu'il tue les animaux à la dose de 1/20 de goutte; 3° des *principes aromatiques* encore indéterminés, qui contribuent, avec l'alcaloïde précédent, à donner à la fumée du tabac son parfum.

C'est, disent-ils, autant aux substances qui viennent d'être mentionnées qu'à la nicotine qu'elle contient que la fumée du tabac doit les propriétés toxiques attribuées uniquement jusqu'ici à la nicotine.

L'alcaloïde que nous signalons paraît identique à un composé, la collidine, dont l'existence avait déjà été signalée dans la distillation de plusieurs substances organiques, mais dont les propriétés physiologiques et toxiques étaient ignorées. Il joue un rôle fondamental dans la fumée du tabac. C'est à sa présence que la fumée de certains tabacs peu riches en nicotine et cependant très forts doit ses propriétés.

Sur la transmissibilité de la tuberculose par le lait, par M. *F. Peuch*. — Ayant reconnu l'existence de la phthisie sur une vache vendue pour la boucherie, et qui donnait encore 3 à 4 litres de lait par jour, l'auteur a fait consommer le lait de cette vache par deux porcelets et deux lapins.

Ces animaux, ayant été sacrifiés, présentaient des lésions tuberculeuses d'autant plus évidentes que l'absorption du lait avait été plus longue. Ces faits, dit l'auteur, démontrent que la phthisie est transmissible par le lait tel qu'il est extrait de la vache. Il restera à rechercher si ce liquide perd ses propriétés contagieuses quand on le soumet à l'ébullition.

M. *Bouley*, après avoir donné le sommaire de cette communication, met sous les yeux de l'Académie un flacon contenant des fragments de poumon, de foie, de rate, de centre phrénique du diaphragme, de ganglions bronchiques et sous-maxillaires provenant d'un porc de cinq mois, tué soixante-sept jours après une inoculation de 2 centimètres cubes de jus de viande, exprimé, avec la presse du commerce, d'un fragment des muscles ischio-tibiaux de la vache tuberculeuse dont il est question dans la note de M. Peuch. Cette expérience a été faite à Toulouse par M. Toussain, de l'Ecole vétérinaire, dont l'Académie a déjà récompensé les travaux. L'examen des pièces contenues dans ce flacon fait voir des lésions tuberculeuses à un degré très avancé.

« J'ai pensé, dit M. Bouley, que ces faits, démonstratifs incontestablement de la transmission de la tuberculose de la vache par l'usage alimentaire du lait *non bouilli* et par l'inoculation du jus de viande *crue*, ne devaient pas demeurer cachés. Ils ne sont pas uniques, du reste. Déjà, en Allemagne, des expériences de même ordre ont été faites et ont donné des résultats identiques, auxquels on ne semble pas avoir attaché une importance suffisante.

» Le danger est donc réel, et il est bon que le public en soit prévenu pour qu'on se mette en garde, à une époque surtout où l'usage alimentaire de la viande *crue* est assez souvent prescrit pour remédier aux anémies.

» Il ressort de ces faits que, dans les abattoirs, l'inspection doit se montrer rigoureuse à l'endroit des vaches phthisiques, et qu'il serait prudent de ne faire usage que du lait *bouilli*, surtout pour l'alimentation des jeunes enfants, quand on n'est pas sûr de la source dont il provient. La cuisson, qui éteint la vie cellulaire comme celle des parasites, doit rendre, en effet, inoffensifs et le lait et la viande. C'est ce qui doit rassurer sur l'usage des viandes que consomme l'armée. Il n'est pas rare que les animaux d'où ces viandes proviennent soient affectés de tuberculose; mais la cuisson extrême à laquelle elles sont soumises éteint nécessairement en elles toute propriété nocive, au point de vue de la contagion. »

M. *Larrey* insiste sur les remarques présentées par M. Bouley et sur la nécessité de ne choisir que des viandes de bonne qualité pour les administrer sans cuisson préalable ou sans cuisson suffisante.

Académie de médecine

SÉANCE DU 6 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit: *a*. Un mémoire manuscrit de M. le docteur Durand-Fardel sur *l'altération et la conservation du bassin de Vichy*.— *b*. Une note de M. Feray, sur les propriétés thérapeutiques de la bétulalbine.

M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. de Seure, une note sur les propriétés électriques du collodion.

M. *L. Colin* présente, au nom de M. le docteur Morache, une brochure sur la médecine légale.

Séance annuelle. — M. *le Président* annonce que la séance publique annuelle aura lieu le mardi 20 juillet. M. Béclard, secrétaire perpétuel, lira un éloge d'Andral.

Thérapeutique du strabisme, de sa guérison par les mydriatiques ou par une nouvelle opération de strabotomie. — M. le docteur *Boucheron* présente à l'Académie les résultats de ses recherches sur la thérapeutique du strabisme. Ce travail se divise en deux parties :

I. *Du traitement du strabisme sans opération, par les mydriatiques*. — Se basant sur cette donnée physiologique non encore mise en lumière, que l'accommodation des yeux pour les faibles distances *gouverne* la convergence des yeux, M. Boucheron propose de combattre la convergence excessive des yeux hypermétropes, et le strabisme convergent, qui en est la conséquence, en supprimant momentanément l'accommodation, par la paralysie atropinique des muscles accommodateurs.

Présentée à l'Académie des sciences, le 17 mars 1879, cette méthode de traitement du strabisme convergent intermittent a donné des résultats qui peuvent être résumés ainsi : 1° la condition *sine qua non* du succès est l'intermittence de la déviation du strabisme, ce qui indique que les

muscles droits internes n'ont pas encore subi la rétraction et le raccourcissement consécutifs à leur position vicieuse habituelle.

Les instillations de sulfate d'atropine (3 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée) doivent être faites dès la première apparition du strabisme, avant tout changement dans les muscles convergents.

L'atropinisation doit être faite dans les *deux yeux*, de manière à obtenir *une paralysie complète des muscles accommodateurs* (ce qui correspond en général à une dilatation maxima des pupilles). Une ou deux gouttes, matin et soir, de la solution indiquée plus haut produisent la dilatation pupillaire désirable.

L'atropinisation sera prolongée pendant un temps suffisant, pour que ces habitudes de convergence excessive aient disparu, lorsque l'enfant regarde de près.

Cette médication met l'enfant hypermétrope strabique dans la situation des hypermétropes non strabiques.

La durée de l'atropinisation est d'autant moins longue que l'enfant est moins âgé lors du début du traitement, et que son strabisme est moins ancien. Généralement en deux ou trois semaines le strabisme disparaît, mais il présente une tendance à reparaître pendant encore plusieurs mois, trois, six, dix mois; un an et même deux ans chez les enfants âgés. Dans les cas observés, l'atropinisation n'a produit aucun inconvénient. Si l'atropine était mal supportée, on la remplacerait par d'autres mydriatiques, la duboisine par exemple.

Dans certains cas, les myosiques, comme l'ésérine, qui immobilisent l'accommodation en contracturant le muscle ciliaire, peuvent modifier la relation qui existe entre l'accommodation et la convergence, et faire cesser le strabisme. Mais les mydriatiques ont un effet bien plus certain.

Employée dans neuf cas de strabisme convergent *intermittent*, chez des enfants, cette méthode a fourni huit succès.

II. *Du traitement du strabisme par la strabotomie.* — Quand on a laissé le strabisme convergent passer de l'intermittence à la *permanence*, ou bien quand le strabisme a été d'emblée *permanent*, le seul traitement à lui opposer est l'*opération de la strabotomie.*

La strabotomie a tour à tour été vantée et discréditée, et a fourni tour à tour des succès et des revers, par suite de l'insuffisance de précision dans nos connaissances anatomiques sur la région de l'opération.

Dans un travail présenté à la Société de chirurgie (17 juillet 1878), et honoré d'un rapport favorable par M. le professeur Trélat, M. Boucheron s'est proposé de démontrer pourquoi la strabotomie réussit et pourquoi elle échoue. D'après les recherches de M. Boucheron, *la section pure et simple du tendon* du muscle rétracté est tout à fait *insuffisante* pour produire le redressement de l'œil, dans un cas de strabisme moyen. La ténotomie sans débridement aucun ne produit un redressement que de 1 mill. 1/2 à 2 millimètres. Après la ténotomie, le muscle continue à mouvoir l'œil, presque aussi bien qu'avant la ténotomie, *à cause de l'existence d'insertions supplémentaires de nature aponévrotique.*

Ces insertions supplémentaires jouent un rôle capital dans l'opération de la strabotomie. C'est en sectionnant ces insertions supplémentaires en proportions voulues qu'on peut doser le degré du redressement de l'œil. C'est en négligeant la section des insertions supplémentaires qu'on échoue par insuffisance de correction, c'est en les sectionnant trop largement qu'on échoue par excès d'action.

Ces insertions supplémentaires, ou adhérences du muscle droit à la capsule de Tenon, sont exclusivement situées sur la face superficielle du muscle, elles sont *prémusculaires*, et elles s'attachent d'une part aux bords du muscle, d'autre part à la capsule sus-jacente et adjacente au muscle (adhérences prémusculaires et latérales).

Les préparations anatomiques ont été vérifiées par M. Trélat, et l'opération basée sur ces notions anatomiques a été pratiquée plusieurs fois avec succès, dans son service à l'hôpital de la Charité.

Le procédé opératoire de M. Boucheron est le suivant :

1° Section verticale de la conjonctive et de la capsule sous-jacente à 2 ou 3 millimètres de la cornée; 2° introduction du crochet à strabisme sous le tendon du muscle droit; 3° la traction du lambeau capsulo-conjonctival d'une part, la traction en sens inverse du tendon musculaire d'autre part, mettent en relief les insertions ou adhérences prémusculaires du muscle à la capsule susjacente; section de ces insertions ou adhérences en proportion voulue d'après le degré du strabisme; 4° ténotomie complète du muscle droit; 5° si la correction est insuffisante, section des adhérences prémusculaires dans une plus grande étendue, ou section des adhérences latérales au muscle; 6° suture conjonctivale, si l'on veut seulement rapprocher les bords de la plaie; suture capsulo-conjonctivale si l'on a besoin de diminuer l'effet obtenu. Cent vingt opérations de strabotomie pratiquées par ce procédé ont permis de constater l'exactitude des propositions émises plus haut.

Virulence de la pustule maligne. — M. *Colin* (d'Alfort) donne lecture d'un mémoire sur l'analyse expérimentale de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux, et sur la détermination de leurs formes variées et de leurs degrés de virulence.

M. Colin est arrivé à cette conclusion que les animaux réfractaires au charbon peuvent contracter parfaitement la pustule maligne.

Cette pustule prend des formes très variées, suivant les points du corps où elle se développe: elle avorte dans les parties où le tissu cellulaire est très dense; elle évolue au contraire avec rapidité dans les parties riches en lymphatiques.

Dans tous les cas, la tumeur charbonneuse est toujours virulente; cette virulence dure quelques jours et s'éteint progressivement à partir de la soixante-douzième heure, souvent même à partir de la quarante-huitième heure.

La pustule disparaît par résolution simple sans s'ouvrir, soit après avoir laissé suinter de la sérosité, en donnant une eschare sèche, en suppurant ou en s'ulcérant. Elle guérit spontanément avec l'un quelconque de ces modes de terminaison dans les neuf dixièmes des cas sur des sujets adultes.

Toutes les fois que la tumeur charbonneuse entraîne des lésions graves dans les ganglions lymphatiques, elle devient le plus souvent mortelle.

M. *Gosselin* dit que le travail de M. Colin lui paraît d'une importance capitale, parce qu'il jette une grande lumière sur les variations que présente la pustule maligne. Nous sommes souvent étonnés de trouver des symptômes très variés de pustules qui guérissent sans que les malades aient été cautérisés.

Les expériences de M. Colin démontrent en effet que chez certains sujets la virulence s'éteint spontanément.

La disparition de la bactéridie n'a pas moins d'importance. Nous sommes disposés à penser que la présence de la bactéridie est un signe capital pour le diagnostic. M. Colin a démontré que, dans certains cas, on peut avoir une pustule maligne sans bactéridie. Dans ces cas, les sujets ne sont pas exposés aux graves accidents qui résultent de la virulence.

Lorsque nous sommes en présence d'un malade atteint de la pustule maligne locale, il faut évidemment, autant que possible, pratiquer la cautérisation; mais cette cautérisation est souvent difficile et dangereuse; il faut donc chercher à éteindre la virulence par d'autres moyens. Quel serait, d'après M. Colin, le meilleur moyen de détruire la virulence dans les cas où on ne peut pas cautériser? Nous serions très heureux de savoir à quelle préparation il faut recourir pour éteindre cette virulence.

M. *Colin* dit qu'il cherche depuis longtemps les moyens d'éteindre l'action de la virulence; il essaye en ce moment d'agir par les ganglions lymphatiques, en introduisant des agents qui séjournent dans les ganglions; mais les résultats qu'il a obtenus par ce moyen ne sont pas encore assez complets pour être publiés. Cependant, il croit qu'on pourra arriver à des résultats par cette voie.

M. *Bouley* demande à faire quelques observations. Il rappelle d'abord que la permanence de la virulence locale peut exister pendant que l'organisme reste indemne. M. Saint-Cyr a fait à Lyon des expériences qui démontrent la possibilité de ce fait. Il a vu récemment à Toulouse un chien qui avait sur la figure un chancre morveux sans que le reste de l'organisme ait été infecté.

M. Chauveau a inoculé la variole au bœuf; il a obtenu une granulation qui recélait le virus varioleux sur place sans que l'animal ait été inoculé.

M. Bouley a vu ces jours derniers des moutons inoculés par M. Toussaint avec du virus charbonneux, sans que les animaux aient présenté des symptômes de la maladie. Le résultat de ces expériences n'est pas encore publié par l'auteur, et M. Bouley ne se croit pas autorisé à le faire connaître.

M. *Colin* dit qu'il y a longtemps qu'il fait des expériences analogues, et il a reconnu que certains animaux ne peuvent pas être tués par le charbon. Il se plaint que toutes les expériences qu'il entreprend à Alfort sont ensuite reproduites à Toulouse.

M. *Bouley* dit que les expériences de M. Toussaint à Toulouse ne peuvent nuire à celles de M. Colin, puisque les deux expérimentateurs ne sont pas en rapport.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 23 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement de l'inversion utérine. — De la gingivite expulsive. — Fracture de jambe; consolidation vicieuse; ostéoclasie. — Présentation d'une pièce : inversion utérine.

M. *Delens* a pratiqué, il y a six ans, l'ablation d'un utérus inversé, croyant enlever un polype. La malade était très anémiée par les hémorrhagies. M. Delens crut à l'existence d'un polype, parce que le pédicule, très mince, était entouré par le col comme par un anneau. Application de l'écraseur linéaire sans chloroformisation préalable à cause de la grande faiblesse de la malade. Au bout de vingt-cinq minutes, la tumeur, qui avait le volume d'un œuf, se détacha. M. Malassez y retrouva les trompes et le tissu utérin. Guérison sans complications. Au toucher, on croirait que l'utérus existe encore, tellement le col paraît normal. M. Delens avait réuni 82 cas d'inversion utérine : 4 fois l'écraseur fut employé seul, 1 fois avec la ligature. Sur les 4 cas, 3 succès, 1 mort; le cinquième cas est un succès. L'application de l'écraseur paraît moins désastreuse que ne le pense M. Lucas-Championnière. C'est la ligature simple avec excision qui donne le plus de mortalité.

M. *Després.* Il y a une différence énorme entre l'ablation de la totalité de l'utérus et l'ablation partielle. L'ablation de tout l'utérus a donné une mortalité énorme. Quand il s'agit seulement d'une partie de l'organe, le col pédiculise peu à peu l'organe inversé, et le travail d'élimination est tout préparé. Chez sa malade, M. Després ne pouvait appliquer une chaîne d'écraseur à cause de l'absence du pédicule et de la communication probable (après l'opération) du vagin avec le péritoine.

— M. *Magitot* fait un rapport sur un travail de M. *Aguilhon : Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive.* Cette affection a été ainsi nommée par Marchal (de Calvi); la maladie est-elle alvéolaire ou gingivale, ou alvéolo-gingivale? M. Magitot lui donne le nom d'ostéo-périostite alvéolaire, nom qui indique le siége et la nature de la maladie; au début, il n'y a point de gingivite. M. Aguilhon n'admet point l'existence du périoste alvéolaire; il dit que c'est un ligament analogue à celui qu'on rencontre chez les poissons qui ont les dents mobiles; or, il est admis et démontré que chez l'homme il y a un vrai périoste.

Comme traitement, M. Aguilhon conseille le drainage à travers la gencive et la paroi antérieure de l'alvéole.

M. *Després* explique ainsi la pathogénie de l'affection : dans une mâchoire trop étroite, les dents comprimées entre elles compriment le haut des alvéoles et produisent peu à peu de la périostite et de la nécrose au niveau du collet des dents; plus tard surviennent la gingivite et l'ébranlement de la dent. M. Després donne le conseil d'arracher quatre dents au moment de l'évolution des dents de sagesse; pour lui, il n'y a pas d'autre traitement.

M. *Magitot* admet les faits de compression du bord alvéolaire par insuffisance d'étendue de la mâchoire, et l'ostéite consécutive; cela est connu. En outre, il y a la gingivite, qui ne fait tomber les dents que si elle se complique de périostite alvéolo-dentaire. Mais ces affections n'ont rien de commun avec la maladie dont parle M. Magitot.

M. *Terrier* et M. *Trélat* admettent la distinction faite par M. Magitot; les faits qu'ils ont observés ne s'expliqueraient pas du tout avec la théorie de M. Després.

— M. *Le Dentu* reçut un jour dans son service un homme qui avait une fracture ancienne de la partie inférieure de la jambe; il ne put savoir quel traitement fut appliqué, mais le résultat était déplorable. Le péroné avait été fracturé à 7 centimètres de la malléole externe, et le tibia à 3 centimètres de la malléole interne. Trois mois après l'accident, voici comment était la jambe; ce moulage est très exact. On voit que le pied est porté en dehors et que le sujet ne peut marcher. Il n'y avait pas à songer à un redressement lent, à cause du peu de prise qu'offrait la malléole interne. Il fallait en arriver à une rupture violente.

On est assez mal outillé pour effectuer ces ruptures. M. Le Dentu résolut d'utiliser l'appareil inventé par M. Collin pour la rupture du *genu valgum;* seulement il lui fit subir quelques modifications. Il fit exécuter sur le moule de la jambe une pièce s'adaptant exactement sur la partie inférieure de la jambe au-dessous du cal, et pouvant pivoter. Le malade fut endormi; le résultat immédiat fut parfait. Application d'une gouttière plâtrée. Le malade, guéri, marche facilement.

— M. le docteur *Chavernac* (d'Aix) a lu une observation d'inversion utérine complète dont la ligature a donné lieu à des symptômes particuliers et rares. L'intérêt de cette lecture a été rehaussé encore par la présentation de la pièce anatomo-pathologique, bien digne de figurer au musée Dupuytren, comme la Société en a montré le désir.

Les conclusions de ce travail sont que : l'inversion peut être complète, comme le prouve cette pièce; elle ne peut survenir qu'à la suite d'une dilatation de l'organe ou être congénitale; une délivrance intempestive ou maladroite en est la cause la plus fréquente et la plus efficiente; l'inversion complète peut occasionner rapidement la mort, cependant elle n'est pas incompatible avec la vie; son diagnostic est facile, et l'on a de la peine à comprendre les erreurs commises à son sujet même par des chirurgiens du plus grand mérite; le pronostic est toujours fâcheux; la réduction est la première indication à remplir et doit toujours être tentée; l'intervention chirurgicale n'est justifiée qu'après l'emploi de tous les moyens thérapeutiques et si la vie est sérieusement menacée;

la ligature mal faite peut occasionner des accidents très graves; la ligature élastique est préférable, c'est la seule qui n'ait que des succès à son actif; la perte de la matrice est compatible avec la vie.

SÉANCE DU 30 JUIN 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Inversion utérine; ablation de l'organe par la ligature élastique. — Consolidation vicieuse des fractures; ostéoclasie. — Tumeur congénitale des bourses.

M. *Poinsot* (de Bordeaux) adresse à la Société un mémoire sur le traitement de l'inversion utérine par la ligature élastique. Il cite l'observation d'une malade chez laquelle on enleva d'abord un polype utérin; les hémorrhagies continuant, on reconnut l'existence d'une inversion de l'utérus. Ablation de cet organe par la ligature élastique; guérison.

— M. *Lucas-Championnière* désire faire quelques réflexions à propos du malade présenté par M. Le Dentu dans la dernière séance. Il a vu dans le service de M. Lister un matelot ayant une fracture de jambe vicieusement consolidée; le chirurgien réséqua le cal, redressa le pied, et le résultat fut d'une perfection extrême. Le malade de M. Le Dentu a encore une légère déviation du pied en dehors. M. Lucas-Championnière préfère la résection du cal à l'ostéoclasie.

M. *Verneuil*. Pendant quelque temps nous donnerons encore la préférence à la fracture sous-cutanée, presque exempte de dangers. Un jeune matelot se fractura l'extrémité supérieure du tibia; il en résulta un *genu valgum* considérable à cause de la consolidation vicieuse. M. Verneuil voulut essayer l'ostéoclasie; le cal fut fracturé et la jambe redressée; guérison complète. L'observation a été publiée il y a deux ans. En ce moment la question n'est pas vidée entre les deux méthodes de traitement.

M. *Nicaise*. On eût peut-être évité toute difformité chez le malade de M. Le Dentu, si l'on avait appliqué d'abord l'appareil de Scultet, et plus tard seulement l'appareil plâtré.

M. *Le Dentu* se demande s'il oserait placer un appareil de Scultet le lendemain de l'opération, car le tibia avait une grande tendance à reprendre sa mauvaise position.

M. *Le Fort*. L'appareil de Scultet est un détestable appareil au point de vue de la contention des fragments.

M. *Labbé*. Avec l'appareil de Scultet, on impose au malade un pansement douloureux tous les jours. Il est impossible de réduire certaines fractures sus-malléolaires, même avec l'aide du chloroforme; dans ce cas, la consolidation est forcément vicieuse.

— M. *Lannelongue* présente un enfant de deux ans portant une tumeur congénitale des bourses. Le testicule droit est libre, mobile, sain. La tumeur, qui est à gauche, a le volume d'un œuf de poule, et s'accroît tous les jours; c'est une masse diffuse pleine de nodosités dures. Au centre de cette masse, on trouve le testicule surmonté de l'épididyme; pas de transparence. Est-ce une inclusion scrotale? ou bien une tumeur formée par les débris du corps de Wolff (organe de Giraldès)? M. Lannelongue se rattache à cette dernière opinion. Il faudra agir puisque la tumeur augmente, mais il n'y a pas urgence.

M. *Després* est de l'avis de M. Lannelongue; c'est une tumeur formée par les débris du corps de Wolff. Il faut retarder l'opération à cause de la communication possible de la tunique vaginale avec le péritoine.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Hypertrophie des cellules nerveuses de la région protubérantielle dans la paralysie agitante : M. Luys. — Atrophie des deux lobules occipitaux dans un cas de surdité ancienne : M. Luys. — Influence du système nerveux sur les échanges entre les tissus et le sang : M. Brown-Séquard. — Filets vaso-dilatateurs fournis au trijumeau par le glosso-pharyngien au moyen du nerf de Jacobson : M. Laffont. — MM. Mathias Duval et François-Franck : discussion. — Molluscum caudal chez deux couleuvres vipérines : M. Blanchard. — Sur les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration chez le varan du désert : MM. R. Blanchard et Regnard. — Altérations épithéliales du col utérin dans certains cas de métrite dite ulcéreuse : M. de Sinéty.

M. *Luys*. On s'est exclusivement occupé jusqu'ici des scléroses et des hyperhémies plus ou moins bien limitées à la région du bulbe, de la protubérance, des pédoncules cérébraux et cérébelleux chez les sujets atteints de paralysie agitante. M. Luys a étudié spécialement les lésions des cellules nerveuses de ces régions et les différences de volume qu'elles présentent avec les cellules saines. A l'autopsie on constate une résistance anormale des régions protubérantielle et bulbaire qui correspond à une sclérose interstitielle; sur les coupes on voit la substance grise présenter une teinte gris rosé avec des arborisations vasculaires nombreuses ; çà et là des noyaux de sclérose.

L'examen histologique montre que les cellules de ces régions sont gonflées au point de doubler de volume : leur diamètre normal étant de 20 à 25 millièmes de millimètres, on leur trouve un diamètre de 40 à 45 μ.

M. Luys insiste sur la signification physiologique de cette hypertrophie cellulaire : il la considère comme en rapport avec une suractivité fonctionnelle des éléments dans la maladie essentiellement active qu'on nomme paralysie agitante; il retrouve des faits analogues dans les observations de délire expansif où on a noté le développement exagéré des cellules de l'écorce cérébrale, dans les cas d'irritation médullaire où on a vu le gonflement des cellules de la substance grise de la moelle (Charcot).

— M. *Luys*. Une femme sourde depuis cinquante ans, à la suite d'une double lésion suppurative des oreilles, présenta à l'autopsie une atrophie complète des lobules occipitaux droit et gauche. Cette atrophie des circonvolutions a entraîné un élargissement considérable de la scissure perpendiculaire interne, qui est devenue une gouttière assez large pour que le doigt puisse s'y loger en entier. Du côté gauche, les lésions sont plus accentuées que du côté droit; enfin la troisième circonvolution frontale gauche, très atrophiée, ne forme plus qu'un pli légèrement sinueux. Quant aux nerfs acoustiques, leurs racines sont effacées au niveau du plancher du quatrième ventricule; et au niveau de l'orifice du conduit auditif interne on ne rencontre plus que quelques filaments nerveux.

Le fait de l'atrophie de circonvolutions symétriques du lobe occipital (*région du coin*) dans un cas de surdité prolongée offre un véritable intérêt au point de vue des localisations sensitives dans l'écorce.

— M. *Brown-Séquard*. « Depuis 1869, l'auteur a signalé la puissance que possède le système nerveux central, sous l'influence de certaines irritations, d'arrêter plus ou moins subitement l'activité de la nutrition dans les différents tissus et organes. C'est surtout lorsqu'on pique le bec du calamus ou les parties avoisinantes du bulbe rachidien que l'on peut observer à son maximum d'intensité cette *inhibition* des échanges entre le sang et les tissus. Cependant presque toutes les autres parties du centre cérébro-rachidien, ainsi que les nerfs sensitifs et sensoriaux, sont capables aussi de produire l'arrêt de ces échanges. Chez les animaux comme chez l'homme, dans les cas de mort subite par arrêt des

échanges s'accompagnant de l'arrêt immédiat ou presque immédiat de la respiration et des mouvements du cœur, on constate les particularités suivantes : absence de convulsions, sang rouge dans les veines, abaissement rapide de température dans les diverses parties du corps, longue durée après la mort des propriétés de la moelle épinière, des nerfs et des muscles, retard considérable de l'apparition de la rigidité cadavérique et de la putréfaction. L'auteur a trouvé récemment que la puissance inhibitoire des échanges nutritifs que possède le bulbe ou la moelle cervicale est si considérable, qu'il suffit, pour produire l'arrêt de ces échanges, de tirailler ces parties en fléchissant brusquement la tête sur le thorax. On constate alors les deux effets suivants : 1° le sang des veines, de noir qu'il était (couleur normale), devient rougeâtre ou rouge presque immédiatement; 2° la température de l'animal s'abaisse. L'auteur montre des figures où l'on voit la couleur de la veine crurale, chez un chien, avant l'abaissement de la tête et pendant cet abaissement. Ces figures ont été coloriées avec la plus grande exactitude par le docteur Hénocque. Dans ce cas comme dans les autres cas où l'arrêt des échanges a été produit par un tiraillement du bulbe et de la moelle cervicale, un autre phénomène a eu lieu, qui rend extrêmement remarquable le rougissement du sang veineux. Il survient de l'apnée, à un degré très prononcé, comme le font voir les tracés que l'auteur met sous les yeux de la Société. Il y a donc, par suite de cette diminution de respiration, une cause puissante de noircissement du sang non seulement dans les veines, mais aussi dans les artères. Or, on voit le sang rougir dans les veines, ce qui démontre clairement que la cause qui détermine l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang est douée d'une grande puissance.

» L'auteur a depuis longtemps constaté qu'il est très fréquent que l'apnée, avec ou sans syncope cardiaque, coexiste avec l'inhibition des échanges entre les tissus et le sang, dans les cas de mort subite par irritation du centre cérébro-rachidien, du nerf vague ou des ganglions du sympathique abdominal. C'est à cette inhibition, suivant lui, qu'est due l'apparition de sang rouge dans les veines, lorsqu'on insuffle un animal, l'excès d'oxygène dans le sang dépendant alors non de ce que l'insufflation en fait absorber plus que la respiration normale, mais de ce que la consommation de ce gaz et la production d'acide carbonique diminuent notablement.

» On pourrait se demander si la rougeur du sang dans les veines lorsqu'on courbe violemment le cou d'un animal, ne dépend pas d'une excitation des prétendus nerfs vaso-dilatateurs. Le fait suivant donne une réponse négative à cette question. Presque toujours lorsqu'il y a arrêt des échanges dans les tissus, les vaisseaux sanguins, loin de se dilater, diminuent de calibre d'une manière manifeste, quoiqu'à un faible degré. — L'auteur ajoute que sur un animal auquel on a coupé en travers la moelle épinière dorsale et qui est soumis au tiraillement du bulbe ou à d'autres irritations de l'encéphale ou de la moelle cervicale, capables de produire l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus, on constate l'existence de cet arrêt partout, excepté dans les parties qui reçoivent leurs nerfs de la portion de moelle épinière séparée de l'encéphale. Il est certain, conséquemment, que c'est par une influence nerveuse provenant de l'encéphale ou de la moelle cervicale et agissant sur les tissus, qu'a lieu l'inhibition des échanges nutritifs, dans cette expérience. »

— M. *Laffont* a recherché quelle pouvait être la provenance des filets nerveux vaso-dilatateurs qu'il a trouvés, avec M. Jolyet, dans le maxillaire supérieur, le buccal, etc. Ces filets ne paraissent amenés au trijumeau ni par ses propres racines, ni par les branches pétreuses du facial. M. Laffont a pensé qu'ils lui étaient fournis par le glosso-pharyngien au moyen des anastomoses du nerf de Jacobson. Pour vérifier cette hypothèse, il a essayé de faire l'arrachement du glosso-pharyngien chez le chien, mais il n'a pu arriver à extraire la partie profonde du nerf. En présence de ces tentatives infructueuses sur les mammifères, M. Laffont s'est adressé aux oiseaux ; il a choisi le coq, chez lequel des recherches avaient déjà été faites, notamment par Legros, au point de vue des effets produits par l'ablation du ganglion cervical supérieur. Or, chez les oiseaux, comme on le sait, ce ganglion est intimement uni au ganglion du glosso-pharyngien, de sorte qu'on ne peut enlever l'un sans l'autre. En portant les excitations sur cette masse ganglionnaire, M. Laffont a observé, du côté de la crête et des appendices jugulaires, des phénomènes de congestion qui correspondent à ceux qu'il avait observés sur la muqueuse de la joue, de la lèvre, en excitant les branches du trijumeau. Il est donc amené à conclure que les filets vaso-dilatateurs du trijumeau sont fournis par le glosso-pharyngien.

M. *Duval* demande comment il se fait que, si le glosso-pharyngien est arraché, le nerf de Jacobson ne subit pas la dégénération.

M. *Laffont* répond que le nerf s'est rompu au-dessous du ganglion, c'est-à-dire au-dessous du point d'où émane le nerf de Jacobson.

M. *François-Franck* ne s'explique pas qu'on ait pu obtenir des phénomènes de dilatation vasculaire active en portant les excitations sur une masse ganglionnaire dans laquelle le ganglion cervical supérieur entre pour une large part. Il a fait, il y a plusieurs années, à propos d'un travail sur les nerfs vasculaires de la tête, des recherches d'anatomie comparée qui lui ont montré que, chez les oiseaux comme chez les mammifères, ce sont les filets du ganglion cervical supérieur qui forment les vaso-constricteurs des réseaux carotidiens : par conséquent, on excite ces filets vaso-constricteurs en excitant la masse ganglionnaire constituée par les ganglions cervical supérieur et glosso-pharyngien. Pour comprendre la production de phénomènes vaso-dilatateurs, il faudrait admettre une prédominance d'action des vaso-dilatateurs sur les vaso-constricteurs excités simultanément, ce qui est contraire à tous les faits connus.

— M. *Blanchard* montre deux couleuvres vipérines sur la queue desquelles on voit de petites tumeurs cutanées qu'il considère comme de la nature du molluscum.

— En son nom et au nom de M. *Regnard*, M. *Blanchard* fait une communication sur les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration chez le *varan du désert* (*varanus arenarius*), grand lézard du Sahara.

Le type respiratoire de ces animaux est identique à celui du lézard vert déjà indiqué à la Société ; quant aux phénomènes chimiques de la respiration, ils se résument en ceci, qu'un varan de 1 kilogramme absorbe 42cc,5 d'oxygène et exhale 29cc,6 d'acide carbonique par heure.

— M. *de Sinéty*. Quand, au lieu d'examiner les lésions dites ulcéreuses de la métrite chronique sur des pièces recueillies à l'autopsie, on les étudie sur des cols utérins enlevés pendant la vie, on constate, le plus souvent du moins, qu'il s'agit de pseudo-ulcérations.

En effet, à la surface des points qui paraissent ulcérés, on voit sur des coupes examinées au microscope, qu'il existe, au lieu d'une épaisse couche d'épithélium pavimenteux stratifié, une mince lame composée de cellules cylindriques, caliciformes, qui envoi dans le tissu utérin sous-jacent des prolongements glandulaires de formes et de dimensions variées dans des régions où il n'existe normalement pas de glandes.

Au-dessous de l'épithélium et tout autour des glandes existe une assez grande épaisseur de tissu infiltré d'éléments embryonnaires et de globules sanguins. Ces éléments se montrent également, disposés par îlots, dans les papilles et au-dessous du revêtement épithélial des portions du col présentant à l'œil nu une apparence normale. D'où l'on peut conclure que dans la métrite chronique les lésions commen-

cent par les portions sous-épithéliales, et que l'épithélium n'est modifié que secondairement. Des faits de ce genre ont été déjà signalés en Allemagne par Voit et Ruge.

F. F.

REVUE DES JOURNAUX

De la castration des hystériques, par M. James ISRÆL.

A la séance du 14 janvier 1880 de la Société médicale de Berlin, Isræl présenta une jeune fille de vingt-trois ans, guérie d'une hystérie grave par l'opération de Battey, dont elle portait encore la cicatrice. Cette malade souffrait, depuis plusieurs années, de vomissements incoercibles, accompagnés de névralgies ovariennes très douloureuses. La faiblesse était extrême, l'anémie arrivée à un très haut degré. Presque tous les médecins (et elle en avait consulté plusieurs) lui avaient conseillé de se faire opérer, et la jeune femme était arrivée peu à peu à la conviction que la castration seule pourrait remédier à sa triste situation. Aussi se décida-t-elle à se laisser opérer le 31 janvier. L'opération fut pratiquée avec chloroformisation et emploi de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Pendant les trois premiers jours après l'opération, sensibilité extrême du bas-ventre. La malade ne pouvait rester un instant sans une vessie de glace. En même temps, rétention d'urine, qui ne disparut qu'au bout de douze jours. Au bout d'une semaine, l'état général était bon, les vomissements avaient disparu, ainsi que la douleur ovarique. Depuis, la guérison s'est parfaitement maintenue.

« Voilà, certes, un beau cas de guérison d'une hystérie grave par l'extirpation ovarique, dit l'auteur, — *si cette extirpation avait eu lieu, en effet.* » Or, il n'en est rien : l'opération n'a été qu'une mise en scène, et la cicatrice que porte la jeune fille est celle d'une légère plaie cutanée.

Cette observation remarquable est le point de départ d'une intéressante discussion des indications de la castration. D'après Isræl, il faut agir avec beaucoup de prudence avant de pratiquer cette opération. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 17.)

Un cas de suture du nerf radial, par B. VON LANGENBECK.

Un homme de trente et un ans avait été atteint par des décombres venant d'un plafond, et présentait des contusions nombreuses de la tête, des épaules et de l'avant-bras droit. La guérison se fit sans accident, hormis une paralysie des muscles innervés par le nerf radial, qui avait été probablement intéressé dans la chute et compris dans la cicatrice. En faisant l'opération, on put dégager facilement les deux extrémités du nerf (extrémités qui, par extraordinaire, ne présentaient pas de renflement) et les réunir au moyen d'un fil très fin de catgut. Le nerf ainsi réuni était tellement tendu que le chirurgien craignait que la ligature ne cédât ; mais il n'en fut rien. Voici les résultats de cette opération sur les fonctions motrice et sensitive :

« Chez notre malade, dit l'auteur, la paralysie dans le domaine du nerf radial était encore absolue quatre-vingt-deux jours après l'accident; la main et les doigts restaient pendants, et les muscles paralysés ne réagissaient pas par le courant électrique. Le quatorzième jour après la suture, le courant induit provoquait des contractions dans les muscles radiaux et extenseur commun ; le dix-neuvième jour, on constatait la réapparition de la motilité volontaire, qui fit dès lors tous les jours des progrès nouveaux et est aujourd'hui normale ou à peu près. L'anesthésie a disparu, elle aussi, mais beaucoup plus lentement, ce qui est le contraire de ce qui avait été observé jusqu'ici. » (*Berliner klin. Woch.*, 1880, n° 8.)

Des insuffisances relatives des valvules cardiaques, par M. HEITLER.

Dans une communication présentée le 13 mars à la Société des médecins de Vienne, Heitler revient sur une question qui avait beaucoup préoccupé les médecins il y a une vingtaine d'années, et était depuis tombée dans l'oubli. Il s'agit de savoir si la distinction des souffles en organiques et anémiques a sa raison d'être et si la plupart des souffles d'anémie n'indiquent pas en réalité des insuffisances valvulaires, insuffisances relatives, puisque, en aucun cas, les valvules ne sont supposées altérées.

Sous le nom d'*insuffisance relative*, il faut entendre un état des valvules qui ne peuvent fermer l'orifice, parce que cet orifice est dilaté. Gendrin l'admit le premier pour la tricuspide, et cette opinion est actuellement partout adoptée. Mais d'autres appareils valvulaires peuvent devenir insuffisants, ceux de l'orifice aortique rarement, ceux de l'orifice mitral très fréquemment.

D'après l'auteur, ces insuffisances mitrales seraient fréquentes dans les circonstances suivantes : stade pragonique des maladies les plus diverses, emphysème, mal de Bright, chlorose, certaines périodes de la croissance.

Le point important est de pouvoir établir le diagnostic et le pronostic de ces altérations purement fonctionnelles. Ici les idées de l'auteur sont singulièrement obscures. Il semble cependant que l'on sera autorisé à admettre une insuffisance relative quand on constatera l'ensemble symptomatique suivant : souffle systolique à la pointe, à deux ou trois travers de doigt du sternum ; augmentation du diamètre horizontal du cœur; renforcement du deuxième ton pulmonaire. Cette symptomatologie, dont la bonne moitié se rapporte, au point de vue allemand, à l'hypertrophie du ventricule gauche, ne nous paraît nullement avoir la signification que lui attribue l'auteur.

Quoi qu'il en soit, ces insuffisances relatives seraient généralement transitoires, mais pourraient aussi devenir persistantes. On reconnaîtrait leur curabilité à la variabilité même des symptômes, et surtout de l'intensité du souffle systolique. Si ce souffle garde son timbre et sa force, il est à peu près certain que l'affection est irrémédiable. Les insuffisances relatives de l'orifice aortique sont fort peu connues : elles seraient consécutives à la dilatation de l'artère.

A la suite de cette communication, la parole est donnée à M. Bamberger, qui admet l'existence des troubles décrits par Heitler, mais pense qu'on ne peut guère les diagnostiquer que lorsqu'ils siègent à la valvule tricuspide. Même à cette valvule, on trouve souvent à l'autopsie de petits épaississements dont on ne tient pas compte, mais qui cependant constituent une lésion organique. Il s'élève surtout contre une deuxième espèce d'insuffisance dont Heitler n'a pas parlé, que l'on a baptisée de *fonctionnelle*, et qui consiste en ce qu'un appareil valvulaire normal ne peut pas former un orifice normal aussi, par suite de causes particulières (faiblesse des muscles papillaires, troubles de l'innervation, etc.).

Cette seconde forme serait du domaine de l'hypothèse pure, attendu que dans des cas de dégénérescence graisseuse très avancée du cœur (comme dans l'empoisonnement par le phosphore) les bruits du cœur restent parfaitement nets. Il ne faut pas trop insister, dit Bamberger, sur la signification des bruits de la chlorose en faveur de telle ou telle théorie : ces bruits sont très variables de leur nature et peuvent s'entendre un jour à la base et le lendemain à la pointe. Ces remarques me paraissent dirigées surtout contre les opinions de Lewinski (voy. *Gaz. hebdom.*, 1879, p. 641).

Dans une courte note insérée dans le même numéro, le docteur Winternitz admet pleinement les deux formes d'insuffisance dont il vient d'être parlé, mais surtout la première. Il est vrai qu'il fait entrer dans l'insuffisance mitrale

relative les cas actuellement fort nombreux publiés sous la rubrique : *cœur forcé*. L'étiologie serait toujours la même. Exercice musculaire prolongé et violent, combiné avec des difficultés d'inspiration. (*Wien. med. Presse*, 1880, n° 13.)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Etude sur l'intoxication purulente**, comprenant cinq discours prononcés à l'Académie de médecine, à l'occasion de la discussion sur cette question pendant les années 1871 et 1872, par le docteur Jules Guérin, membre de l'Académie de médecine. In-8 de 179 pages. — Paris, 1879. G. Masson.

II. **L'infection purulente ou pyohémie**, par le docteur Maurice Jeannel, médecin aide-major de 1re classe. In 8 de 536 pages. — Paris, 1880. J.-B. Baillière et fils.

I. Questions toujours intéressantes et toujours discutées, les complications fébriles du traumatisme, les intoxications chirurgicales n'ont pas cessé depuis dix ans d'attirer l'attention des chirurgiens. Les mémorables discussions de l'Académie de médecine sur l'infection purulente et la septicémie; les discussions non moins importantes de la Société clinique de Londres et de la Société de chirurgie de Paris sont encore présentes à tous les esprits. Malgré les horizons nouveaux, si largement ouverts par les recherches expérimentales de M. Pasteur, M. Jules Guérin est resté fidèle aux opinions qu'il exposait en 1871, et qu'il défend depuis bientôt quarante ans. Dans ces travaux, il poursuit un double but: d'un côté, l'étude étiologique et méthodique de l'intoxication purulente; de l'autre, les applications pratiques de la méthode sous-cutanée et de l'occlusion pneumatique, comme moyens de prévenir et de combattre les effets de cette intoxication. Pour M. J. Guérin, l'*intoxication purulente* comprend et réunit tous les accidents produits par l'introduction dans l'économie d'un poison, *le pus altéré*. Sous ce nom générique se rangent quatre groupes principaux : les intoxications simples aiguës ou chroniques, et les intoxications composées aiguës ou chroniques. Chacun de ces groupes comprend également une série d'individualités morbides, suivant les activités causales secondaires. Comme la plupart des maladies virulentes, l'intoxication purulente présente une période primitive ou d'incubation; comme elles, elle s'arrête parfois à ses premiers degrés. De là la *forme ébauchée* qui peut, dans des milieux infectés, se généraliser sur un grand nombre des sujets, même chez ceux qui ne sont pas atteints de plaies suppurantes.

Après une étude détaillée de la physiologie de la suppuration, de l'influence de l'air dans sa production, de la nature des altérations du pus, l'auteur s'efforce de montrer que les liquides produits et versés à la surface des plaies aussi bien que ceux qui y stagnent, de quelque nature qu'ils soient, à quelque degré d'altération qu'ils se trouvent, pénètrent incessamment dans l'organisme et y introduisent les éléments morbides dont ils sont imprégnés.

La large signification du terme *intoxication purulente* doit le faire préférer au mot de *septicémie*, dont l'acception est beaucoup plus restreinte. Les expressions classiques de résorption ou infection purulente et putride, de pyohémie et septicémie doivent également être rejetées, parce qu'elles expriment une dualité morbide qui n'existe pas réellement. Pour M. J. Guérin, la maladie est *une*, dans son essence comme dans son développement. Nous ne pouvons, dans cette rapide analyse, étudier avec lui les formes multiples de l'intoxication purulente. Ce que nous avons dit suffit pour faire comprendre la vaste conception étiologique du savant académicien, les bases de sa doctrine, et les corollaires thérapeutiques qui découlent naturellement et presque nécessairement de sa théorie des infections chirurgicales.

II. L'ouvrage du docteur Jeannel s'occupe d'un point plus restreint, de la pyohémie, cette complication si fréquente et si redoutable des plaies. En posant comme sujet de concours pour le prix *Gerdy* (1880) l'histoire des doctrines relatives à l'infection purulente, la Société de chirurgie montrait, une fois de plus, le grand intérêt qui s'attache à la solution du problème des intoxications chirurgicales. En couronnant le mémoire du docteur Jeannel, elle nous en a montré la valeur.

Quelques omissions, inévitables dans un travail aussi considérable, n'ôtent rien au mérite de l'ouvrage. Les indications bibliographiques sont d'une exactitude rigoureuse. Elles montrent que l'auteur s'est imposé le devoir de toujours remonter aux sources et de consulter les mémoires originaux.

Malgré des redites, rendues nécessaires par la complexité du sujet et par l'obligation de l'étudier sous toutes ses faces, le lecteur est entraîné par le vif intérêt de ces études historiques, aussi bien que par la forme attrayante que l'auteur a su leur donner. Quelques pages sont consacrées à l'examen des premières doctrines émises sur la nature et l'origine de l'infection purulente. Bientôt abandonnées, ces doctrines préliminaires furent remplacées par le *dogme* du mélange du pus et du sang. Vivement attaqué depuis une trentaine d'années, absolument repoussé par Virchow et son école, ce dogme doit-il être rejeté comme une erreur d'observation? Ce serait aller trop loin. Le mélange du pus avec le sang est, dans certains cas, réel et incontestable. Mais par quelles voies le pus pénètre-t-il dans la circulation? La résorption par les veines béantes dans un foyer de suppuration ne peut être mise en doute. La phlébite, l'artérite, l'endocardite, sont rarement la cause d'une telle contamination. Pour ce qui est de l'absorption endosmotique, Jeannel la regarde comme absolument impossible.

Avec d'Arcet commence véritablement l'histoire des doctrines toxicohémiques, ébauchées par les travaux de Gaspard, Magendie, Bouillaud, etc. Avec d'Arcet naît la théorie de la septicémie embolique, que Virchow et plus tard Verneuil défendent avec une grande autorité. Appuyée sur de multiples expériences, cette doctrine septicémique lutte victorieusement contre la théorie de la pyohémie vraie, de l'intoxication par le pus *pur*, que les recherches de Sédillot, de Weber, ne parviennent pas à rendre acceptable. En dehors de la question de nature de l'agent morbide, la conception miasmatique de M. Alphonse Guérin se rapproche singulièrement de la doctrine toxicohémique.

Dans la seconde partie de son livre M. Jeannel passe en revue les doctrines relatives à la pathogénie des abcès secondaires. Rejetant la métastase, le transport et le dépôt pur et simple du pus, l'embolie simple, il conclut à la nécessité d'admettre un agent *phlogogène*. C'est à la discussion de la nature de cet agent toxique qu'il consacre la dernière partie de son ouvrage. L'histoire, désormais, s'allie forcément à la critique. L'agent pyohémique est-il un poison chimique? Non, puisque ni la sepsine, ni la pyine n'ont été jusqu'à présent isolées. Reste donc la théorie parasitaire de M. Pasteur. Malgré ses lacunes et ses obscurités actuelles, la doctrine pastorienne est de toutes la plus satisfaisante. Basée sur des expériences rigoureuses, elle joint au mérite de n'être aucunement en désaccord avec l'observation clinique, le mérite plus grand encore d'avoir conduit les chirurgiens à des modes de pansement dont l'efficacité n'est pas douteuse. L'avenir est à la théorie des germes. Telle est la conclusion de l'excellent mémoire du docteur Jeannel. Complètement en accord avec lui sur ce point, nous aimons à reconnaître que les admirables recherches de M. Pasteur ont trouvé dans notre jeune collègue un lumineux interprète, en même temps qu'un dé-

fenseur convaincu. En le louant de son excellent ouvrage, nous ne saurions oublier la Société de chirurgie de Paris, dont l'intelligente initiative fait éclore chaque année d'aussi remarquables travaux.

Dr J. CHAUVEL.

Index bibliographique.

ÉTUDE SUR QUELQUES FORMES DE PARALYSIE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE CHRONIQUE, par le docteur G. BERINGIER. — 1880. Chez Delahaye.

En dehors des phénomènes cérébraux graves liés à l'évolution de la méningite tuberculeuse, les phthisiques peuvent offrir des symptômes de paralysie liés à des lésions cérébrales diverses. Ces paralysies, qui se manifestent ordinairement à une période avancée de la maladie, peuvent présenter trois formes : 1° l'apoplexie avec perte de connaissance; 2° une forme brusque, sans perte de connaissance; 3° une forme lente. L'auteur a étudié avec soin, et d'après de nombreuses observations, les signes de ces paralysies, qui sont le plus souvent incomplètes, irrégulières, dissociées, revêtant presque toujours les caractères des paralysies corticales. L'aphasie n'est pas rare. Quand un seul membre est atteint, c'est presque toujours le supérieur.

Ces paralysies sont liées à des lésions multiples. Tantôt on trouve à l'autopsie une méningite tuberculeuse localisée. Ailleurs, ce sont des foyers de ramollissement avec thromboses ou embolies. Ces lésions, quand elles sont superficielles, siègent de préférence dans la zone motrice des circonvolutions.

On doit distinguer avec soin ces paralysies des accidents déterminés par la méningite tuberculeuse ultime. Elles ont beaucoup d'analogie avec celles que détermine l'hémorrhagie cérébrale.

Cet intéressant travail s'appuie sur 29 observations, dont quelques-unes sont personnelles à l'auteur.

VARIÉTÉS

RAPPORT ET DÉCRET RELATIFS AU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Le *Journal officiel* du 2 juillet dernier publie un rapport adressé au Président de la République par le ministre de la guerre, et un décret confirmant les conclusions de ce rapport et modifiant les conditions du recrutement actuel du corps de santé. Désormais l'Ecole du Val-de-Grâce ne recevra plus que des docteurs en médecine admis, après un concours spécial, au titre de stagiaires. Cette Ecole reprendra dès lors son titre et son fonctionnement primitifs. Ce sera une école d'application de médecine et de pharmacie militaires, dont l'enseignement, essentiellement pratique, aura surtout pour but « d'initier les stagiaires à l'exercice de l'art dans l'armée, par des études complémentaires, des applications et des notions d'administration et de législation militaires ».

Tous ceux qui ont vu de près, dans ces dernières années, le fonctionnement de l'Ecole du Val-de-Grâce et les difficultés qu'y créait la concentration d'un trop grand nombre d'élèves, applaudiront à une réforme que réclamait, depuis longtemps, son personnel enseignant tout entier. Il importait, en effet, de laisser aux élèves non stagiaires le temps nécessaire pour suivre les cours de la Faculté de médecine et assister aux exercices pratiques qu'elle a institués; les conférences et les répétitions qu'ils étaient appelés à suivre dans l'enceinte de l'Ecole n'avaient aucune sanction efficace et ne rendaient point les services qu'on en pouvait attendre.

Mais nous ne pouvons taire les pénibles réflexions que nous inspire dans son ensemble la mesure qui vient d'être prise. En répartissant les élèves du service de santé militaire dans les différentes villes qui possèdent à la fois une Faculté ou une Ecole de plein exercice et un hôpital militaire, le ministre leur impose des obligations diverses que résume un règlement spécial annexé au nouveau décret. Or, nous ne craignons pas de l'affirmer, ce règlement sera le plus souvent inapplicable. Les exercices auxquels les élèves devront être soumis dans les hôpitaux militaires seront considérés par eux comme inutiles; ils n'auront et ne pourront avoir aucune sanction effective et, le plus souvent, des raisons tirées de leurs obligations universitaires permettront aux élèves militaires de s'en dispenser. Nous n'avons point d'ailleurs à développer ici les nombreux arguments que nous pourrions invoquer pour faire voir que cette nouvelle organisation, qui rappelle très vaguement celle des anciens hôpitaux militaires d'instruction, est, par avance, frappée de discrédit. Depuis que le corps de santé militaire a été créé, une seule institution a été vraiment rationnelle, féconde et utile. Mais l'Ecole du service de santé militaire a été détruite en 1870. Des raisons budgétaires ont empêché jusqu'à ce jour et empêcheront longtemps encore sa reconstitution. Au moins eût-il été nécessaire de ne créer que deux ou trois centres médico-militaires importants et d'y réunir un personnel enseignant qui, nommé au concours, eût pu présenter les garanties qui confèrent l'autorité morale nécessaire pour diriger la jeunesse. En multipliant outre mesure ces écoles préparatoires, en confiant aux médecins en chef et à leurs aides-majors le soin de surveiller l'éducation et de diriger l'instruction des élèves du service de santé militaire, le ministre et ses conseillers n'ont eu d'autre souci que de changer le moins possible l'état de choses actuel. Ils n'ont point tenu compte de l'expérience du passé. Nous craignons bien que l'avenir ne leur prouve l'inanité de semblables mesures. Voici le rapport du ministre et le décret qui lui est annexé :

Rapport au Président de la République française.

Paris, 15 juin 1880.

Monsieur le Président,

Le recrutement du Corps de santé militaire s'est accompli, depuis 1873, dans les conditions déterminées par la décision présidentielle du 5 octobre 1872, et les résultats obtenus par les concours annuels ont fourni les éléments plus que suffisants pour combler tous les vides qui se sont produits dans ses cadres. Mais les dispositions qui régissent le mode actuel d'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire n'étant plus en harmonie avec les nouvelles prescriptions universitaires, telles qu'elles résultent des décrets des 20 juin, 12 juillet et 31 août 1878 portant règlements d'administration publique pour les études et les examens des aspirants au grade de docteur en médecine et au titre de pharmacien de 1re classe, il est devenu indispensable d'y apporter des modifications qui, d'après les propositions du médecin inspecteur, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, et après avis du Conseil de santé des armées, paraissent devoir porter sur les conditions à remplir par les candidats pour être admis au concours, et sur le régime scolaire à imposer aux élèves militaires commissionnés.

La décision du 5 octobre 1872 n'admettait à concourir que des étudiants sans inscriptions et ceux à 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat en médecine, ou à 4 et 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe. J'ai pensé qu'il serait avantageux que le concours fût ouvert à l'avenir :

1° Aux docteurs et aux étudiants en médecine à 16, à 12 et à 8 inscriptions qui auront satisfait aux examens correspondant au nombre de leurs inscriptions;

2° Aux pharmaciens de 1re classe et aux candidats en pharmacie à 12, à 8 et à 4 inscriptions, et à ceux sans inscriptions qui auront satisfait à l'examen de validation d'un stage officinal de deux années.

Les candidats reconnus admissibles et commissionnés élèves du service de santé militaire, dans la proportion déterminée par les besoins du service, formeraient deux catégories : la première composée des élèves en cours d'études, et la seconde des docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe.

Les élèves de la première catégorie seraient soumis à la même filiation dans leurs études et aux mêmes épreuves que celles exigées des étudiants civils pour obtenir le diplôme de docteur en

médecine ou celui de pharmacien de 1re classe; mais les élèves-pharmaciens ne seraient astreints qu'à deux années de stage officinal au lieu de trois.

Répartis suivant leur convenance et à leur choix, entre onze villes principales, y compris Paris, et attachés à l'hôpital militaire ou aux salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils pourraient concourir à l'exécution du service médical et pharmaceutique en même temps qu'ils seraient tenus de suivre les cours et travaux pratiques de la Faculté ou de l'Ecole près de laquelle ils seraient inscrits.

Ces élèves ne porteraient pas d'uniforme et recevraient, à titre de subvention : les élèves-médecins à partir de la 13e inscription, et les élèves-pharmaciens à partir de la 9e, une somme fixée à 1200 francs par an, pour leur entretien et l'achat de leurs livres et instruments.

Les élèves de la seconde catégorie, comprenant les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe, passeraient à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires avec le titre de stagiaires, sous la condition expresse d'avoir satisfait aux épreuves d'un examen d'aptitude, conformément au programme publié chaque année pour les concours d'admission et devant le même jury chargé du recrutement.

Pendant leur séjour à l'Ecole d'application, ils seraient initiés à l'exercice spécial de l'art dans l'armée, compléteraient leur instruction pratique et recevraient des notions d'administration et de législation militaires. La durée du stage serait rétablie à huit mois au moins. Après avoir satisfait aux examens de sortie, les stagiaires seraient nommés au grade d'aide-major de 2e classe.

L'administration de la guerre prendrait à sa charge tous les frais d'exercices pratiques, d'examens et de diplômes, et, en cas de démission et de licenciement pour inconduite ou insuffisance dans leurs examens, les élèves ou les stagiaires seraient tenus au remboursement intégral du montant des frais de scolarité, d'indemnité et de subvention.

Ces dispositions assureraient, je l'espère, un recrutement régulier au Corps de santé militaire, et c'est dans cette confiance que j'ai l'honneur de les soumettre à votre approbation.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre, général FARRE.

Décret.

Le Président de la République française, vu le décret du 3 mars 1852, portant organisation du Corps de santé de l'armée de terre; vu le décret du 12 juin 1856, relatif aux Ecoles préparatoires et complémentaires du corps de santé militaire; vu les décisions présidentielles des 5 octobre 1872 et 12 juin 1879, sur le recrutement du corps de santé militaire, décrète :

ART. 1er. — Il y aura chaque année, au mois de septembre, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre et qui sera rendu public avant le 1er mai.

ART. 2. — Sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élèves en médecine. — 1° Les étudiants ayant 8, 12 et 16 inscriptions pour le doctorat, et ayant subi avec succès les examens correspondant à la période de leur scolarité ; 2° les docteurs en médecine.

Pour les emplois d'élèves en pharmacie. — 1° Les étudiants ayant subi avec succès l'examen de validation d'un stage officinal de deux années; ceux ayant 4 et 8 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant satisfait aux examens de fin d'année; 2° les étudiants ayant 12 inscriptions et qui ont subi avec succès le premier examen de fin d'études; 3° les pharmaciens de 1re classe.

Les autres conditions sont les suivantes : 1° Être né ou naturalisé Français;

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours : moins de vingt-deux ans pour les élèves en pharmacie sans inscriptions; moins de vingt-trois ans (élèves en médecine à 8, et élèves en pharmacie à 4 inscriptions); moins de vingt-quatre ans (élèves en médecine, à 12, et élèves en pharmacie à 8 inscriptions); moins de vingt-cinq ans (élèves en médecine à 16, et élèves en pharmacie à 12 inscriptions); moins de vingt-six ans (docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée; cette aptitude, qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins, pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit. Les épreuves du concours auront lieu devant un jury unique composé d'un médecin-inspecteur du service de santé militaire, président, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires désignés par le ministre de la guerre.

ART. 3. — Les candidats reconnus admissibles et classés par ordre de mérite reçoivent, dans la proportion déterminée par les besoins du service, une commission d'élève du service de santé militaire et sont divisés en deux catégories : la première comprenant les élèves en cours d'études ou en préparation des derniers examens pour l'obtention du diplôme universitaire; la seconde comprenant ceux qui ont subi avec succès les épreuves pour le grade de docteur en médecine ou le titre de pharmacien de 1re classe.

ART. 4. — Les élèves de la première catégorie sont répartis à leur choix et suivant leur convenance entre les villes principales suivantes : Alger, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Rennes et Toulouse, qui possèdent à la fois une Faculté de médecine et une Ecole supérieure de pharmacie, ou une Faculté mixte, ou une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, et un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil.

Attachés à l'hôpital militaire ou aux salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils peuvent concourir à l'exécution du service médical et pharmaceutique, autant que le comportent les cours ou travaux pratiques de la Faculté ou de l'Ecole qu'ils sont tenus de suivre.

ART. 5. — Ces élèves ne portent pas d'uniforme; ils sont soumis à certaines règles disciplinaires ayant pour but d'exercer un contrôle fructueux sur leurs études et sur leur conduite, conformément aux dispositions d'un règlement arrêté par le ministre de la guerre.

ART. 6. — Il est accordé aux élèves-médecins à partir de la 13e inscription, et aux élèves-pharmaciens à partir de la 9e inscription, pendant deux années au maximum, une indemnité de 1200 francs par an pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achat de livres et d'instruments.

ART. 7. — A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'administration de la guerre à la caisse de l'enseignement supérieur. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève, et sa radiation immédiate des contrôles. L'autorisation de doubler une année d'études ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement avoir été empêché par la maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année. En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement du montant des frais de scolarité et d'indemnité.

ART. 8. — Les élèves reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe composant la seconde catégorie passent, avec le titre de médecin ou de pharmacien stagiaire, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition expresse de satisfaire aux épreuves d'un examen d'aptitude au stage.

ART. 9. — L'enseignement qu'ils reçoivent à l'Ecole du Val-de-Grâce est essentiellement pratique, et a surtout pour but de les initier à l'exercice de l'art dans l'armée par des études complémentaires, des applications et notions d'administration et de législation militaires.

ART. 10. — Les stagiaires doivent être réunis à Paris du 1er au 10 novembre au plus tard. Ils sont rétribués à l'Ecole sur le pied de 2800 francs par an à titre de subvention; ils portent l'uniforme, et une indemnité de première mise d'équipement leur est accordée.

ART. 11. — Les stagiaires sortent de l'Ecole après huit mois de stage au moins, avec le grade d'aide-major de 2e classe, s'ils ont satisfait aux examens de sortie.

ART. 12. — Les élèves qui n'auront pas satisfait à l'examen d'entrée, et les stagiaires qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité et de subvention qui leur auront été alloués.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient

volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Art. 13. — Toutes dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 14. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*, au *Journal militaire officiel* et au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 15 juin 1880.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre, général Farre.

LE PRIX VOLTA.

Un décret du 4 février 1852 ayant institué un prix de 50 000 francs pour récompenser la meilleure application de la pile de Volta, ce prix fut décerné pour la première fois en 1864 à M. Ruhmkorff. Deux nouveaux décrets, l'un du 18 avril 1866, l'autre du 29 novembre 1871, ont remis au concours cette question de l'électricité et de ses applications nouvelles. Un arrêté ministériel en date du 26 décembre 1876 a institué une commission chargée d'examiner les divers travaux accomplis dans cette branche de la physique, qui intéresse si vivement les sciences médicales.

Cette commission, composée de MM. Dumas, président; Paris; Regnault, général Morin, Fremy, Vulpian, Berthelot, Hervé Mangon, Jamin, Rolland, Sainte-Claire Deville et Becquerel, rapporteur, avait à l'unanimité signalé comme méritant le prix de 50 000 francs M. Graham Bell, professeur de physiologie vocale à l'Université de Boston, pour l'invention du téléphone magnéto-électrique articulant.

Après avoir signalé cette importante découverte de M. Graham Bell, le rapport mentionnait avec éloges les travaux de trois autres savants :

Les travaux de M. Gramme, disait M. Becquerel (*Journal officiel* du 13 mai, p. 5194), ont eu certainement une très large part à l'extension des applications industrielles de l'électricité dans ces dernières années, et ses machines ont pu être utilisées avec avantage dans diverses circonstances, notamment pour la galvanoplastie, pour l'éclairage électrique et pour la transmission du travail à distance.

La Commission signale également les travaux de M. Gaston Planté, relatifs à la construction et à l'emploi des couples et des batteries secondaires de son invention; ces appareils permettent d'accumuler et de transformer la puissance de la pile voltaïque, de manière à donner temporairement des effets de tension et de quantité très supérieurs à ceux de la source génératrice.

Les tensions électriques considérables obtenues dans ces conditions par M. Gaston Planté lui ont permis d'observer des phénomènes qui n'avaient pu être manifestés jusqu'ici. Les batteries secondaires, du reste, ont déjà reçu plusieurs applications intéressantes. Ces effets, longuement étudiés, constituent un ensemble de recherches originales et importantes qui ont pris place dans la science.

La Commission mentionne encore, avec éloges, les travaux électro-physiologiques de M. le docteur Onimus, qui a étudié avec persévérance les propriétés physiologiques des courants électriques, suivant leur direction, leur intensité et leur durée, ainsi que l'influence que peut exercer l'électricité dans les principales affections de l'organisme.

M. Onimus a été conduit, par ses recherches expérimentales, à des résultats utiles et très dignes d'intérêt.

Dans le rapport adressé à la Chambre par le ministre de l'instruction publique, pour demander un crédit extraordinaire au sujet de ce concours, les conclusions du rapport de M. Becquerel se trouvent modifiées. Alors, en effet, que la commission du prix Volta ne demandait qu'une récompense de 50 000 francs pour M. Graham Bell, et signalait, sans les classer d'une manière spéciale, les travaux de MM. Gramme, Planté et Onimus, le ministre de l'instruction publique a proposé, et la Chambre a accordé l'ouverture d'un crédit de 70 000 francs, dans le but de décerner un prix de 50 000 francs à M. Graham Bell, et un prix de 20 000 francs à M. Gramme, inventeur de la machine magnéto-électrique, qui a pour but la production de l'électricité au moyen de la force motrice. D'après ce projet, les travaux de M. Planté et ceux de M. Onimus ne seraient que l'objet d'une mention honorable, alors que la Commission les avait considérés comme équivalents à ceux de M. Gramme.

Programme du deuxième congrès otologique international (Milan, 6 au 9 septembre 1880). — Les séances auront lieu : Vicolo Santo Spirito, n° 1. Elles commenceront le 5 septembre. Voici les principales communications annoncées :

M. Voltolini (Breslau). — De l'examen anatomo-pathologique de l'organe de l'ouïe et en particulier du labyrinthe, avec démonstrations.

M. Politzer (Vienne). — 1° Résultats de l'examen anatomo-pathologique du labyrinthe. 2° Expériences sur la *paracusis Willisii*.

M. Loewenberg (Paris). — « Pourquoi certains sourds tiennent-ils la bouche entr'ouverte? »

M. Moos (Heidelberg). — 1° Des maladies auriculaires des mécaniciens et des chauffeurs des chemins de fer entraînant des dangers pour la société. 2° Cas rare de blessure du côté gauche du crâne par un instrument aigu; irritation passagère des nerfs moteur oculaire et pneumo-gastrique gauches; paralysie permanente des nerfs facial et acoustique gauches.

MM. Moos et Steinbrügge (Heidelberg). — Démonstration d'une préparation d'atrophie nerveuse du premier tour du limaçon; sa valeur physiologique et pathologique.

M. E. Ménière (Paris). — 1° Du traitement de l'otorrhée chronique. 2° Des moyens employés pour la dilatation de la trompe d'Eustache. 3° Quelques considérations sur la maladie de Ménière.

M. Hartmann (Berlin). — 1° De la surdi-mutité. 2° De la fonction du voile du palais.

M. Grazzi (Florence). — Démonstration d'un nouveau tympanotome.

M. E. Fournié (Paris). — Étude sur la propagation des ondes sonores vers le nerf de l'ouïe; — rôle de la trompe d'Eustache.

Les communications pourront encore être annoncées jusqu'au 15 août à M. Moos (Heidelberg), et à partir de cette époque jusqu'à l'ouverture du congrès à M. le docteur Sapolini (Milan, Palazzo Reale).

Le comité préparatoire du 2e congrès otologique international :

MM. les docteurs Voltolini, professeur à Breslau, *président;* Moos, professeur à Heidelberg, *secrétaire;* Politzer, professeur à Vienne (Autriche), et Loewenberg (Paris), *membres du Comité.*

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouchardat, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours de chimie à ladite Faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Wurtz, sur sa demande.

— M. Journiac (Auguste-Diogène) licencié ès sciences naturelles, préparateur du cours de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef du laboratoire de thérapeutique à ladite Faculté (emploi nouveau).

— M. Faucounier (Adrien), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur adjoint au laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— M. Gay, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé, en outre, chef des travaux pratiques de physique à ladite Faculté (emploi nouveau).

— M. Guébhard est nommé préparateur des travaux physiques à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— M. Sandoz (Albert-Jean) est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— M. Etard (Alexandre-Léon), licencié ès sciences, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret en date du 3 juillet 1880, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Lacassagne, agrégé libre des Facultés de médecine, a été nommé professeur de médecine légale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Benoît, professeur d'anatomie, est nommé doyen en remplacement de M. Moitessier, démissionnaire.

BUDGET DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Diverses réformes ont été proposées et sanctionnées par un vote de la Chambre lors de la discussion du budget de l'instruction publique. Nous relèverons les suivantes. Le rapporteur, M. Duvaux, a demandé que le système des classes personnelles soit appliqué aux professeurs de la Faculté de Paris. Ceux-ci toucheraient 12 000 francs ou 15 000 francs, suivant qu'ils appartiendraient à la deuxième ou à la première classe. Les professeurs des Facultés de province seraient répartis en quatre classes, dont les émoluments seraient de 6000 francs, 8000 francs, 10 000 francs et 11 000 francs.

La question de l'enseignement de l'anatomie pathologique pratique à la Faculté de Paris a été réglée conformément au vœu exprimé par la Faculté : sous la haute direction du professeur d'anatomie pathologique *actuel*, et sous la direction immédiate d'un chef des travaux d'anatomie pathologique pratique, dont les attributions restent à déterminer, il sera créé un laboratoire d'anatomie pathologique pratique. Une somme de 8000 francs sera allouée au chef des travaux d'anatomie pathologique, et, par une mesure équitable, le traitement du chef des travaux d'anatomie normale est fixé au même chiffre.

ERRATA. — N° 26, Feuilleton sur *André Du Laurens :* Page 415, 1re colonne, ligne 5, lisez : *Basilea;* 2e colonne, ligne 7, lisez : *Illius (et)*. — Page 421, 1re colonne, ligne 2, lisez : *Francfort*, au lieu de : *Strasbourg*. — Page 423, 2e colonne, ligne 7, lisez : *divinitùs*.

MORTALITÉ A PARIS (26e semaine, du vendredi 25 juin au jeudi 1er juillet 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 981, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 26. Variole, 48. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 18. — Diphthérie et croup, 40. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 141. — Autres tuberculoses, 64. — Autres affections générales, 106. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 60. — Diarrhée infantile et athrepsie, 94. — Autres maladies locales : aiguës, 61 ; chroniques, 125 ; douteuses, 62. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 1. — Morts violentes, 33. — Causes inconnues, 9.

Bilan de la 26e semaine. — L'amélioration de notre état sanitaire se maintient et s'accentue. Nos épidémies : fièvre typhoïde, variole, diphthérie, scarlatine, se continuent, mais sans s'aggraver; il en est à peu près de même de la rougeole et de la coqueluche, qui semblent pourtant avoir subi un léger mouvement de hausse; mais ce qu'il importe de remarquer, c'est la permanence des sévices épidémiques dans les XIe et XIIe arrondissements, qui contiennent sur les confins et *l'hôpital Sainte-Eugénie* et *l'hôpital Saint-Antoine*, que nous estimons propagateurs de ces contages pour leur voisinage. Nous remarquons même que, depuis que la rougeole s'est aggravée comme cause de mort, elle semble se conduire comme la variole, et devenir, elle aussi, plus fréquente autour de ces hôpitaux...

Enfin, au sujet des graves épidémies qui ont si durement frappé la population parisienne, il y a un résultat bien remarquable et qu'il importe au plus haut point de mettre en toute lumière, ce sont les rapports respectifs des décès par fièvre typhoïde avec ceux par variole, suivant que l'on considère la population civile ou la population militaire. *Pour la population civile*, nous avons compté depuis le 1er janvier jusqu'à ce jour : 1043 décès par fièvre typhoïde; 1519 décès par variole; et *pour la population militaire*, nous avons enregistré : 206 décès par fièvre typhoïde; 3 décès par variole; c'est-à-dire qu'alors que la variole a prélevé un si cruel tribut sur la population civile, dont on sait les négligences pour la vaccine, et surtout pour les revaccinations, la population militaire, au contraire, régulièrement soumise au prophylactique jennérien, a été presque indemne. Il est vrai que, comme la population civile, et peut-être plus qu'elle, elle a payé un gros tribut à la fièvre typhoïde, pour laquelle non seulement nous ne connaissons pas de prophylactique, mais pour laquelle la vie commune et l'habitation des casernes sont vraisemblablement d'excellentes conditions de développement et peut-être de propagation.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du cancroïde des lèvres et son traitement par le docteur Peillon. Grand in 8 de 94 pages, avec figures dans le texte. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr.

Traité d'analyse chimique par la méthode volumétrique, à l'usage des chimistes des pharmaciens, des fabricants de produits chimiques, etc., par le docteur E. Fleischer, traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par le docteur L. Gautier. 1 vol. in-8 de 424 pages, avec figures dans le texte. Paris, Savy. 8 fr.

Des variations de forme normale et pathologique de la plante du pied étudiées par la méthode graphique, par M. le docteur J. Rohmer. 1 vol. grand in-8 de 76 pages avec 35 planches au trait. Paris, O. Doin. 4 fr.

Rapports pathologiques de l'œil et des organes génitaux, par M. le docteur Gaston Georgeon. 1 vol. in-8 de 45 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Étude scientifique sur le somnambulisme, sur les phénomènes qu'il présente et sur son action thérapeutique dans certaines maladies nerveuses, du rôle important qu'il joue dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans les névroses dites extraordinaires (prix de la Société médico-psychologique), par M. le docteur Prosper Despine. 1 vol. in-8 de 425 pages. Paris, F. Savy. 7 fr.

Revue descriptive des appareils destinés aux applications thérapeutiques de la chaleur et du froid, par Emile Galante. In-8 de 64 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voix urinaires, des indications qu'elles fournissent au pronostic et au traitement, par M. le docteur Bazy. 1 vol. in-8 de 102 pages avec tableaux. Paris, O. Doin. 4 fr.

Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie, par M. le docteur Ormières. 1 vol. in-8 de 80 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Traitement chirurgical des maladies des oreilles, par M. le docteur Paquet. 1 vol. in-8 de 83 pages. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

Paralysie vaso-motrice des extrémités ou érythromélalgie, par Maurice Lannois. 1 vol. in-8 de 70 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 1 fr. 50

Compendium des maladies des enfants, à l'usage des étudiants et des médecins, par M. le docteur Johann Steiner, remanié et augmenté par les docteurs Ludwig Fleischmann et Maximilien Herz. Ouvrage suivi d'un formulaire magistral et officinal, traduit sur la 3e édition allemande, par M. le docteur P. Keraval. 1 vol. in-8 de XXIII-773 pages. Prix broché, 12 fr.; relié, 14 fr. Paris, A. Coccoz.

Des amputations et des résections chez les phthisiques, par Charles Leroux. 1 vol. in-8 de 125 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr. 50

L'année médicale (2e année) 1879. Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales publié sous la direction de M. le docteur Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*. 1 beau vol. in-18 jésus de 500 pages. Paris, V. A. Delahaye et Ce et E. Plon. 3 fr. 50

Maladies du foie traitées avec un immense succès à la station thermale de Vichy, par M. le docteur Blanchet. 1 vol. in-18. Paris, V.A. Delahaye et Lecrosnier. 2 fr.

Des différentes formes de la broncho-pneumonie, thèse présentée au concours pour l'agrégation, par M. A. Joffroy. 1 vol. in-8 avec 13 figures dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et Lecrosnier. 7 fr.

Contribution à la détermination et à l'étude expérimentales des localisations fonctionnelles, encéphaliques, par M. le docteur Lemoine. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 15 juillet 1880.

PAUL BROCA.

La science et la chirurgie françaises viennent de faire une perte d'autant plus douloureuse qu'elle était plus imprévue. Paul Broca est mort presque subitement le 9 juillet dernier. Des voix éloquentes et émues ont dit, sur sa tombe, ce qu'avait été le savant, le professeur, le chirurgien, et comment le sénateur — il ne l'a été cependant que quelques semaines — avait su déjà faire apprécier ses qualités de penseur et d'écrivain par une étude approfondie d'un sujet qui intéressait doublement le père et le citoyen. Ses amis ont rappelé ce que valait ce noble et sympathique caractère, cet homme de bien si ferme dans ses convictions, si conciliant dans son langage. On lira plus loin les discours de MM. Verneuil et Trélat. Mais la *Gazette hebdomadaire* doit à la mémoire de l'homme et du savant un hommage particulier de reconnaissant souvenir. S'il n'eût été retenu loin de nous, le président de notre comité de rédaction eût tenu à dire lui-même ce que fut Broca et les progrès qu'a marqués en chirurgie et en anthropologie sa carrière si laborieuse. En son absence nous avons le devoir de rappeler que le docteur Broca a été pour la *Gazette hebdomadaire* un ami de la première heure, un collaborateur des plus fidèles. Ses recherches *sur le traitement des anévrysmes par la compression* ont été publiées dans le premier volume de ce journal, et le dernier renferme un article nécrologique sur le docteur Amédée Deville, témoignage d'estime et d'affection que Broca adressait à un confrère dont il avait si courageusement, dès l'année 1854, défendu les intérêts.

Nous ne voulons d'ailleurs aujourd'hui que nous associer au deuil de tant de collègues, de disciples et d'amis. L'œuvre de Broca est si vaste et si importante que, pour honorer dignement sa mémoire, il faut citer le plus grand nombre des travaux qui l'ont rendue impérissable. C'est ce qui sera fait dans notre prochain numéro.

L. LEREBOULLET.

HISTOIRE ET CRITIQUE

SUR LA FIXATION DANS LE FOIE DES SUBSTANCES TOXIQUES INTRODUITES DANS L'ESTOMAC.

La différence d'activité que présentent certaines substances, notamment les alcaloïdes, suivant qu'elles sont administrées par l'estomac ou bien par absorption dermique ou hypodermique, peut s'expliquer de plusieurs manières.

L'action d'un alcaloïde introduit dans l'estomac est plus lente et moins intense que celle du même alcaloïde introduit sous la peau : 1° parce que l'absorption en est moins rapide et moins complète ; 2° parce que l'élimination s'opère à mesure que l'absorption se produit, et empêche la substance de s'accumuler dans le sang en quantité suffisante ; 3° parce que cette substance absorbée soit dans l'estomac, soit dans l'intestin grêle par les radicules de la veine porte, s'arrête partiellement dans le foie qui l'emmagasine pour un temps plus ou moins long.

Ces trois explications sont exactes : 1° il y a longtemps que Cl. Bernard a montré qu'un animal en digestion est difficilement empoisonné par le curare ingéré dans l'estomac : l'absorption se fait lentement et une partie de la substance est entraînée avec les liquides intestinaux ; au contraire, la même dose de curare agit plus énergiquement chez l'animal à jeun, parce que l'absorption en est plus rapide ; 2° l'élimination de la substance toxique par le rein empêche son accumulation dans le sang : le fait a été établi par Cl. Bernard en enlevant les reins ou en faisant la ligature des artères rénales (*Rapport sur les progrès de la physiologie*, note 118) ; 3° la substance absorbée dans l'estomac arrive au foie qui la retient un certain temps et l'élimine ensuite par la bile (Cl. Bernard, *Substances toxiques...*, p. 57, 60, 65). Bernard a démontré le fait de l'emmagasinage dans le foie de la façon la plus élégante avec l'émulsine. « L'émulsine, dit-il (dans son *Rapport sur les progrès de la physiologie*, note 71, p. 260), se localise dans le foie, de sorte que si l'on prend ensuite du tissu hépatique, qu'on le coupe, qu'on le broie avec de l'amygdaline, on obtient la réaction qui dégage de l'acide prussique, ce qui n'a pas lieu avec les autres tissus... »

C'est seulement sur ce fait de la fixation par le foie de certaines substances introduites dans le système porte que nous voulons nous arrêter ici. Cette question, sur laquelle n'a pas autrement insisté Cl. Bernard, a été reprise dans ces dernières années et, sinon entièrement résolue, du moins poussée fort loin par plusieurs physiologistes. Elle présente un intérêt considérable au point de vue de la thérapeutique raisonnée et de la médecine légale ; aussi croyons-nous devoir lui consacrer une étude spéciale.

Pour faciliter cet exposé nous examinerons successivement les points suivants.

I. Le foie retient-il au passage, d'une façon totale ou partielle, les alcaloïdes introduits dans le sang de la veine porte ?

II. S'il y a fixation par le foie, dans quels éléments du tissu hépatique est retenu l'alcaloïde ?

III. La substance fixée dans le tissu hépatique se retrouve-t-elle dans la bile ou dans la lymphe qui sort de l'organe ?

IV. Que devient la substance à sa sortie du foie ? Est-elle reprise par la circulation ou définitivement enlevée à l'organisme ?

Nous trouverons la réponse à ces différentes questions dans les recherches publiées par le professeur Héger (de Bruxelles), et dans une thèse faite sous sa direction par le docteur Jacque (1).

I. *Le foie retient-il au passage d'une façon totale ou partielle les alcaloïdes introduits dans le sang de la veine porte?* — Trois séries d'expériences établissent cette proposition d'une manière incontestable.

1° En soumettant le foie isolé à une circulation artificielle de sang défibriné par les méthodes usitées dans le laboratoire de Ludwig (2), on constate que le sang qui contenait à son entrée dans le foie 1 gramme de nicotine, par exemple, n'en contient plus que 50 ou 75 centigrammes à sa sortie. Par conséquent, il est resté dans le foie 25 ou 50 pour 100 de l'alcaloïde injecté. Les résultats sont les mêmes avec le bisulfate de quinine, le chlorhydrate de morphine, le sulfate de strychnine, etc.

2° En se rapprochant davantage des conditions physiologiques, et pour éviter les accidents tenant à l'exsudation séreuse qui peut s'opérer à travers les parois vasculaires d'un organe détaché, M. Héger a répété l'expérience sur le foie en place, chez l'animal vivant. Ayant injecté les alcaloïdes dans une veinule mésentérique, du côté du foie, il a recueilli le sang des veines sus-hépatiques, après ligature de la veine cave au-dessous et au-dessus du foie; il a vu ainsi, pour la nicotine, par exemple, que « le sang avait perdu en traversant le foie environ 50 pour 100 de la substance injectée. » Ce résultat confirme donc ceux de la première série d'expériences et montre qu'on est en droit de conclure de l'organe isolé, soumis à une circulation artificielle, à l'organe en place, recevant le sang complet, dans des conditions beaucoup plus physiologiques.

Mais, même dans cette seconde série de recherches, il pouvait se présenter des causes d'erreur. « Sans doute, dit M. Héger, nous nous sommes placé dans des circonstances particulièrement favorables à l'absorption et à la localisation du poison; la ligature de la veine cave faite en vue de ne recueillir absolument que le sang venant du foie, l'exposition du mésentère à l'air, l'interruption de la circulation dans une partie du système porte, enfin l'injection d'une certaine proportion d'eau distillée dans le sang, sont autant de circonstances qui doivent ralentir la circulation dans le foie, prolonger les contacts ou faciliter la diffusion de l'alcaloïde; mais, quelle que soit la valeur de ces objections, elles ne s'adressent jamais qu'à *l'évaluation de la dose absorbée et non pas au fait de l'absorption...* »

Bien que réduites à leur juste valeur, les objections que se faisait l'auteur n'en subsistaient pas moins, et il importait de donner satisfaction aux plus difficiles : c'est le résultat auquel on est arrivé dans la troisième série d'expériences.

3° La circulation du foie a été laissée complètement libre chez un animal chloralisé : on n'a point détourné le sang de la veine cave pour le soumettre à l'analyse : c'est à une réaction physiologique qu'on a eu recours pour démontrer la fixation des alcaloïdes dans le foie.

Ici quelques mots d'explication sont nécessaires. On sait que quand une substance irritante (prenons la nicotine pour rester dans le sujet) arrive au contact de l'endocarde, il se produit, par voie réflexe, des troubles cardiaques qui consistent en un ralentissement plus ou moins marqué des battements du cœur avec une chute de la pression artérielle proportionnée au degré du ralentissement. Par conséquent, on a dans cette réaction toute physiologique le moyen de décider sûrement si la substance irritante injectée dans un rameau de la veine porte a ou non traversé le foie pour arriver jusqu'au cœur. Or, dans un grand nombre d'expériences très variées qu'on trouvera dans la thèse du docteur Jacque, le fait de la fixation par le foie d'un alcaloïde amené par le sang de la veine porte a été de nouveau et définitivement établi comme parfaitement incontestable chez l'animal vivant : telle substance qui, injectée dans la jugulaire et arrivant directement au cœur, en provoquait le ralentissement accompagné d'une chute de pression, ne produisait plus aucun trouble cardiaque quand elle devait traverser le foie avant d'être portée au contact de l'endocarde.

La première proposition se trouve ainsi nettement établie, *le foie retient au passage une partie notable des alcaloïdes introduits dans le sang de la veine porte.* Or, comme dans tous les cas il s'est agi de doses massives, et que le foie a fixé la moitié de la dose injectée, on est en droit d'admettre, ce qu'a démontré du reste l'expérience, que pour de faibles doses l'emmagasinage est total.

Sans nous arrêter sur les procédés de dosage dont l'examen nous entraînerait trop loin, nous dirons seulement que les alcaloïdes ont été recherchés dans le sang qui sortait de l'organe par des méthodes spéciales (celle de Depaire, celle de Stras), mais de préférence par la méthode optique, dont il faut dire un mot. Les solutions d'alcaloïdes ont un pouvoir rotatoire proportionnel à la quantité d'alcaloïde dissous dans le liquide examiné : il est donc facile avec le saccharimètre de Soleil, par exemple, de déterminer la dose d'alcaloïde d'après la déviation du plan de polarisation. Cette méthode a, sur les méthodes chimiques, l'avantage de permettre l'essai du liquide toxique sur les animaux, puisqu'on n'altère en rien la substance en l'examinant optiquement.

Passons maintenant à l'examen de la seconde proposition :

II. *Dans quelle partie du tissu hépatique est retenu l'alcaloïde?* — On pouvait supposer que la substance qui avait disparu du sang à son passage dans le foie était restée fixée dans les parois vasculaires elles-mêmes, tout comme si on l'avait filtrée sur un tampon d'ouate, sur un feutrage quelconque ou sur un fragment poreux de charbon, de plâtre, etc. C'eût été dans ce cas une simple imbibition des parois des vaisseaux et non une véritable fixation par absorption dans le tissu hépatique. M. Héger a montré qu'il s'agit d'une diffusion véritable jusque dans le parenchyme hépatique, en reprenant l'expérience de Bernard, celle du foie lavé : après avoir soumis le foie à un rinçage prolongé avec du sang défibriné normal, et constaté que le liquide qui sortait du foie n'entraîne pas la substance qui avait disparu du sang, il a soumis le tissu hépatique broyé à l'analyse chimique par le procédé de Depaire, après avoir disséqué aussi loin que possible les rameaux de la veine porte : dans le tissu hépatique on a retrouvé, avec un faible écart, la quantité

(1) P. Héger, *Notice sur l'absorption des alcaloïdes dans le foie, les poumons et les muscles* (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles*, 1877). — *Note sur la fixation dans les organes des alcaloïdes introduits dans le sang qui les traverse* (*C. rend. Acad. des sciences*, mai 1880). — V. Jacque, *Essai sur la localisation des alcaloïdes dans le foie* (*Th. d'agrégation de Bruxelles*, 1880, H. Manceaux).

(2) Pour les détails voy. P. Héger, *Exp. sur la circulation du sang dans les organes isolés.* (*Th. de Bruxelles*, 1873, H. Manceaux).

d'alcaloïde qui avait été soustraite au sang. Ainsi, dans une expérience où on avait fait passer 80 centigrammes de nicotine dans le foie, on en retrouva 45 centigrammes dans le sang qui sortait de l'organe, et 33 dans le tissu hépatique.

C'est donc bien dans le parenchyme du foie que se fixe l'alcaloïde; du reste nous trouverons tout à l'heure une nouvelle preuve de cette localisation dans le fait même de l'élimination par la bile et par la lymphe.

III. *L'alcaloïde fixé par le tissu hépatique se retrouve-t-il dans la bile ou dans la lymphe qui sort du foie?* — Que devient la substance emmagasinée dans le foie? Reste-t-elle indéfiniment fixée par le tissu hépatique? Telle était la question qu'on devait se poser, étant bien démontré le fait de la fixation.

Déjà un certain nombre d'auteurs, en tête desquels il convient de citer Cl. Bernard, avaient supposé que si le foie retenait au passage certaines substances amenées par le sang de la veine porte, ces substances pouvaient être éliminées par la bile. « Une substance introduite dans l'estomac, dit Cl. Bernard, pourra ne pas pénétrer dans la circulation artérielle, parce qu'elle sera éliminée avant d'y arriver. Elle aura en effet à traverser le système de la veine porte, le foie, les veines hépatiques, le tissu pulmonaire; or, dans ce trajet *elle peut être éliminée dans le foie par la bile*, dans le poumon par exhalation, si elle est volatile. » (*Subst. tox.*, p. 57).

Plus tard, Lussana, dans un travail publié en 1872 dans *Lo Sperimentale*, rappelle les conclusions d'un travail de Paganuzzi, fait au laboratoire de Padoue, et duquel il résulte que « le citrate de fer s'élimine par la bile quand on l'injecte dans les veines mésentériques ». Lui-même a montré que le curare introduit par les voies digestives se retrouve à l'état de curarine dans la bile des animaux. Dans un nouveau travail paru en 1879, Lussana affirme de nouveau l'élimination du curare par la bile, et dit, sans y insister autrement, que les métaux, la térébenthine, la quinine, suivent la même voie. (*Giornale internaz. delle scienze mediche. Nuova serie, anno* 1, n° 6. *Cité par le docteur Jacque. Thèse*, p. 11). Héger, ayant établi, comme nous l'avons vu, la réalité de l'emmagasinage des alcaloïdes dans le foie, se proposait de déterminer le sort qu'ils subissent ultérieurement; il faudra, disait-il, les suivre dans le tissu du foie..., dans leurs combinaisons possibles avec les acides biliaires, les retrouver dans la bile ou dans la lymphe... »

C'est à la solution de ces questions que s'est appliqué le docteur Jacque : nous emprunterons à sa thèse les principaux détails relatifs à ce sujet.

M. Jacque a recherché la présence des alcaloïdes dans la bile fournie par une fistule du canal cholédoque; c'est pour la strychnine seule qu'il a obtenu des résultats positifs; il n'a pu retrouver dans la bile aucune trace de la quinine ou de la nicotine injectées dans une veine mésentérique. Mais nous ferons remarquer que, cette recherche n'ayant été faite que pendant les premières heures de l'expérience, on peut supposer que l'élimination n'a pas eu le temps de se produire; rien ne prouve que, si l'on avait disposé l'expérience pour recueillir la bile pendant un temps beaucoup plus long, on n'eût pas retrouvé une partie de la substance fixée par le foie.

Même remarque au sujet de la recherche des alcaloïdes dans la lymphe du canal thoracique : on a pu déceler des traces de nicotine dans le liquide fourni par la fistule dans les sept ou huit heures qui ont suivi l'injection; on n'a pas trouvé de strychnine ni de quinine dans les mêmes conditions. Mais, de même que pour l'élimination par la bile, il est vraisemblable que le foie ne se débarrasse pas en aussi peu de temps de l'alcaloïde qu'il a emmagasiné. Il faudrait peut-être opérer sur une série d'animaux auxquels on pratiquerait la fistule du canal thoracique à des moments de plus en plus éloignés du moment de l'injection; les expériences ont déjà montré que la quinine et la strychnine ne se retrouvent pas dans la lymphe pendant une première période de sept ou huit heures; qu'on établisse la fistule du canal thoracique à la septième ou huitième heure après l'injection, et qu'on examine le liquide qui s'écoule pendant une seconde période de plusieurs heures, et ainsi de suite : il est possible qu'on trouve alors dans la lymphe les alcaloïdes qui faisaient défaut dans la période initiale. Du reste, la longue durée de la fixation des alcaloïdes par le foie est rendue vraisemblable par ce que nous savons de l'emmagasinage prolongé des substances inorganiques : les métaux et les métalloïdes ont été retrouvés dans le foie par les médecins légistes bien longtemps après leur introduction dans l'économie. Sans doute, ce que l'on demandait à ces recherches, c'était d'établir s'il y a ou non passage de l'alcaloïde dans la lymphe ou dans la bile sans se préoccuper de la quantité éliminée; à ce point de vue même, nous pensons que les expériences immédiates sont insuffisantes pour trancher la question. Hâtons-nous d'ajouter que M. Jacque, l'auteur de ces recherches, a parfaitement saisi le point faible de son travail; il l'a signalé lui-même dans le troisième chapitre de sa thèse, et les remarques que nous venons de présenter ne sont que le développement de la réserve qu'il exprime en quelques mots.

Malheureusement la lacune dont il s'agit n'a point encore été comblée; aussi ne pouvons-nous répondre que par une hypothèse à la dernière question que nous nous étions posée.

IV. *Que devient l'alcaloïde à sa sortie du foie? Est-il repris par la circulation ou définitivement éliminé de l'organisme?* — L'élimination de l'alcaloïde par les lymphatiques, établie jusqu'ici seulement pour la nicotine, expliquerait l'apparition d'accidents tardifs prolongés par suite de la rentrée du poison dans la circulation générale; mais, pour la même raison, la substance toxique serait à mesure rejetée au dehors par l'urine; on a en effet retrouvé dans l'urine un certain nombre de poisons injectés dans les veines mésentériques.

Quant à l'élimination par la bile, qui serait la règle, d'après Lussana, pour les substances introduites par les voies digestives, elle ne serait que temporaire; Schiff a montré qu'il s'opère une résorption partielle de la bile après son arrivée dans l'intestin; l'alcaloïde s'éliminant par cette voie pourrait donc être repris par les chylifères, et ce cas se ramènerait au précédent : la substance toxique apportée à la circulation générale par la lymphe pourrait produire des troubles secondaires plus ou moins accusés et s'éliminer d'une façon définitive par l'urine.

Comme on le voit, ces déductions reposent sur la démonstration préalable de l'élimination par la lymphe ou par la bile des substances fixées momentanément par le foie. C'est aux physiologistes qui ont déjà éclairé les points essentiels de la question qu'il appartient de nous renseigner sur ceux qui sont restés moins bien déterminés : M. Héger et M. Jacque tiendront sans doute à honneur de mettre la dernière main à leurs importantes recherches.

FRANÇOIS-FRANCK.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

De l'intoxication tellurique considérée au point de vue des formes morbides en général, et de ses rapports avec les autres maladies, par M. F. Sorel, médecin-major de 2e classe.

(Fin. — Voyez le numéro 28.)

3° Anémie et cachexie telluriques. — Les formes précédentes de l'intoxication tellurique peuvent conduire à des troubles de la nutrition temporaires ou permanents, suivant qu'ils sont liés ou non à une lésion d'organes. On rencontre :

L'*anémie simple*, état de dénutrition passager succédant à la fièvre tellurique et dont la réparation est facile.

L'*anémie organique*, état consomptif dû à une lésion hypertrophique de l'appareil hépato-splénique. Les entraves apportées à l'hématopoèse causent une dénutrition lente, fatalement progressive, dont la réparation est devenue à peu près impossible et restera toujours incomplète. L'anémie organique peut devenir aiguë et tuer, comme l'anémie pernicieuse ayant une autre origine que le tellurisme. (Au sujet des anémies, voy. Kelsh, in *Recueil des mémoires de médecine militaire*, avril 1880.)

La *cachexie tellurique*, décrite dans tous les ouvrages de pathologie, et sur laquelle je n'ai rien de particulier à dire. J'appellerai cependant l'attention sur une lésion qui conduit à l'anémie organique et à la cachexie, encore peu étudiée : la *cirrhose atrophique primitive du foie* d'origine *tellurique*. Elle est ou non accompagnée de fièvre, suivant les cas ou les phases de l'affection.

Dans les divers états d'anémie ou de cachexie, on peut voir survenir la *broncho-pneumonie* des états mauvais ; voisine de l'hypostatique, elle est caractérisée par sa généralisation fréquente aux deux poumons, son siège aux lobes inférieurs, l'apparence séreuse de l'exsudat et son peu de richesse en fibrine, enfin sa tendance à suppurer. D'origine tellurique en tant que née chez un intelluré, elle rentre dans le cadre de la broncho-pneumonie des cachexies ; comme elle n'a pas d'évolution cyclique déterminée, elle est une des maladies où peuvent se montrer des accès franchement périodiques.

4° Rapports de l'intoxication tellurique avec les autres maladies. — L'intoxication tellurique présente des formes morbides variées ; intervient-elle dans la marche des autres maladies pour s'y associer d'une façon quelconque, ou bien assiste-t-elle étrangère à leur évolution? Y a-t-il, en un mot, un milieu tellurique?

Comme le sol lui-même, le poison tellurique est partout sous nos pieds, mais inoffensif à l'état latent ; pour devenir actif, il a besoin de conditions spéciales, chaleur, humidité, mise à nu des couches qui le contiennent. Aussi n'y a-t-il pas un milieu tellurique dans le sens propre du mot, un foyer d'endémie général ; mais, suivant les circonstances précitées, il se forme des foyers disséminés dont l'étendue d'action est toujours bornée, et l'activité subordonnée à la permanence des conditions génératrices. La vase des *oued* constitue des foyers à peu près permanents, les conditions d'activité étant elles-mêmes durables ; cependant la sécheresse peut les rendre neutres temporairement, jusqu'à l'orage prochain.

Cette dissémination des foyers et leur formation d'après des conditions bien déterminées font qu'en Algérie on peut échapper à la fièvre tellurique en se plaçant dans des conditions contraires ; mais il est aussi facile, quand on se croit à l'abri, d'être la victime d'un foyer non soupçonné qui a trouvé les éléments de son activité.

Ni l'âge ni les atteintes antérieures ne confèrent l'immunité, et le poison tellurique imprègne l'organisme à la façon d'une diathèse faisant passer l'individu à l'état de milieu intelluré. L'invasion peut être ignorée, et le poison, jusque-là silencieux, ne révéler sa présence que loin du foyer d'intelluration.

Dans un organisme intelluré, les accidents toxiques se produisent tantôt sous l'influence d'une cause inconnue, tantôt ils sont déterminés par une perturbation atmosphérique, un abaissement de la température ou le sirocco ; un bain trop chaud ou trop froid agit de même. D'autres fois c'est une modification survenue dans l'organisme lui-même qui cause l'explosion symptomatique ; c'est ainsi que l'état de débilité qui résulte de la convalescence d'une longue maladie ramène des accès chez d'anciens intellurés ou favorise l'intelluration actuelle ; les traumatismes agissent dans le même sens. (Cound, *Recueil des mémoires de médecine militaire*, juillet 1866.)

Le poison tellurique ne se reproduit pas dans l'organisme de façon à créer la contagion ; ce caractère l'éloigne de la syphilis, dont tant d'autres points le rapprochent ; mais les analogies sont surtout remarquables entre les intoxications telluriques et saturnines ; dans les deux cas, l'organisme intoxiqué réagit suivant des modes variés, d'après des conditions souvent déterminées, ou reste absolument neutre. Il n'est pas jusqu'à l'anémie et la cachexie qui ne soient communes aux deux poisons. Ces ressemblances paraissent assigner une constitution matérielle au poison tellurique.

Comment se comportera l'intoxication tellurique dans un organisme en puissance de maladie? L'action sera différente, suivant que cette maladie est une affection à marche bien définie, à évolution fébrile, cyclique, ou qu'au contraire ses phases sont indécises, peu fébriles et mal délimitées. Dans le dernier cas, des accès intermittents pourront survenir dans le cours de la maladie ; on les rencontre dans la bronchite, la broncho-pneumonie des cachectiques ; mais, dans le premier cas, il n'en sera plus ainsi qu'à titre d'exception. Dans les fébri-phlegmasies, comme l'angine ou la pneumonie franche, et à plus forte raison dans les pyrexies, comme les fièvres éruptives ou les typhus, c'est l'intoxication tellurique qui s'efface et cède le pas, quitte à reparaître pendant la convalescence.

La tuberculisation pulmonaire fournit un exemple des deux cas : un tuberculeux peut avoir au cours de sa maladie des accès de fièvre tellurique dus, soit à une intoxication ancienne, soit à une intoxication récente, favorisée par l'état de maladie ; mais qu'une poussée aiguë survienne, la réaction fébrile sera sous la dépendance absolue de la tuberculose, et l'action tellurique sera réduite au silence. Cependant, en débilitant l'organisme ou en provoquant des congestions localisées et répétées, la fièvre tellurique aura aggravé la situation et pourra être la cause de la recrudescence constatée ; on retrouvera cette influence de la fièvre tellurique aussi bien dans les autres affections chroniques ou diathésiques.

Nous avons vu que, sous le nom de pneumonie périodique, on a surtout envisagé des états congestifs reparaissant périodiquement avec la fièvre. Mais, chez un intelluré ancien ou récent, les oscillations fébriles d'une pneumonie franche ne peuvent-elles revêtir le rhythme intermittent? Le fait est certain pour les broncho-pneumonies cachectiques, où la broncho-pneumonie n'est qu'un état surajouté à la fièvre ; il est plus rare dans les broncho-pneumonies légitimes, qui ont une individualité plus marquée ; il devient exceptionnel dans la pneumonie franche.

Pour mon compte personnel, je n'ai pas rencontré de ces cas, et beaucoup des observations citées sont moins que concluantes, la mensuration thermique régulière n'ayant pas été faite, et dans une telle question les sensations des malades restent sans valeur. Une cause d'erreur est aussi l'existence d'abaissements thermiques intercurrents, fréquents dans la pneumonie (Wunderlich). J'ai souvent observé une apyrexie passagère du deuxième ou quatrième jour de la maladie, le

matin qui suivait l'entrée à l'hôpital, et cela sans que la médication l'ait provoquée. Enfin l'intermittence fébrile, surtout quotidienne, n'impliquerait pas nécessairement l'action tellurique, même en dehors des pneumonies emboliques. Dans la pleurésie, les accès intermittents sont presque toujours le fait de la purulence.

Les rhythmes rémittents et intermittents sont communs aux deux intoxications typhoïde et tellurique, et on juge de l'intervention tellurique par l'apparition de ces mêmes oscillations intermittentes. Mais, nous l'avons vu, c'est là un caractère accessoire contingent du tellurisme, et c'est précisément là où le climat lui impose la continuité fébrile qu'on lui attribue l'apparition de l'intermittence dans une affection aussi active et individuelle que la fièvre typhoïde.

Les documents rigoureux manquent aussi à ce sujet; l'intermittence quotidienne est le propre de la période de réparation, et on a été conduit à regarder des températures de collapsus comme des accès algides, le délire et le coma comme des accès pernicieux ataxiques ou comateux. L'intoxication tellurique cède le pas à son puissant associé tant que la maladie est active; elle réapparaît dans la convalescence; j'ai vu ainsi deux fois des accès chez d'anciens intellurés, et dans un cas l'intoxication fut contemporaine. Ces questions méritent une étude à part.

L'interprétation de certains faits est difficile, ils ne peuvent être classés que plus tard par la comparaison avec d'autres analogues. Voici un exemple de ce genre :

Obs. *Alcoolisme chronique. Tremblement simulant la sclérose en plaques. Pneumonie double intercurrente. Perte subite de connaissance. Etat comateux répété pendant quatre jours de suite dans l'après-midi. Oscillations fébriles rémittentes. Mort au cinquième jour.* — P..., maçon, d'origine suisse, âgé de soixante-cinq ans, depuis longtemps en Algérie, alcoolique, entre à l'hôpital militaire de Sétif le 13 février 1880, meurt le 25 février suivant.

Renseignements. — Récits peu clairs et contradictions. Tremblement depuis vingt ans environ. Depuis quelque temps, vertige le forçant à s'accrocher aux objets et rendant l'exercice de sa profession dangereux. Au commencement du mois, perte de connaissance momentanée. N'accuse pas d'antécédents telluriques.

Etat actuel. — Tremblement analogue à celui de la sclérose en plaques disparaissant au repos complet. S'il se soulève sur le lit, oscillations rhythmiques de la tête; s'il porte la main à la bouche, le membre supérieur tremble d'abord faiblement, les oscillations augmentent à mesure que se dessine le mouvement, qui s'achève par la projection rapide de la main. Parole lente, scandée. La langue est tirée droite nettement; déglutition maladroite amenant la toux. La marche est incertaine, un peu traînante, non modifiée par l'occlusion des yeux.

Le malade se levait et se promenait au jardin, lorsque, le 20 février, à dix heures du matin, au moment où il arrivait prendre son repas, il tomba sans connaissance, la face en avant, sur son assiette.

Le 20 février, à la contre-visite, état comateux, face vultueuse, pouls très plein, vibrant. Aucune paralysie. Il répond difficilement quand on l'interpelle. Etat fébrile. Aucun trouble saillant du côté de la respiration. (Sangsues derrière les oreilles.)

Le 21, a repris connaissance, tousse un peu; râles disséminés aux bases, en arrière. Le soir, état soporeux de la veille, urination involontaire. (Petite saignée.)

Le 22, reproduction des mêmes faits, mais affaiblissement plus marqué; pas de dyspnée; râles disséminés sous-crépitants; quelques crachats de bronchite chronique. (Vu l'intermittence des symptômes, sulfate de quinine.)

Le 23, mêmes faits. (Le sulfate de quinine est continué.)

Le 24, est assis dans un fauteuil, le soir; pas de dyspnée; expectoration rare, muco-purulente; râles muqueux en arrière; peu de modification de la sonorité; la température est de 37°,5. Vers onze heures du soir, perte de connaissance. L'agonie succède, et il meurt le 25, à quatre heures du matin.

Autopsie. — Congestion méningée et infiltration séreuse; légères suffusions sanguines des deux côtés vers les lobules pariétaux inférieurs; elle est plus prononcée à gauche. Le long de la scissure inter-hémisphérique, granulations semblables à des grains de semoule; pas d'athéromes; la pie-mère se détache facilement; état sablé du cerveau. A l'œil nu, *aucune plaque de sclérose*, soit dans le cerveau, soit dans le bulbe ou la moelle.

Thorax. — Pneumonie double occupant en arrière le lobe inférieur gauche, et à droite les lobes inférieur et moyen; état d'hépatisation grise, mais peu dense.

Cœur normal.

Abdomen. — *Foie* granuleux, cirrhotique, devenu globuleux. *Rate* petite, de consistance normale. *Reins* normaux.

Températures : 20 février, soir, 39°,4. 21, matin, 38°,4; soir, 39°,4. 22, matin, 38°,6; soir, 39 degrés. 23, matin, 38°,2; soir, 39°,6. 24, matin, 38 degrés; soir, 37°,5.

L'examen histologique fait par M. Laveran, agrégé libre du Val-de-Grâce, lui a fait constater l'*intégrité* du cerveau et de la moelle, l'absence de tubercules dans les méninges, une congestion très marquée du foie, atteint de cirrhose au début, et les lésions en foyers d'une pneumonie survenue chez un alcoolique.

Je ferai remarquer l'intégrité des centres nerveux, malgré les symptômes si nets du tremblement; le peu d'acuité des symptômes thoraciques, physiques et fonctionnels : l'idée d'une sclérose en plaques avec congestion apoplectiforme nous en a fait, du reste, négliger l'examen minutieux; la singulière périodicité suivant laquelle s'est produit un état soporeux inexpliqué. Cependant je ne saurais voir là l'action du poison tellurique, ni une fièvre pernicieuse pneumonique; on ne rencontre guère d'accès pernicieux en février; l'homme n'était pas un intelluré, et à l'autopsie la rate fut trouvée tout à fait saine. Ce cas relève plutôt de l'alcoolisme que du tellurisme, et chez les malades civils de mon service j'ai plus souvent à compter avec les modifications apportées aux maladies par l'intoxication alcoolique que par l'intoxication tellurique.

Tout dernièrement, un malade, entré dans mon service pour fièvre intermittente récidivée, fut au bout de quelques jours atteint d'une angine simple. L'inflammation locale évolua progressivement, tout en restant très modérée, et la réaction fébrile fut nettement intermittente.

Obs. — Chev..., vingt-trois ans, soldat au 3e régiment de zouaves, dans sa deuxième année de service, et d'Algérie, entre à l'hôpital de Sétif le 21 juin 1880. Cet homme a contracté les fièvres aux environs de Bône à la fin de l'été dernier, et a dû entrer à l'hôpital de cette ville. Pendant l'hiver, des récidives l'obligent à entrer deux fois à l'hôpital de Bougie.

A Sétif depuis le mois d'avril, il est très anémié, et reprend des accès les 19 et 20 juin; nous le trouvons tremblant la fièvre à son entrée, le 21 au matin.

Traitement par le sulfate de quinine; pas d'accès les jours suivants.

Le 27 juin, gêne à la déglutition et douleur de gorge; angine au début, caractérisée le lendemain par le gonflement des amygdales, recouvertes de matière pultacée, et la rougeur du voile du palais et de la luette. L'angine, modérée, évolue normalement, et la guérison est complète le 2 juillet. La fièvre fut franchement intermittente; l'accès naissait vers onze heures du matin; son invasion était annoncée par quelques frissons; il s'éteignait dans la nuit. Née avec l'angine, la fièvre disparut avec elle. Il y eut intermittence fébrile, mais marche continue, avec augment, puis déclin progressifs de l'état local. (Sulfate de quinine, chaque jour 1gr,20.)

Températures. — 27 juin, soir, 39°,5. — 28, matin, 37°,5; soir, 39°,5. — 29, matin, 37°,2; soir, 39 degrés. — 30, matin, 37°,6; soir, 38°,8. — 1er juillet, matin, 37°,8; soir, 38 degrés. — 2 juillet, matin, 37 degrés; soir, 37 degrés.

Ainsi donc, chez un intelluré, une phlegmasie en puissance, à la condition de rester modérée, peut déterminer une réaction fébrile franchement intermittente; mais l'inflammation elle-même parcourt ses phases normalement, d'une façon continue et progressive; dans le cas précédent, la douleur et la gêne à la déglutition restèrent liées à l'état anatomique et ne reçurent aucune modification de l'intermittence fébrile. Le sulfate de quinine n'a pas abrégé la durée de l'angine, tout au plus a-t-il pu abaisser les maxima thermiques.

Mais ces faits sont rares, et toute inflammation un peu vive amènera chez un intelluré aussi bien que dans un organisme

sain une réaction fébrile continue, au moins pendant les périodes d'augment et d'état. En tout cas, c'est là une angine avec réaction fébrile intermittente et non pas une angine à évolution phlegmasique intermittente; il y a intermittence fébrile, mais continuité et développement progressif dans la lésion de tissu ou d'organe.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Emploi de la congélation artificielle en chirurgie.

Crépy-en-Laonnais, juillet 1880.

Dans le numéro du 28 mai de la *Gazette hebdomadaire*, vous publiez une intéressante observation de M. le docteur Saucerotte sur l'emploi de la congélation artificielle en chirurgie. Dans les remarques, dont il fait suivre son observation, ce savant confrère passe en revue les différents cas dans lesquels ce procédé opératoire peut être employé. J'ai moi-même employé ce moyen dans un cas où personne, je crois, n'avait songé jusqu'ici à s'en servir : je veux parler du charbon. Dans la séance du 17 octobre 1878, je communiquai à la Société médicale de l'Aisne, à Saint-Quentin, l'observation suivante :

Obs. — Depuis longtemps les cautérisations au fer rouge ont fait leur preuve dans le traitement des tumeurs charbonneuses. Les magnifiques communications de M. Pasteur à l'Académie de médecine sur la nature des maladies charbonneuses, me suggérèrent cette réflexion que, si l'on pouvait tuer la bactéridie par une surélévation considérable de température, on devait pouvoir arriver au même but en abaissant la température jusqu'à zéro ou au-dessous; et pour ce faire le moyen était simple et facile : un jet d'éther pulvérisé. L'expérimentation clinique ne tarda pas à me donner raison.

Le 23 août, je suis appelé à Couvran, chez un nommé Lambre, âgé de vingt et un ans. Ce garçon porte au-dessous de la commissure gauche des lèvres une pustule maligne parfaitement caractérisée. Il se rappelle avoir été piqué à cette place le lundi 19, et avoir aussitôt éprouvé une cuisson continue, mais supportable; dès le lendemain il voit apparaître un petit bouton noir, gros comme une tête d'épingle. Dans la soirée du mardi il éprouve un violent frisson suivi de chaleur. Dès ce moment le bouton se développe et prend jusqu'à vendredi soir les dimensions d'une pièce de 1 franc. Dès lors aussi la sensation de cuisson devient de plus en plus vive, et se transforme en une véritable sensation de brûlure.

Je fais venir le jeune homme chez moi, et avec une lancette je fais une petite piqûre dans l'auréole rouge, et j'examine au microscope la gouttelette de sérosité sanguinolente qui s'en écoule. Les globules rouges sont en partie intacts, mais le plus souvent collés ensemble en forme de piles d'écus, quelques-uns sont brisés ou ratatinés; on voit de plus des leucocytes, et par-dessus tout un nombre considérable de bactéridies, la plupart droites, quelques-unes infléchies à angle très ouvert, et présentant à leurs extrémités et à l'angle d'inflexion un point brillant. Je procède alors au traitement en dirigeant sur la pustule un jet d'éther pulvérisé, au moyen de l'appareil Richardson à tubes en verre. J'use ainsi 100 grammes d'éther. Au bout de ce temps toute la tumeur a blanchi sur une étendue de 3 à 4 centimètres, par un abaissement considérable de température. Ce résultat obtenu, je prends aussitôt avec la lancette une nouvelle goutte de sérosité, à côté de la première piqûre. Au microscope je retrouve bien les bactéridies; mais, au lieu de bâtonnets droits ou à peine infléchis, ce sont des filaments encore transparents, mais contournés, tourmentés, recroquevillés, comme des brins de laine qui auraient subi l'action de la chaleur. J'applique ensuite sur la tumeur des compresses trempées dans une solution de 5 grammes d'acide phénique dans 100 grammes de teinture d'arnica et 400 grammes d'eau, simplement pour contenter les parents, qui auraient trouvé singulier si je n'avais rien prescrit. A la fin de la pulvérisation la sensation de brûlure avait disparu pour ne plus reparaître.

Le lendemain je trouve le malade calme, sans souffrance, ne se doutant pas du danger auquel il vient d'échapper. A la place de la pustule on voit une eschare brune, sèche et dure, d'une étendue de 3 à 4 centimètres, dépassant par conséquent dans tous les sens l'éminence rouge violet sur laquelle s'élevait la couronne vésiculaire, qu'il est impossible de distinguer du reste. Les tissus environnants ne sont plus rouges, et cependant le gonflement n'est pas arrêté : il occupe non seulement le menton, mais toute la moitié inférieure de la joue gauche. Mais le plus important, c'est que le microscope ne décèle plus trace de bactéridies. Aussi les suites sont très simples. Le gonflement, qui a envahi toute la joue, commence à tomber le cinquième jour. L'eschare se détache le 29, et une seconde desquamation se fait le 3 septembre. Dès le 26 août, le jeune homme sort dans la rue, sans en éprouver le moindre inconvénient, et le 3 septembre, il reprend ses occupations habituelles, en gardant simplement un bandeau pour protéger cette partie encore sensible. A la place de la pustule et de l'eschare, on voit encore pendant quelque temps une tache un peu plus rasée que les parties environnantes, mais qui finit également par disparaître.

A quelque temps de là Mme de Saint-Chamans, m'ayant demandé des nouvelles de ce jeune homme, me raconta le fait suivant. Quelque temps avant la guerre M. Mahu, officier de santé à Crépy, est appelé à Couvran auprès d'un ouvrier atteint d'une pustule maligne au poignet. Le malade refuse catégoriquement de se laisser cautériser. Deux jours après M. Mahu le revoit, et déclare qu'il n'y a plus d'autre ressource que l'amputation du bras; le gonflement avait gagné le coude. Nouveau refus aussi formel que le premier de la part du patient, que M. Mahu abandonne alors complètement. Le malade se plaignant constamment d'une sensation de brûlure intolérable, Mme de Saint-Chamans eut l'idée d'appliquer sur ce bras, envahi par l'œdème charbonneux, des vessies de glace, qui furent sans cesse renouvelées pendant huit jours. Au bout de ce temps on constata une diminution notable du gonflement et un affaissement de la tumeur. Le traitement fut continué, et au grand ébahissement de tout le monde le malade guérit. La charité inspira ainsi à Mme de Saint-Chamans un traitement que le raisonnement devait m'indiquer dix ans plus tard.

Voilà deux cas qui prouvent que le froid détruit la bactéridie, et par conséquent le charbon, aussi bien que le feu. Il semble, d'après les expériences de M. Pasteur, que, si les animaux dont le sang atteint une température de 6 degrés plus élevée que celle du sang de l'homme, ne peuvent pas contracter le charbon, c'est parce que le globule rouge joue chez eux le rôle d'un aérobie plus actif que la bactéridie, qui enlève alors à celle-ci l'oxygène qui lui est indispensable pour son développement. Dans le procédé opératoire que j'ai mis en usage, le froid agit sans doute en arrêtant la faculté d'absorption de ce microbe pour l'oxygène. D'autre part, on pourrait encore admettre que l'éther agit également, en changeant la nature du milieu dans lequel se trouve la bactéridie. C'est à des expériences ultérieures à élucider cette question. De toute manière, et toute théorie réservée, si l'expérience vient donner sa sanction à ce procédé, il aura sur les anciens le triple avantage d'être d'une application plus facile, de n'être pas douloureux, et de ne pas laisser de cicatrice. De plus, personne ne me contestera que ce procédé est tout aussi logique que ses aînés.

Je n'ai rien à ajouter à ces faits, si ce n'est que le premier cas de charbon qui se présentera dans ma clientèle sera traité par le même procédé, et que je m'empresserai de tenir le public médical au courant de ce qui en sera résulté.

Dr Zimberlin.

RÉCLAMATION.

M. Chéreau nous communique la lettre suivante, qu'il a reçue à l'occasion de son feuilleton touchant Ameline et Auzoux.

Des Champs-Élysées.

Mon cher confrère,

J'ai lu un peu tard, sans doute, mais le service des Postes se fait si mal ici-bas, le feuilleton intéressant que contient le dernier numéro de la *Gazette*, et où vous reproduisez la

discussion intervenue entre Ameline et Auzoux. Permettez-moi de vous communiquer les observations que je leur ai faites à ce sujet.

« Mes chers confrères, l'idée que vous avez eue successivement tous les deux, je l'ai eue avant vous. Je suis votre aîné à tous deux, puisque je date du 7 avril 1728; quand vous avez fait votre apparition dans l'autre monde, mon cher Ameline, j'étais déjà depuis deux ans membre correspondant de l'Académie royale de chirurgie; et quant à vous, jeune Auzoux, j'étais ici depuis trois ans quand vous êtes né là-haut. Pendant mon séjour sur la terre j'ai profité de mes études anatomiques et de mes connaissances en dessin, pour faire avec du carton, du papier mâché, des rubans et de la ficelle, une tête avec le cou : la peau est enlevée; les parties sont représentées avec leur couleur naturelle, et peuvent se démonter pour montrer les divers plans superposés. J'ai fait de même une oreille et un œil. Toutes ces pièces ont au moins le double des dimensions naturelles; elles sont restées dans les mains de mes successeurs; et mon arrière petit-fils, le docteur Alfred-Paul Pamard, qui est aujourd'hui chirurgien en chef de l'hôpital d'Avignon, les conserve avec respect. Inutile de vous dire que je comptais reproduire de même le corps tout entier, mais que le temps m'a manqué. Ces pièces n'ont sans doute pas le fini artistique de celles qui sont sorties de vos ateliers, mon cher Auzoux, mais elles ont souvent étonné par leur exactitude ceux de nos petits neveux qui les ont examinées. »

Ma réclamation a été accueillie par mes deux interlocuteurs avec une urbanité et une bonne grâce, que nous avons la bonne habitude de mettre ici en toutes choses ; ma priorité ne pouvait faire l'objet d'un doute; Ameline s'est borné à me dire, et je dois le reconnaître, avec raison : « Mon cher confrère, nous avons eu successivement la même idée, et si je ne l'ai pas proclamé dans mes écrits, c'est que ni vous ni les vôtres n'ont rien publié là-dessus, vous bornant à conserver comme une relique cette pièce merveilleuse. »

Là-dessus, nous nous sommes séparés tous les trois, en pensant involontairement au vieil adage : *nihil sub sole novum !*

Veuillez recevoir, mon cher confrère, tous nos meilleurs sentiments posthumes.

Pierre-François-Bénizet PAMARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

SUR L'UTILITÉ DES QUARANTAINES, par M. *de Lesseps*. — M. de Lesseps ne croit pas à l'efficacité des quarantaines.

« J'appuie, dit-il, cette opinion sur une situation dont j'ai été témoin en Égypte en 1834 et 1835. A cette époque, les quarantaines, dont le service était dirigé et surveillé avec sévérité par le corps consulaire étranger, n'ont pas empêché l'introduction ni le développement de la plus grande peste qui ait sévi en Orient, puisqu'elle a enlevé en huit mois le tiers de la population de la basse Égypte, particulièrement d'Alexandrie et du Caire, tandis qu'elle n'a pas fait de victimes dans la haute Égypte, malgré l'existence de communications journalières avec le reste du pays. Il s'agit de savoir si, depuis que la peste d'Orient n'a pas été introduite en Europe, il ne faut pas en attribuer la cause aux institutions hygiéniques et de salubrité des villes et des campagnes, qui ont été adoptées parmi les populations orientales. Je demanderai si, pendant les quarantaines de Marseille aux époques des pestes égyptiennes, un seul des gardiens de santé chargés d'ouvrir au Lazaret les balles contenant le coton récolté en Égypte a été atteint de ces maladies contre lesquelles les précautions étaient prises. »

NATURE DE L'IMMUNITÉ DES MOUTONS ALGÉRIENS CONTRE LE SANG DE RATE. EST-CE UNE APTITUDE DE RACE? par M. *A. Chauveau*. — L'auteur a d'abord cherché si l'immunité est congénitale. Pour cela, il a inoculé des agneaux venant de naître, et s'est assuré que toujours l'immunité existait au moment même de la naissance. Cette immunité se présente comme un héritage maternel. « Faut-il en conclure, dit M. Chauveau, que c'est une propriété de famille créée avec la race, en même temps que les autres caractères qui constituent celle-ci? Un moment j'ai pensé le contraire ; je m'étais cru autorisé, par un certain ensemble de considérations, à croire que l'immunité spéciale dont je m'occupe ici n'est pas un caractère inné appartenant à la race, mais bien plutôt une propriété acquise par l'ensemble des individus dans le milieu algérien. Les idées instigatrices qui me dominaient alors me portaient à admettre que les moutons trouvent abondamment et incessamment, dans ce milieu, des germes de bactéridies bénignes qui, en se développant dans l'organisme de l'animal, créent l'immunité contre l'action de la bactéridie charbonneuse vraie, et que cette influence s'exerce même, surtout peut-être, sur le fœtus pendant la vie intra-utérine. Des faits expérimentaux précis n'ont pas tardé à me démontrer qu'il fallait abandonner cette hypothèse. Le moyen infaillible d'en vérifier la valeur, c'était de déterminer quelle est l'influence du milieu algérien sur les animaux européens qui y sont transplantés; c'était de voir si, par leur séjour et leur reproduction répétée dans ce milieu, les races non indigènes y perdent leur aptitude bien connue à prendre le sang de rate, ou si, tout ou moins, cette aptitude se modifie sensiblement. »

De ses expériences l'auteur croit pouvoir conclure à l'impuissance du milieu algérien à communiquer aux moutons de France l'immunité contre le sang de rate.

On doit donc considérer l'immunité des moutons algériens comme une propriété de race. Tout au moins est-on forcé d'admettre que les moutons algériens ont une aptitude innée toute spéciale, qui leur donne la propriété d'acquérir cette immunité dans le milieu algérien. Des faits cliniques dus à M. Delorme, vétérinaire à Arles, semblent prouver que l'immunité s'affaiblit à la longue dans les troupeaux algériens implantés dans la Provence.

Tous les moutons indigènes de l'Algérie jouissent, à un degré plus ou moins marqué, de cette immunité contre le sang de rate, et peuvent la communiquer par le croissement aux moutons européene. Cette propriété est congénitale et naturelle. Les familles de moutons français qui se propagent dans le milieu algérien, ne l'acquièrent pas; mais il n'est pas démontré que les familles de moutons algériens qui se propagent dans le milieu français ne puissent pas la perdre. On n'est donc pas encore autorisé à refuser toute influence au milieu algérien, au moins sur la conservation de l'immunité dont les moutons d'Afrique font preuve.

SUR LA SENSIBILITÉ DE L'ŒIL AUX DIFFÉRENCES DE LUMIÈRE, par M. *Aug. Charpentier*.

DES BACTÉRIES ATMOSPHÉRIQUES, par M. *P. Miquel*. — L'auteur a constaté que *le chiffre des bactéries atmosphériques, très faible en hiver, croît au printemps, se montre élevé en été et en automne, puis baisse rapidement pendant les frimas :* cette loi est également applicable aux spores des champignons; mais, *tandis que les graines des moisissures sont abondantes pendant les périodes humides, le chiffre des bactéries aériennes devient alors très faible et ne s'élève de nouveau que lorsque la sécheresse envahit le sol, précisément à l'instant où les spores de moisissures se font rares ;* si bien qu'aux maxima des microbes-moisissures correspondent les minima des microbes-bactéries et réciproquement. Ce sont là des faits que les courbes graphiques rendent avec une netteté saisissante.

Il ajoute à l'étude des procédés qui permettent de juger la quantité de bactéries contenues dans une atmosphère déter-

minée les considérations suivantes : « L'intérêt qui s'attache à l'étude des bactéries, agents présumés des maladies infectieuses, m'a conduit à rapprocher du nombre des décès causés à Paris par cette classe de maladies le chiffre des bactéries présentes dans l'atmosphère. De cette comparaison, étendue du mois de décembre 1879 au mois de juin 1880, il résulte que *toute recrudescence de bactéries aériennes est suivie à huit jours d'intervalle d'une recrudescence de décès par les maladies dites contagieuses et épidémiques*. Peut-être s'agit-il ici d'une simple coïncidence; aussi, tout en signalant cette relation, du moins étrange, j'attendrai, avant de me prononcer définitivement sur ce sujet, qu'une suite ininterrompue de recherches vienne l'affirmer avec la dernière évidence. J'ajouterai cependant que, si, comme on le prétend, les maladies zymotiques ont pour cause première l'infection de notre organisme, par des ferments figurés, telluriques ou miasmatiques, ce sera pendant les temps secs que ces germes morbides seront le plus abondamment répandus autour de nous.

» Je reviendrai prochainement avec plus de détails sur quelques-uns des faits qui viennent d'être signalés, et notamment sur les causes de diffusion des bactéries dans l'atmosphère. Je prouverai, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs, que la vapeur d'eau qui s'élève du sol, des fleuves et des masses en pleine putréfaction est toujours micrographiquement pure, que les gaz qui proviennent des matières ensevelies en voie de décomposition sont toujours exempts de bactéries, que l'air impur lui-même qu'on dirige à travers des viandes putréfiées, loin de se charger de microbes, se purifie entièrement, à la seule condition que le filtre infect et putride soit dans un état d'humidité comparable à celui de la terre puisée à 30 centimètres de la surface du sol. Enfin j'indiquerai quelques procédés d'une application facile, à l'aide desquels on parviendra, je l'espère, à immobiliser ces germes prétendus meurtriers, soupçonnés de porter au loin les maladies et leurs terribles effets. En terminant, je dois cependant à la vérité de reconnaître que jusqu'ici pas une des nombreuses espèces que j'ai isolées et inoculées aux animaux vivants ne s'est montrée capable de déterminer des troubles pathologiques dignes d'être mentionnés. »

SUR UN FERMENT DIGESTIF CONTENU DANS LE SUC DE FIGUIER, par M. *Bouchut*.

Les recherches que nous avons présentées à l'Académie, avec M. Ad. Wurtz, sur l'action digestive du suc de *Carica papaya* et du ferment digestif, la papaïne, qu'il renferme, m'ont engagé à voir si ce n'était pas là un fait se rattachant à une *propriété carnivore générale du latex* de beaucoup d'autres végétaux. Des études spéciales faites avec soin dans cette direction m'engagent à le croire, et dès aujourd'hui, au moins, la chose semble démontrée pour le suc laiteux du figuier commun.

Ce suc est peu abondant, d'une récolte longue et assez difficile. On n'en a pas de grandes quantités. Néanmoins, je me suis fait adresser de la Provence du latex recueilli au mois d'avril, ce qui est important à retenir, car le suc change de qualité avec l'état plus ou moins avancé de la végétation, et, dans le laboratoire de M. Wurtz, nous avons fait des expériences qui ont donné les résultats suivants :

5 grammes de suc laiteux en partie coagulé, formant une partie séreuse et un coagulum résineux, blanc, gluant, élastique et parfumé, ont été mis dans un verre avec 60 grammes d'eau distillée, 10 grammes de fibrine humide, à l'étuve de 50 degrés. Au bout de quelques heures, la fibrine était attaquée, ramollie, et le soir elle était digérée, en laissant un petit résidu blanchâtre au fond du verre.

J'ajoutai successivement dans ce même verre et dans le même liquide d'abord 10 grammes de fibrine humide, qui ont été digérés en douze heures, puis 12 grammes, puis 15 grammes, et cela huit fois à un ou deux jours de distance, ayant toujours soin de remettre le vase dans l'étuve. Ces différentes additions ont employé 90 grammes de fibrine pour un mois d'expérience.

Chaque quantité de fibrine a été digérée en moins de vingt-quatre heures et a laissé un résidu blanchâtre homogène, qui s'ajoutait au résidu de la digestion précédente. La solution donnait une odeur prononcée de bon bouillon, sans la moindre putridité et avec une odeur agréable, due au coagulum résineux du suc de figuier, laissé à dessein dans le verre.

Au bout d'un mois, nous avons cessé l'expérience. Ces digestions de fibrine n'avaient pas fermenté; elles conservaient une bonne odeur de viande digérée, plus l'arome de la résine de figuier. D'autres expériences semblables ont donné les mêmes résultats.

Elles prouvent qu'il y a dans le latex du figuier un ferment digestif puissant, et nous espérons prochainement dire à la fois quelle est la composition du résidu et de quelle nature est ce nouveau principe de pepsine végétale, capable de digérer ainsi les matières albuminoïdes.

Académie de médecine

SÉANCE DU 13 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Barbier* sur la *pathogénie des affections de la gorge et de la bouche* — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Symoneaux*, sur le *traitement de la fièvre typhoïde*. — *c*. Une note de M. *Pasteur* sur *l'étiologie du charbon*.

NÉCROLOGIE. — M. le président annonce à l'Académie, en termes émus, la mort de M. Broca et propose de lever la séance en signe de deuil, aussitôt que M. Trélat aura donné lecture de l'allocution qu'il a prononcée sur la tombe de l'illustre défunt.

L'allocution de M. Trélat, écoutée avec recueillement, a été accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

Les candidats étaient présentés par la section dans l'ordre suivant : en première ligne M. Mathias Duval, en deuxième M. Polaillon, en troisième M. Laborde, en quatrième M. Dareste, en cinquième M. Farabeuf, en sixième M. Ch. Richet.

M. *Polaillon* est élu par 59 voix sur 76 votants. M. Duval obtient 11 voix; M. Dareste 4; M. Laborde 2.

La séance est levée à quatre heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

Lésion cardiaque avec bruit de souffle anomal : M. Blachez. — Muguet primitif du pharynx : M. Damaschino. — Le tænia dans l'intestin : M. Laboulbène. — L'auto-inoculation vaccinale (discussion) : M. Vidal. — Élections.

M. *Blachez* communique l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, entré dans son service le 23 mars 1880, pour une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Cet individu, d'excellente santé antérieure, avait été pris quelques jours auparavant, à la suite d'un refroidissement occasionné par le lavage des voitures d'omnibus, de douleurs articulaires avec fièvre et embarras gastrique : un purgatif, le salicylate de soude à la dose de 4 à 6 grammes, eurent vite raison de son affection, et le 10 avril le malade quittait le lit. Il n'avait présenté aucun symptôme, aucun signe stéthoscopique de détermination cardiaque. S'exposant sans cesse au froid malgré toutes les recommandations, il ressentit vers le 15 avril une nouvelle atteinte de rhumatisme, sans que d'abord le cœur parût encore en rien intéressé; le 24 avril se montrèrent de la pesanteur rétro-sternale, de l'oppression et quelques palpitations; le pouls était assez régulier, mais la pointe du cœur se limitait mal et les bruits cardiaques étaient assourdis; ces symptômes s'accentuèrent, de la voussure précordiale apparut accompagnée de matité et d'une obscurité plus marquée des bruits; le diagnostic de péricardite se confirmait chaque jour; un vésicatoire amena une notable amélioration. Le 1er mai, on perçut pour la première fois un souffle assez dur au premier temps à la pointe, qui persista

pendant une dizaine de jours malgré l'emploi de la digitale, puis diminua peu à peu, ainsi que la matité et la voussure, pour disparaître entièrement.

Du 15 mai au 1er juin le malade convalescent conservait un peu de gêne du côté du cœur, aussi était-il observé très attentivement; le 1er juin on constata, par l'auscultation et le tracé sphygmographique, tous les signes nets, quoique peu intenses, d'un léger rétrécissement avec insuffisance aortique, mais de plus un bruit de souffle râpeux, très rude, au second temps, au niveau de la deuxième articulation synchondro-sternale gauche, c'est-à-dire au foyer d'auscultation de l'orifice pulmonaire. Ce bruit se prolongeait un peu dans le petit silence, se propageait faiblement du côté de l'aisselle, semblant limité à l'étendue d'une pièce de cinq francs, et se révélait à la main par une sorte de thrill très appréciable; en même temps : palpitations, oppression considérable, mais pas de cyanose, pas d'œdème des jambes. Ces symptômes s'accentuèrent, l'hypertrophie cardiaque devint énorme, et, après une poussée de fièvre ortiée qui dura vingt-quatre heures, le malade mourut subitement au milieu de la nuit. Plusieurs médecins, entre autres MM. Potain, Dechambre, Franck, l'avaient ausculté à divers moments et avaient constaté ce souffle rude du second temps au foyer de l'artère pulmonaire; M. C. Paul cependant avait pensé pouvoir localiser ce bruit au premier temps; tous avaient également diagnostiqué la double lésion aortique légère.

A l'autopsie on trouva : le cœur très hypertrophié, non déplacé; une adhérence presque totale des deux feuillets du péricarde; l'orifice de l'artère pulmonaire absolument sain, ainsi que la valvule tricuspide; une insuffisance peu marquée des valvules de l'aorte avec léger rétrécissement; mais sur la valvule mitrale un noyau calcaire de la grosseur d'une noisette déterminant une insuffisance mitrale énorme avec rétrécissement concomitant moins considérable. L'intérêt de cette observation est dans le désaccord évident entre les signes perçus pendant la vie et les lésions constatées à l'autopsie.

— M. *Damaschino*, vers le milieu du mois de juin dernier, reçut dans ses salles, à l'hôpital Laennec, une femme hémiplégique par suite d'une ancienne hémorrhagie cérébrale; cette malade se nourrissait mal et avait une apparence cachectique. Quelques jours après, elle présenta un léger mouvement fébrile dont on trouva la cause dans une angine catarrhale peu intense qui guérit rapidement. Le 21 juin elle se plaignit d'une vive douleur dans la gorge, occasionnant de la dysphagie; à l'examen on constata une large couche blanche légèrement grisâtre recouvrant les tonsilles, les piliers du voile du palais et la face inférieure de cet organe; cette espèce de fausse membrane s'étendait assez régulièrement, sauf à la partie supérieure, où elle offrait quelques petites lacunes au niveau desquelles la muqueuse apparaissait d'un rouge vif. L'absence d'adhérence, de tuméfaction de la muqueuse sous-jacente, d'engorgement ganglionnaire, et l'aspect même de la lésion, permirent de diagnostiquer de suite un cas de muguet de l'isthme du gosier, bien qu'on n'aperçût de concrétions analogues en aucun point de la cavité buccale. Un fragment examiné au microscope fit voir un nombre considérable de spores et de cylindres. Le lendemain apparurent sur la paroi postérieure du pharynx et le dos de la langue des plaques très nettes de muguet, puis quelques autres sur la face interne des joues. Après l'emploi d'un collutoire boraté l'affection rétrocéda rapidement, et la malade aujourd'hui guérie n'offre plus qu'une desquamation persistante de la face dorsale de la langue, constituant une porte ouverte pour une récidive. Ce cas, qui peut paraître exceptionnel, rentre dans la règle commune; il faut, en effet, pour le développement du muguet, un terrain préparé, c'est-à-dire une muqueuse qui, sous l'influence d'un état cachectique, subit la desquamation épithéliale et se trouve baignée par un liquide à réaction acide; et, en outre, l'apport des germes du parasite. Or, la malade en question était cachectique, la desquamation de sa muqueuse gutturale a été favorisée par une angine catarrhale, et les spores du muguet ont été, sans aucun doute, fournis par une femme couchée dans le lit voisin et atteinte de stomatite crémeuse.

— M. *Laboulbène* a pratiqué dernièrement l'autopsie d'un malade de son service atteint de *tænia solium* et mort subitement dans la nuit. Le ver fut rencontré à 70 centimètres du pylore, replié sur lui-même et occupant une étendue de 48 centimètres; la tête, située vers le milieu du peloton rubané, se dirigeait cependant vers le bout pylorique de l'intestin grêle, tandis que l'extrémité terminale du tænia se trouvait à la partie inférieure tournée vers la valvule iléo-cæcale. Au-dessous, dans le reste de l'intestin grêle et dans le gros intestin, se rencontraient de distance en distance des cucurbitains et même un fragment de plusieurs anneaux réunis, tous encore vivants ainsi que le tænia lui-même. Sa longueur, après déroulement des replis, légèrement adhérents l'un à l'autre, était de 4m,10. Pruner, en Egypte, et M. Davaine, auraient aussi constaté, dans des cas analogues, cette situation du tænia dans l'intestin.

M. *Damaschino*, à l'autopsie d'un malade ayant rendu, vers la fin de décembre 1879, un fragment de bothriocéphale de 30 centimètres de long et mort subitement en janvier, a trouvé le ver long de 70 centimètres, replié sur lui-même et situé à 4 mètres environ du pylore. La tête était aussi dirigée vers le bout supérieur du jejunum, et l'extrémité terminale, flottante à la partie inférieure, regardait le gros intestin. Le bothriocéphale était mort et collé contre la muqueuse intestinale par un mucus assez adhérent.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande si, dans le cas où un individu qui a déjà rendu des cucurbitains n'expulse absolument rien après ingestion d'un anthelminthique, on peut admettre une digestion spontanée du ver. Il a observé plusieurs fois ce fait, ainsi que M. Fernet.

M. *Laboulbène* ne saurait donner une réponse affirmative. Il a trouvé dans divers auteurs des cas d'expulsion de fragments du tænia par la bouche ; les cucurbitains pourraient, dans ce cas spécial, être digérés dans l'estomac, les œufs mis en liberté, et le sujet devenir ladre.

M. *Labbé* a vu un chien rendre par le vomissement un tænia complet.

M. *Fernet* fait remarquer que le cas qu'il a observé offre moins de valeur que ne le pense M. Dujardin-Beaumetz, attendu que c'est sur le dire du malade qu'on a admis l'expulsion antérieure de cucurbitains, et que c'est d'après le récit des gens de service qu'on croit qu'il n'a rien rendu après l'administration de la pelletiérine, les matières ayant été jetées par mégarde. A l'autopsie on n'a pas trouvé trace de tænia dans l'intestin.

M. *Laboulbène* a soigné, à la consultation de l'hôpital Necker, une femme hystérique, pour un tænia dont elle avait apporté des cucurbitains rendus peu auparavant; après le traitement qui n'amena l'expulsion d'aucun helminthe, cette femme avoua qu'elle avait sollicité des soins pour s'assurer qu'elle n'avait pas le ver solitaire, et que les fragments qu'elle avait montrés lui étaient prêtés par une de ses amies atteinte de cette affection.

— M. *Vidal* a pratiqué au huitième jour une auto-inoculation vaccinale positive, pour le traitement d'une tumeur érectile du front chez un enfant, dans un point du pourtour de l'angiome où l'inoculation première avait échoué.

M. *Labbé* a vu un enfant au sein, vacciné depuis quinze jours et atteint d'une éruption analogue à la varioloïde. Il pensait à une éruption vaccinale secondaire, lorsque la mère lui apprit que son autre enfant plus âgé avait depuis plusieurs

jours la variole. On était sans nul doute en présence d'un enfant ayant contracté la variole, comme son aîné, et chez lequel la vaccine avait atténué la maladie évoluant dès lors comme une varioloïde.

M. *Dujardin-Beaumetz* a observé une petite fille de six mois portant, autour des cicatrices d'une vaccine récente, des couronnes de pustules nouvelles déterminant une sorte de phlegmon du bras. Il pense que ce sont là des auto-inoculations produites, par suite des mouvements de l'enfant, par la pointe du tube qui avait servi quelques jours avant à recueillir le virus des pustules premières.

M. *Vidal* a vu un enfant vacciné à l'Académie de médecine, et chez lequel, une seule piqûre ayant réussi, la sage-femme pratiqua huit jours plus tard, avec le virus de ce bouton, dix autres piqûres, pour le mieux préserver, pensait-elle, de la variole. Cette auto-inoculation fut suivie de dix pustules atteignant un développement plus complet que la pustule primitive. M. Vidal appelle l'attention sur les recherches statistiques faites en Angleterre, pour déterminer le nombre d'individus vaccinés atteints de variole, et l'intensité de la maladie en rapport avec le nombre de pustules vaccinales légitimes.

M. *Rendu* a étudié cette question dans son service de varioleux; il n'est arrivé à aucun résultat concluant.

M. *Dumontpallier* croit que les auto-inoculations peuvent se produire spontanément autour des boutons de vaccine, lors de la rupture de la pustule; il a vu, dans un cas, trente-sept pustules d'auto-inoculation, ne paraissant pas admettre d'autre cause; mais toujours ces pustules secondaires lui ont semblé moins développées que celles de l'inoculation première. Il a pratiqué autrefois, dans le service de Trousseau, de nombreuses auto-inoculations; il n'a obtenu de résultat positif que jusqu'au neuvième jour, et toujours d'une intensité graduellement décroissante à partir du cinquième jour.

M. *Damaschino* a également observé que les auto-inoculations donnent des pustules de moins belle apparence que celles de la vaccination première; il n'en est pas de même dans le cas de vaccination secondaire avec du virus pris sur un autre sujet.

— Élections : MM. *Gaillard-Lacombe*, *Hanot* et *Ducastel* sont nommés à l'unanimité membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux.

André PETIT.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. PAUL BERT.

La séance est ouverte à quatre heures et demie.

Après la lecture du procès-verbal et la communication de la correspondance, M. *le Président* annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne du professeur *Broca*, l'un de ses anciens vice-présidents; il se fait l'interprète des regrets unanimes que cette perte inspire aux membres de la Société, et propose de lever la séance en signe de deuil.

— La séance est levée à cinq heures.

F.-F.

REVUE DES JOURNAUX

Cavité de la base du poumon traitée par la paracentèse, par MM. R. Douglas POWELL et R. W. LYELL.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans qui, à la suite d'une bronchite, fut pris de pleuro-pneumonie avec expectoration fétide. Cet état se prolongea longtemps et le malade finit par présenter les signes d'une vaste cavité située à la base du poumon droit induré. En raison de l'abondance de la suppuration et des symptômes généraux d'épuisement, on décida d'intervenir, et la paracentèse de la cavité pulmonaire fut pratiquée. L'issue du liquide fut peu abondante. Au moment de la ponction et dans les jours suivants, on établit un drainage avec injections phéniquées, et l'expectoration cessa presque complètement; après une amélioration réelle, quelques accidents se produisirent, et finalement le malade mourut d'une pleuro-pneumonie survenue du côté opposé. L'examen nécroscopique montra que la cavité creusée dans le tissu pulmonaire était rétractée et communiquait avec une vaste dilatation bronchique.

Les auteurs font suivre cette observation de remarques sur la cessation immédiate de la toux et de l'expectoration à la suite de la ponction, et insistent sur la facilité avec laquelle on peut obtenir la désinfection de ces cavités qui sont le siége d'une suppuration fétide. (*Royal med. and chirurg. Society of London* in *Med. Times and Gazette*, 19 juin 1880.)

Sur l'extension nerveuse comme remède de la sciatique, par M. J. P. BRAMWELL.

L'opération de l'extension des nerfs, introduite dans la pratique par Nussbaum, de Munich, paraît avoir peu tenté les chirurgiens anglais si l'on en juge par le petit nombre d'observations rapportées sur ce sujet. L'auteur se propose d'établir l'efficacité de cette méthode et de la dégager de préventions non justifiées. Il a seulement en vue la névralgie sciatique. Mais, dit-il, les causes de la sciatique sont tellement variées, qu'il serait absurde de vouloir appliquer à tous les cas un remède unique. C'est seulement contre la sciatique d'origine rhumatismale, qu'il considère comme le résultat d'une névrite, que l'extension du nerf sciatique est préconisée par J. P. Bramwell.

Quel est exactement le mode d'action de cette opération, c'est ce qu'il ne peut exactement préciser; mais, ajoute-t-il, en pratiquant l'extension du nerf, on peut être certain que le malade sera soulagé si même il n'est pas guéri. Il cite à l'appui de sa thèse cinq observations accompagnées de remarques sur chaque cas particulier. (*British med. Journal*, 19 juin 1880.)

Sur la maladie des trieurs de laine (woolsorter's disease), par M. J. Henry BELL.

Les accidents souvent mortels observés chez les ouvriers qui manient les ballots de laine arrivant surtout de l'Amérique du Sud et de l'Asie Mineure ont vivement ému l'opinion publique en Angleterre; de nombreux travaux et rapports ont été faits sur la nature de cette affection et les meilleurs moyens de la prévenir et de la combattre. De ces travaux, le plus complet paraît être celui de J. Henry Bell, auquel nous emprunterons quelques détails.

Dans une étude publiée en janvier et février 1878, l'auteur résumait son opinion en disant que c'était « une septicémie causée par l'inhalation d'un poison septique (spores, bactéries ou autre organisme vivant), produit par la décomposition de matières animales dans les balles de laine ». A cette

époque, le docteur Eddison, de Leeds, émit l'hypothèse que la maladie des trieurs de laine pouvait bien être la fièvre splénique causée par le fameux *Bacillus anthracis*. En comparant les symptômes, la marche et les altérations pathologiques dans les deux cas, J. H. Bell était arrivé à cette conclusion que, malgré les analogies qui sont remarquables, les différences sont réelles. Depuis lors les recherches ont continué, et les dissemblances admises auparavant se sont peu à peu effacées.

Il y a quelques mois l'auteur eut l'idée de rechercher si le sang d'un sujet mort de cette septicémie spéciale était susceptible de provoquer par inoculation une maladie analogue chez les animaux. Un lapin, un cochon d'Inde et une souris reçurent du sang septique sous la peau : ces trois animaux moururent rapidement, et l'on trouva dans leur sang un petit nombre de bacillus. Avec le sang du lapin on inocula un second lapin, qui succomba beaucoup plus vite que le premier ; son sang « fourmillait de bacillus ».

On doit admettre, d'après J. H. Bell, quatre formes de la maladie : 1° la fièvre splénique ; 2° la pustule maligne ; 3° la fièvre splénique avec pustule maligne secondaire ; 4° la pustule maligne avec fièvre splénique secondaire.

Cette maladie est donc la même que celle que Fournier décrivait en 1709 comme transmise à l'homme par les laines travaillées aux environs de Montpellier ; c'est aussi celle que Montfils, en 1776, étudia chez les ouvriers qui travaillent la laine, le crin, etc. Trousseau, enfin, a rapporté des cas de mort par pustule maligne chez les ouvriers travaillant le crin de cheval importé de Buenos-Ayres. (*The Lancet*, 5 et 12 juin 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

De la phlegmatia alba dolens, par M. le docteur Troisier, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8 de 172 pages avec une planche. Thèse d'agrégation. — Paris, 1880, G. Masson.

M. Troisier décrit sous le nom de phlegmatia alba dolens une affection essentielle caractérisée par un œdème particulier, accompagné de douleurs, douleur ou mieux œdème douloureux dû à la coagulation spontanée du sang dans l'intérieur des veines : cette affection n'est donc pas une entité morbide spéciale, mais bien une affection secondaire se produisant dans le cours de différents états morbides.

Les parties qui ont été le siège de la phlegmatia laissent échapper à l'incision une certaine quantité de sérosité incolore ou légèrement jaunâtre ; cette infiltration existe dans les mailles du tissu cellulaire du derme, dans les espaces intermusculaires les muscles sont mous et décolorés, et enfin elle occupe encore les gaînes vasculaires dans les points où ces gaînes sont pourvues de tissu conjonctif lâche. La lésion anatomique ne comprend cependant à proprement parler que l'étude des lésions veineuses, sans lesquelles il n'y aurait pas d'œdème douloureux : la constitution des caillots est donc un des points les plus importants de l'anatomie pathologique. Aussi M. Troisier insiste-t-il sur leur forme, leur siège, leurs modifications selon le moment de la maladie où on les examine, suivant qu'il y a régression de la fibrine, transformation puriforme et résorption du sang coagulé. Les caillots d'abord constitués par du sang ou de la fibrine subissent des modifications de différentes sortes : ou bien, au lieu de rester résistants, ils deviennent friables, mous, de consistance de la matière caséeuse, ou bien la désintégration s'accentue, et le caillot, diminuant peu à peu de consistance, finit par subir une véritable liquéfaction ; mais il ne s'agit pas d'une véritable suppuration, comme on le prétendait avant l'usage du microscope. La matière puriforme est constituée en effet par de la fibrine désagrégée, granuleuse et par des globules blancs dont la plupart sont devenus graisseux. Elle contient en outre des granulations graisseuses libres, des corps granuleux, des globules rouges plus ou moins altérés et des granulations de pigment hématique provenant de la destruction des globules rouges du sang. Mais les caillots ne subissent pas toujours cette transformation, ils peuvent persister et obstruer définitivement la veine ; alors ou bien il y a une rétraction qui resserre ainsi les parois de la veine les unes contre les autres, ou bien ils subissent une transformation par suite de l'inflammation des parois. Il se forme un véritable tissu, un bourgeon endophlébitique, c'est ce que l'on désigne sous le nom de *caillots organisés* : de petits vaisseaux se forment dans le tissu nouveau embryonnaire de la membrane interne, à leur centre on trouve parfois quelques globules rouges, mais souvent quelques-uns de ces canaux ne paraissent pas avoir été pénétrés par le sang ; on constate ainsi les mêmes particularités de structure qu'on trouve dans la tunique interne pendant les premières phases du processus endophlébitique, puis les vaisseaux s'organisent peu à peu, l'endothélium est entouré par une même couche de tissu conjonctif pourvu de nombreux noyaux et la communication de ces vaisseaux de nouvelle formation avec les vasa vasorum s'effectue largement. En résumé « on peut affirmer que la coagulation du sang dans les vaisseaux s'accompagne d'une végétation conjonctive et vasculaire qui, partie de la paroi, repousse et envahit le thrombus ; que le thrombus se dissocie et se résorbe, et ne prend aucune part à ce processus actif de néoformation. Loin de s'organiser, le sang coagulé meurt ; il est destiné à disparaître, et il ne fournit aucun élément au tissu qui va prendre sa place, tissu organisé sans doute, mais qui ne peut donner la preuve de l'organisation de la fibrine et des éléments figurés du sang coagulé. Admettre l'organisation du caillot par le caillot n'est même plus une hypothèse, c'est une erreur ». (P. 81.)

Au point de vue de la pathogénie, M. Troisier est moins affirmatif que dans la partie anatomique, qu'il a traitée de main de maître et à laquelle il a consacré la plus grande partie de sa thèse ; la pathogénie de la phlegmatia alba dolens est loin d'être élucidée, dit-il, on en est encore réduit à des hypothèses. Mais un point sur lequel il insiste, c'est qu'elle est toujours une affection secondaire apparaissant dans le cours de différents états morbides, à titres d'accidents ou d'épiphénomènes. Eliminant ce qui a trait à la phlébite traumatique et aux coagulations veineuses de cause externe, M. Troisier passe en revue les affections dans lesquelles elle peut se manifester : état puerpéral, tuberculose, cancer, fièvre typhoïde, chlorose, maladies du cœur, suppurations prolongées, intoxication paludéenne, diphthérie, dysenterie, péricardite et érysipèle. Là encore nous trouvons la même autorité, la même clarté que nous avons signalées dans la première partie de ce travail, qui comptera parmi les thèses les plus remarquables des concours d'agrégation.

Accidents de la lithiase biliaire, par M. le docteur A. Mossé, ancien interne de hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 160 pages. Thèse d'agrégation. — Paris, 1880, J.-B. Baillière et fils.

M. Mossé divise sa thèse en trois chapitres : le premier comprend la migration du calcul par les voies naturelles, c'est-à-dire la colique hépatique et ses complications ; le second l'arrêt du calcul, la rétention biliaire, c'est-à-dire les lésions canaliculaires et les lésions parenchymateuses ; le troisième la migration par les voies anormales, c'est-à-dire les ruptures, les perforations et les fistules. Telle est la classification adoptée par M. le professeur Charcot (*Leçons sur les maladies du foie*, 1877) et reproduite par M. Mossé.

La partie la plus intéressante est celle qui concerne la colique hépatique : après avoir exposé les symptômes de la colique hépatique en insistant sur les phénomènes nerveux,

la température qui parfois, ainsi que le signale M. Peter, est plus élevée localement au niveau de la région douloureuse, sans que cependant l'état général et même la température centrale présentent une surélévation parallèle, et l'ictère, M. Mossé examine la pathogénie, la physiologie pathologique de l'accès et rappelle non seulement la structure anatomique des conduits biliaires, mais aussi les expériences de Muron (1873), reproduites par Dujardin-Beaumetz, sur la production expérimentale de l'ictère par suite de l'introduction d'un stylet dans un des gros conduits biliaires.

Les complications de la colique hépatique amènent M. Mossé à exposer les diverses explications qui ont été proposées pour expliquer la syncope, la congestion pulmonaire, les troubles cardiaques et les troubles de la motilité. Brown-Séquard, en irritant les ganglions semi-lunaires qui concourent à l'innervation des voies biliaires, donnait ainsi l'explication de la syncope: « L'excitation morbide, partie du point irrité, arrive par la moelle épinière jusqu'au bulbe, où elle se réfléchit sur les nerfs pneumogastriques et occasionne finalement, si l'irritation est intense, un arrêt du cœur en diastole, c'est-à-dire une syncope; portée moins loin l'irritation déterminerait une diminution plus ou moins durable de la force du cœur, qui se traduit alors par une lipothymie. » Il ne suffit donc pas, comme l'a fait remarquer M. Charcot, d'une douleur intense pour déterminer une syncope, mais d'une action réflexe qui peut arrêter le cœur et déterminer la mort.

Les lésions cardiaques dues à la lithiase biliaire sont encore peu connues, M. Mossé consacre à ce sujet un chapitre spécial. En 1875, M. Gangolphe signalait les relations de ces deux symptômes, et, localisant le souffle à la pointe, admettait qu'il est symptomatique d'une lésion mitrale passagère, due à la parésie des muscles papillaires et probablement à une légère dilatation du cœur consécutive à la présence du pigment biliaire dans le sang. M. le professeur Potain, dans sa communication au congrès de Montpellier (*Note sur un point de la pathogénie des dilatations cardiaques d'origine gastro-hépatique*), concluait qu'une affection aiguë des voies biliaires peut déterminer une dilatation transitoire des cavités cardiaques droites, caractérisée par la déviation en dehors de la pointe du cœur, l'exagération des bruits dans la région des cavités droites et enfin dans les cas extrêmes l'insuffisance tricuspide, survenant d'emblée avec tous ses caractères. Mais dans aucun cas M. Potain n'a constaté le souffle d'insuffisance mitrale décrit par M. Gangolphe. Voici l'explication qu'il donne de cette lésion cardiaque : ou bien les matériaux résorbés de la bile excitent directement les capillaires du poumon, ou l'excitation portée sur la muqueuse des canaux hépatiques stimule par voie réflexe la vaso-motricité pulmonaire. Notons de plus que, pour M. Franck (*Gazette hebdomadaire*, 1879, p. 576), la vaso-motricité pulmonaire dépend plus probablement du grand sympathique que du pneumo-gastrique. On trouvera dans la thèse de M. Mossé les diverses explications de ces manifestations cardiaques; nous n'avons voulu simplement que signaler un des chapitres les plus importants de cet excellent travail.

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

De la politique dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine : le bistouri pacificateur. — Les morts subites dans les élections anglaises. — Les pendus ressuscités. — La transfusion du sang dans le péritoine.

L'habileté diplomatique de la Grande-Bretagne est bien connue de tout le monde, et nous n'étonnerons et n'alarmerons personne en disant que notre voisine a tiré le meilleur parti d'une occasion assez insolite qui s'est présentée à elle, dans le but de conclure la paix avec l'Afghanistan.

L'occasion était une tumeur du sein née sur la personne de Miriam Jan, épouse favorite d'Abdul Rahman, héritier présomptif du trône de ce pays. La tumeur était, paraît-il, un adénome chronique, datant de plusieurs années, mais qui s'était très développé depuis deux ans. Confiée aux mauvais soins de nos confrères afghans, qui s'étaient contentés de l'irriter, la tumeur s'était ulcérée et avait pris un aspect cancéreux. On se décida, après bien des hésitations soulevées par les scrupules des mœurs et coutumes musulmanes, à recourir à l'habileté des chirurgiens anglais. La malade fut donc chloroformée, et on opéra à travers une fente pratiquée à un voile qui recouvrait le corps, la loi musulmane ne permettant pas plus de liberté, et en évitant autant que possible l'effusion du sang, autre condition imposée aux opérateurs. Le résultat fut des plus satisfaisants : la plaie guérit aussi bien que possible ; la santé générale de la malade se rétablit peu à peu ; les opérateurs furent nommés à un grade plus élevé dans la hiérarchie médico-militaire, et le général en chef obtint l'autorisation d'établir un dispensaire à Candahar, et d'en confier la direction au docteur Tully. Cette concession est le premier jalon sérieux planté par l'Angleterre dans le nouveau pays qu'elle a conquis; mais il est probable que la reconnaissance des chefs afghans ne s'arrêtera pas là, et que le simple bistouri du docteur Johnstou aura plus fait pour le triomphe de la politique anglaise dans l'Afghanistan que toute l'artillerie du général Stewart.

De la chirurgie à la médecine, même en politique, il n'y a qu'un pas pour le peuple anglais. Nous pouvons comme lui facilement le franchir, et constater l'influence fâcheuse exercée par les dernières élections, si favorables au parti libéral, sur les électeurs atteints d'affections cardiaques. On sait combien les *meetings* anglais sont en général tumultueux; or, il parait que la mortalité, sinon pendant, du moins après ces réunions, a toujours été très remarquée et que les morts subites y sont très nombreuses. Est-ce par apoplexie cérébrale, par alcoolisme aigu, par asystolie rapide, consécutive aux cris poussés ou aux *poussées* inévitables dans ces bagarres, je ne sais, mais le fait reste, et je le signale. Il paraît toutefois que les autopsies judiciaires auraient démontré la présence de lésions cardiaques préexistantes.

— Les journaux de toutes nuances ont rapporté l'histoire d'un malheureux voleur et assassin hongrois, nommé Takacs, qui, condamné à être pendu, fut exécuté le 14 avril dernier, mais non jusqu'à ce que mort s'ensuivît. En effet ce malheureux, atteint d'une énorme hypertrophie ganglionnaire cervicale, échappa à la strangulation complète, grâce à cette affection qui empêcha la corde de comprimer efficacement la trachée et les vaisseaux du cou. La mort était cependant si apparente lorsqu'on dépendit le sujet, que celui-ci put être transporté dans une charrette du lieu du supplice à la salle d'autopsie sans donner signe de vie; toutefois la charrette ayant été fortement secouée dans le trajet, on avait cru remarquer des mouvements respiratoires, donnant issue à un peu d'écume par la bouche à demi-ouverte. On eut alors recours à la faradisation, qui ramena des mouvements faibles du cœur, puis on fit pénétrer quelques gouttes d'éther dans la bouche, et les signes de la vie revinrent. On fit quelques injections de morphine, le dépendu put parler et avaler un peu d'eau à plusieurs reprises.

Néanmoins la mort revint définitivement au bout de vingt-deux heures. A l'autopsie on trouva une hémorrhagie méningée vers le cervelet, des lésions du bulbe et de la colonne cervicale, une infiltration sanguine des muscles du cou, de l'hyperhémie et de l'œdème pulmonaire, tous les signes, en un mot, de la mort par strangulation. Ce fait absolument authentique a donné lieu à d'intéressantes réflexions médicales et humanitaires ; nous tiendrons compte des premières seules. Tous les signes classiques de la mort confirmée existaient dans ce cas : aspect trouble, vitreux de la cornée ; pupille fortement dilatée et complètement insensible à l'action de la lumière ; aucun mouvement du cœur appréciable à l'auscultation, etc. Les signes de la mort réelle, malgré tous les travaux envoyés à l'Académie depuis une vingtaine d'années, feraient-ils donc encore défaut? L'histoire de Takacs semblerait prouver que l'obstacle apporté à la constriction par les ganglions cervicaux hypertrophiés a suffi pour empêcher la strangulation d'amener la mort. Cependant les cas dans lesquels on a pu faire revivre des individus pendus judiciairement, et exempts d'hypertrophie ganglionnaire cervicale, sont loin d'être rares. A Londres, un fameux voleur, nommé Gordon, se pendit; le croyant mort, un jeune chirurgien lui fit la laryngotomie; et Gordon ouvrit les yeux et respira profondément, mais fut pris bientôt de coma et remourut. Wepffer, Forestus, Benivienus, Horzius, Cornaro, de Vega, Morgagni, Camerarius, etc., ont cité des cas analogues. Coster put se procurer un supplicié resté ving-cinq minutes au gibet, pour servir à ses études anatomiques; mais lorsqu'il vint pour le

disséquer, il le trouva vivant. Falconet rapporte que le cocher de son père, ayant été pendu, fut transporté dans son cabinet de dissection; mais lorsque l'anatomiste entra le lendemain matin, il trouva le pendu sur ses pieds et cherchant à s'enfuir. On raconte à Vienne plusieurs cas dans lesquels des pendus, transportés à l'amphithéâtre en état de mort apparente, donnèrent des signes de vie au premier coup de scalpel. D'après Van Swieten, une nommée Anna Green, pendue à Oxford, fut, lorsqu'on la dépendit, saisie par le peuple et foulée aux pieds; néanmoins elle recouvra la vie et la santé, au point de devenir mère peu après. On cite encore le fait arrivé à Montpellier, en 1745, d'un bourreau qui, voyant son pendu encore en vie au bout d'un quart d'heure, remonta sur le gibet et lui sauta une seconde fois sur les épaules pour lui rompre le cou; que néanmoins le patient vivait encore lorsqu'on le dépendit, demanda de l'eau, but, et mourut peu après d'apoplexie. Enfin, racontons avec Capuron que deux étudiants de Toulouse ayant pu, comme Coster, détourner de sa tombe le corps d'un supplicié pour le disséquer, l'enfermèrent dans leur chambre, et allèrent convier quelques camarades à profiter de cette bonne fortune; mais lorsqu'ils revinrent, ils le trouvèrent sur son séant et fort étonné de se voir en pareil lieu. Ces pendus devaient avoir sur eux un peu de la corde de leurs prédécesseurs, car on ne peut assez admirer leur chance; mais cet autre fut moins heureux. En 1859, on *lyncha* à Boston un assassin, qu'on dépendit un quart d'heure après. Une heure un quart plus tard des médecins vinrent examiner le corps, trouvèrent des pulsations au-dessus de la clavicule, et néanmoins ouvrirent le thorax; ils virent le cœur droit animé encore de contractions régulières qui ne cessèrent qu'au bout d'une heure.

Jusqu'ici les médecins ne sont intervenus qu'à titre d'anatomistes, dans le but de profiter de l'œuvre du bourreau. Sarlandière rapporte un fait dans lequel le médecin arrêta le cours de la justice humaine, et fit sur l'homme une expérience que les chirurgiens pourront répéter sur les asphyxiés par le chloroforme. « Un médecin de Madrid, dit-il, ayant eu connaissance de mes expériences d'électro-puncture dans le diaphragme pour rappeler à la vie des animaux asphyxiés par cessation des mouvements respiratoires, me communiqua l'observation d'un homme supplicié par le garot, dont le cadavre lui fut apporté pour la dissection, pendant qu'il était encore chaud. Il lui implanta trois aiguilles qui pénétrèrent, dit-il, jusque dans la moelle sus-spinale, vers les insertions de la huitième paire et du nerf diaphragmatique, et six autres traversèrent la région intercostale et entrèrent dans le diaphragme. Il galvanisa par l'acide sulfurique à haute dose et réussit à rappeler le supplicié à la vie; celui-ci, ayant changé de nom, existe comme nouvel individu. On pense bien que la justice ignore ce fait. »

On trouvera de nombreux cas de ce genre dans un livre de Missirini intitulé : *Sul pericolo di seppelire gli uomini vivi creduti morti.*

— La médecine expérimentale (et même opératoire) actuelle est un peu plus hardie — on pourrait dire téméraire — qu'en 1840. Alors que tous les chirurgiens qui opèrent sur le péritoine font une toilette minutieuse de cette cavité avant d'en suturer la plaie pariétale et en enlèvent avec soin jusqu'à la dernière goutte de sang épanché, nos confrères italiens pratiquent maintenant la transfusion du sang intrapéritonéale sans le moindre scrupule, et il faut bien le reconnaître, sans accident grave. On se sert pour cela d'une canule à hydrocèle, à extrémité taillée en bec de clarinette et à bords tranchants; cette canule est munie d'un robinet et s'adapte à un tube de gomme élastique dont l'autre extrémité se termine par un entonnoir en verre dans lequel on verse le sang. L'opération se fait avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses; on fait une incision de la longueur d'un demi-centimètre à la peau et on enfonce la canule jusqu'à ce qu'on sente sa pointe libre dans le péritoine. En deux minutes et demie on peut injecter 350 grammes de sang. En général l'opéré accuse quelques douleurs abdominales et le soir un léger mouvement fébrile, mais la petite plaie se ferme par première intention. La dernière opération de ce genre, qui est la sixième, fut faite sur une jeune femme à l'agonie par hémorrhagies successives dues à une insertion vicieuse du placenta. On lui injecta 200 grammes de sang défibriné; aucune réaction locale ne s'ensuivit, les forces se relevèrent rapidement; mais malheureusement, dans la quatrième nuit, survint une nouvelle hémorrhagie qui emporta la malade. La transfusion intrapéritonéale paraît donc devoir rendre des services dans les cas désespérés d'anémie. L. H. PETIT.

Les obsèques du professeur Broca.

Les obsèques du professeur Broca ont eu lieu dimanche dernier. Une affluence considérable de collègues, d'élèves et d'amis suivait le char funèbre. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Jules Ferry, ministre de l'instruction publique; Pelletan, vice-président du Sénat; Vulpian, doyen de la Faculté de médecine; H. Roger, président de l'Académie de médecine; Ploix, président de la Société d'anthropologie; Gariel, secrétaire général de l'Association française pour l'avancement des sciences; Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux; Olivier, interne des hôpitaux. Des discours ont été prononcés par MM. Pelletan au nom du Sénat, Verneuil au nom de la Faculté de médecine de Paris, Trélat au nom de l'Académie de médecine, Ploix au nom de la Société d'anthropologie, Tillaux au nom de la Société de chirurgie, Dumontpallier au nom de la Société de biologie, Gariel au nom de l'Association française pour l'avancement des sciences, enfin par M. Henri Martin.

Voici les discours de MM. Verneuil et Trélat :

DISCOURS DE M. VERNEUIL.

La Faculté de médecine vient de perdre un de ses membres les plus illustres, une de ses gloires les plus pures.

Paul Broca, professeur de clinique chirurgicale, vient de mourir brusquement, ayant à peine atteint le seuil de l'âge mûr, et quand tout lui présageait encore une heureuse et longue série d'années.

Quelques minutes ont suffi pour éteindre cette vive lumière, pour étouffer ce souffle puissant, pour briser ce corps robuste, qui semblait bâti de marbre et d'airain.

Mes collègues m'ont envoyé ici pour que j'essaye d'exprimer leur profonde douleur et pour que je rappelle ce que le grand défunt avait été, était hier, et demain encore eût été pour notre Ecole.

J'ai d'abord regretté qu'on m'ait choisi, accablé que je suis par une indicible tristesse, et qu'on m'ait imposé la tâche de parler quand je voudrais me recueillir dans le silence. Mais bientôt j'ai mieux compris mon devoir, et, si amère qu'elle soit, j'ai accepté la mission. Je vais donc, les larmes dans les yeux, vous répéter des paroles que maintes fois j'ai prononcées le sourire sur les lèvres.

Bien qu'âgé de cinquante-six ans à peine, Broca, depuis bientôt trente-quatre années, appartenait à la Faculté de médecine. Il y était entré en 1846, comme aide d'anatomie, et avait ensuite, par le concours, gagné les grades de prosecteur en 1848 et d'agrégé en 1853.

Faute de place vacante, il attendit plus longtemps la chaire de professeur, et n'y monta qu'en 1867, à un âge pourtant où il était bien rare alors de revêtir la robe rouge ornée d'hermine. Nommé d'abord professeur de pathologie externe, il quitta quelques années plus tard la chaire pour enseigner la clinique chirurgicale, et c'est ainsi qu'il fit sa dernière leçon à l'hôpital, quatorze ou quinze heures avant de rendre l'âme.

Entre temps, il obtenait, hors de la Faculté, toutes les distinctions qu'accordent nos Sociétés savantes, l'Institut mis à part; puis, fondateur à son tour, il créait en quelque sorte la science positive de l'homme, et, pour en assurer la vulgarisation, établissait, en dépit de tous les obstacles, la célèbre Ecole française d'anthropologie.

Tout cela vous sera raconté; tous ceux qui prendront la parole au nom des Sociétés savantes vous diront combien chacune d'elles était fière de le compter dans son sein; mais je puis vous affirmer que de tous les titres qu'il possédait nul ne lui était plus cher, nul ne lui semblait plus précieux que celui de professeur de notre Faculté. « C'est dans ses murs, nous disait-il récemment, que j'ai vécu mes jeunes années, que

j'ai grandi et prospéré, que j'ai entendu mon nom sortir des bouches de la foule; c'est l'école qui a mis entre mes mains les instruments de travail; c'est à elle que je dois le meilleur de ce que je suis, et c'est simplement justice de lui en exprimer ma reconnaissance. »

Et je dirai, à mon tour, que c'est aussi justice et strict devoir pour cette Ecole de répondre aujourd'hui que, si elle a concouru à l'élévation, à la gloire, à la fortune scientifique de Broca, celui-ci a largement payé sa dette envers sa bienfaitrice, contribuant pour une ample part à l'éclat qu'elle jette aujourd'hui dans le monde savant.

Hélas! l'étendue du vide que va laisser la mort de notre cher collègue nous fera mesurer la place qu'il occupait, et par ce qui va nous manquer nous pèserons ce qu'il nous apportait.

Sans doute, on le remplacera au sens littéral du mot; dans quelques semaines la place sera déclarée vacante, et quelques semaines plus tard le déficit numérique sera comblé.

Mais combien de mois ou d'années faudra-t-il donc pour faire oublier cette incroyable réunion de mérites, d'aptitudes, de qualités intellectuelles et morales qui faisait de Broca un être vraiment exceptionnel? Qui de longtemps pourrait prétendre à l'égaler à la fois en activité, en persévérance, en probité, en bonté, en justice, en intelligence, en esprit, en finesse? Qui pourra se flatter d'accumuler dans son cerveau une somme tellement inouïe de connaissances littéraires et scientifiques qu'on restait confondu devant cette vivante encyclopédie.

Et quel usage notre pauvre ami faisait de ces trésors! Certes il les utilisait pour lui-même; mais combien aussi il en jetait à tous les vents, sans compter le plus souvent quand, pourquoi et pour qui il les prodiguait de la sorte.

Peut-être quelques-uns de ceux qui n'ont pas suivi Broca depuis si longtemps que nous, ni d'aussi près, supposeront que j'exagère l'éloge et que je porte à titre d'ami dévoué un jugement que ne ratifierait point le grand corps savant au nom duquel je prends officiellement la parole.

Qu'ils se détrompent, notre cher mort n'est point de ceux qu'on risque de trop exalter. Tout ce que j'ai dit est vrai, et si la Faculté eût choisi un autre de ses membres, vous auriez entendu certainement le même langage.

Je rougirais de flatter après sa mort l'homme éminent qui, sa vie durant, a toujours méprisé les flatteurs; mais quand la vérité est belle et bonne à dire, pourquoi et dans quel but la diminuerait-on?

Nous pouvons, nous devons même offrir la vie de Broca en modèle à ceux qui, désirant suivre la même carrière, veulent devenir successivement, dans notre hiérarchie médicale, pupilles, assistants, puis enfin maîtres. A quelque niveau qu'il ait été, dans les pavillons de l'Ecole pratique en 1846 ou dans la chaire professorale en 1880, il a toujours rempli son mandat avec une exactitude et un zèle exemplaires. Certes, son génie, la charge énorme de ses travaux, sa santé quelquefois ébranlée par des labeurs gigantesques auraient pu le détourner des humbles et prosaïques occupations qui parfois nous incombent, et il lui eût été facile de plaider les circonstances atténuantes; mais le culte du devoir était si grand chez lui qu'il n'a jamais songé à répudier la moindre tâche quand elle était inscrite dans le programme de sa vie, et que maintes fois, de peur de ne pas soulever un fardeau assez lourd pour sa force, il chargeait, sans nécessité, démesurément ses épaules. Aide d'anatomie, prosecteur, il passait toutes ses journées dans les pavillons et faisait à ses élèves des leçons et des démonstrations qui n'étaient nullement obligatoires.

Agrégé, il ne se contentait point de remplacer fortuitement les titulaires empêchés, mais faisait encore à l'Ecole pratique des cours très suivis.

Titulaire à son tour, il professe remarquablement et prépare ses leçons avec un soin, un scrupule dont je puis me porter garant. Moins il avait de temps le jour, plus il en prenait sur la nuit pour être prêt quand venait l'heure.

Un professeur n'est guère forcé qu'à professer, c'est du moins ce que peut croire le vulgaire; mais dans une grande Faculté comme la nôtre, lorsque plus de cinq mille élèves s'asseyent sur nos bancs, il existe une partie administrative dont on ne soupçonne point l'étendue ni la complication; puis les programmes d'étude changent et se perfectionnent, et il nous faut les étudier. Enfin nous devons répondre assez souvent à des questions qui nous sont posées par les pouvoirs publics et par le grand maître de l'Université. Un bon nombre de savants n'ont pour ce genre de travaux ni goût ni aptitude, et s'en désintéressent facilement.

Broca n'était point de ce nombre : doué d'un talent d'organisation tout à fait remarquable, il excellait dans les débats administratifs et dans la rédaction des règlements. La Faculté lui en doit plusieurs qui sont des modèles de clarté et de rectitude; c'était merveille de voir cet esprit impétueux et primesautier, aligner correctement des articles comme s'il eût fait dix ans de stage dans un ministère. On ne saurait croire quels services il a rendus sous ce rapport à toutes les sociétés ou associations dont il faisait partie.

Assez souvent, aussi, nous survient un surcroît d'occupations; nous recrutons par le concours nos jeunes assistants, prosecteurs et chefs de clinique et les agrégés nos collaborateurs immédiats; cette institution du concours nous est lourde, mais nous reste chère. Nous tenons entre nos mains l'avenir de notre école, puisque nous désignons ceux qui devront nous remplacer, et d'autre part nous sommes les arbitres de la jeunesse laborieuse, pouvant par un vote ouvrir ou fermer une carrière.

Or, dans ces assises solennelles, il faut trouver, dans les deux catégories d'hommes mis en présence, des qualités différentes, mais également nécessaires. Aux jugés il faut la science et le talent de la vulgariser. Aux juges la compétence et surtout la justice.

Or si la compétence de Broca n'a jamais été mise en question, il importe bien plus encore de proclamer que son équité n'a jamais été en défaut, et si l'on a pu dire avec raison qu'il n'avait pas d'ennemis, c'est surtout parce que personne n'oserait dire qu'il ait été de sa part l'objet d'une injustice ou d'un passe-droit.

C'est qu'indépendamment de son talent, des services rendus à la science et à la patrie, de ses qualités publiques et privées, Broca avait ce qu'on appelle *un caractère*, c'est que vrai chevalier sans armes, sans peur et sans reproche, il était inébranlable dans ses convictions, incorruptible dans sa conduite et qu'il résumait en lui le type accompli du confrère, du savant et du citoyen.

Voilà, messieurs, ce que la Faculté de médecine m'a chargé de vous dire, et c'est pour déférer à ses vœux que j'ai, pour un instant refoulé jusqu'au fond de mon cœur la sombre émotion qui m'oppresse.

DISCOURS DE M. TRÉLAT.

Messieurs,

Dans le grand deuil qui nous réunit aujourd'hui, l'Académie de médecine a voulu, sans doute, que celui qui porte la parole en son nom ressentît lui-même, pour notre illustre mort, des sentiments de haute estime et de longue et profonde affection. Elle a appelé sur le bord de cette tombe, si soudainement ouverte, le témoin assidu de plus de trente années de labeurs et de vertus, l'ami des anciens jours et des dernières heures, le collègue respectueux du savant et le parent de cœur de la famille.

Devoir douloureux, mais dette sacrée!

Broca avait déjà des titres scientifiques considérables lorsque, en 1866, l'Académie de médecine le nomma membre de la section de médecine opératoire. Lauréat du prix Portal en 1850, auteur de mémoires et de travaux bien connus sur la pathologie des cartilages, sur le rachitisme,

sur les hernies et l'étranglement herniaire, sur les arthrites vertébrales, sur la galvano-caustie, il avait publié deux ouvrages de premier ordre : *Les anévrysmes*, en 1856, et le premier volume du *Traité des tumeurs*, au commencement de 1866.

Le premier marquait une ère nouvelle dans le traitement de ces redoutables affections. Le second exposait l'évolution historique de nos connaissances sur les tumeurs en général et sur leur traitement, avec une ampleur de vues et une puissance de méthode qui n'avaient point été atteintes et qui n'ont jamais été dépassées.

Déjà Broca avait écrit vingt mémoires sur des sujets divers d'anatomie, de physiologie, d'embryologie, de tératologie ; déjà, il avait prononcé les *Éloges* de Gerdy, de Bonnet, de Lallemand, qui sont restés des modèles; déjà, de 1861 à 1865, il avait fait ses recherches sur les fonctions et localisations cérébrales, et marqué la place de l'organe de la parole, de cette troisième circonvolution frontale que les contemporains, aujourd'hui la postérité, appellent la *circonvolution de Broca*. Déjà, enfin, il avait commencé son grand œuvre, l'œuvre de sa dernière incarnation scientifique : la création de la Société d'anthropologie.

A l'Académie de médecine, ce grand savant était discret et réservé. Il ne prenait la parole que pour communiquer des faits exceptionnels ou spécialement probants. Il n'intervenait dans les discussions ouvertes que sur les sujets de sa compétence incontestable; mais comme cette compétence était large et son jugement irréprochable, ses collègues le chargeait fréquemment de rapports sur les concours de prix, sur des appareils et des instruments.

C'étaient surtout les questions de médecine publique ou d'intérêt général qui l'attiraient à la tribune. Qui de nous ne se souvient de ses beaux discours si solides et si nourris de faits sur la *Mortalité des nourrissons*, sur la *Prétendue dégénérescence de la population française*, sur le *Mouvement de la population en France*, et, plus tard, sur l'*Organisation du service de santé militaire?*

Depuis plusieurs années, l'Académie avait appelé dans son Conseil ce collègue si plein de qualités, de mérites et de ressources, et à nos dernières élections du bureau, Broca avait été acclamé vice-président pour cette année 1880, c'est-à-dire président de l'Académie de médecine pour 1881.

Il assistait régulièrement à nos séances et siégeait au bureau qu'il ne quittait que pour communiquer quelque fait important, comme ce cas de généralisation de l'éruption vaccinale, qui figure à l'un de nos derniers bulletins.

Cependant, dans l'intervalle des séances académiques, près l'hôpital, après la Faculté, après le Sénat, ses heures, es pensées et ses veilles appartenaient à cette anthropologie qu'on a osé contester et dont il a fait la preuve, comme ce philosophe qui prouvait le mouvement en marchant.

Depuis plus de vingt ans, il lui donnait toutes les puissances de sa puissante nature. Il l'avait conçue, créée, nourrie. Il lui avait fait un foyer : la Société d'anthropologie; un enseignement : l'Ecole d'anthropologie; des émules : toutes les Sociétés d'anthropologie qui se sont formées dans les centres scientifiques du monde entier; la vie, enfin, par ses immenses travaux et ceux qu'ils suscitaient. Quelle existence et quels labeurs depuis le jour où le jeune homme de seize ans prenait, en 1840, son diplôme de bachelier ès sciences mathématiques!

Quarante années d'un travail sans trêve; quarante années de dignité, de générosité, de patriotisme élevé, de dévouement à toutes les nobles causes. Voilà la vie de Broca.

Comme le lutteur infatigable, comme le soldat héroïque, il meurt d'un coup subit et imprévu; frappé debout, en pleine poitrine, il succombe couvert d'une gloire dont nous n'avons entrevu que l'aurore et qui va tantôt s'épanouir en son plein jour; il meurt entouré de l'estime universelle et comblé des affections les plus dévouées et les plus tendres. Grande et puissante intelligence, âme rayonnante et sereine, cœur plein de noblesse; rare et admirable trinité, merveilleuse union de tout ce qui fait la vraie grandeur de l'être humain. Tout cela nous est enlevé, arraché en un instant, et il ne nous reste plus que la majesté de l'exemple et la poignante douleur de nos regrets.

CONSEIL MUNICIPAL

Séance du 6 juillet 1880.

M. *Bourneville* propose d'émettre un avis favorable à l'installation de thermomètres électriques dans les salles du nouvel Hôtel-Dieu. Il appelle aussi l'attention de l'administration sur les défectuosités de la distribution de l'eau dans cet hôpital. Souvent des arrêts brusques se produisent et on est obligé de suspendre les bains.

M. *le secrétaire général de la préfecture de la Seine.* L'administration tiendra compte des observations de M. Bourneville.

Le même rapporteur propose d'approuver l'établissement d'un branchement d'égout pour l'écoulement des eaux du service des varioleux à l'hôpital Laennec.

A ce propos, dit M. Bourneville, je signalerai à l'administration les mauvaises conditions dans lesquelles se fait la désinfection des vêtements ayant servi aux varioleux. La plupart du temps les vêtements leur sont rendus à la sortie dans l'état où ils étaient lors de leur entrée dans l'hôpital.

M. *le directeur de l'Assistance publique.* Des ordres seront donnés pour que, dans tous les services de varioleux, une désinfection complète des vêtements soit faite.

Les conclusions du rapport de M. Bourneville sont adoptées.

Séance du 8 juillet 1880.

M. *le président* donne lecture d'une pétition de la Société médicale du XIXe arrondissement tendant à ce que les nominations des médecins de l'état civil soient faites par leurs confrères; étant entendu que les médecins officiers de santé, aussi intéressés dans cette question que les docteurs en médecine, seront également électeurs. (Renvoyé à la deuxième commission et à l'administration).

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Le concours d'agrégation en médecine et en chirurgie, qui s'est terminé le 13 juillet à la Faculté de médecine de Paris, a donné les résultats suivants :

Pour Paris. — Chirurgie : MM. Reclus, Bouilly et Peyrot. — *Accouchements :* M. Budin.

Pour Montpellier. — Chirurgie : M. Tédenat. — *Accouchements :* M. Dumas.

Pour Nancy.— Chirurgie : M. Weiss.

Pour Lille. — Accouchements : M. Goulard.

Pour Lyon. — Chirurgie : MM. Levrat, Guibal. — *Accouchements :* M. Duchamp.

Pour Bordeaux. — Chirurgie : M. Boursier. — *Accouchements :* M. Lefour.

ASSISTANCE PUBLIQUE A DOMICILE. — La commission chargée de la réorganisation de l'assistance à domicile, à Paris, a, dans sa première séance du 28 juin dernier, nommé une sous-commission composée de MM. Hérisson, président; Breulé, Martin, Millard, Passant, pour élaborer un projet qui sera soumis à la commission générale.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Danner, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé pour trois ans directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Herpin, dont le mandat est expiré.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC; COMMISSION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — Ont été nommés pour une année membres de cette commission : MM. Chatin, Dumont, Gavarret, Gréard, Mourier, Parrot, Trélat, Vulpian, Wallon, Wurtz.

EAUX MINÉRALES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient d'accorder les récompenses suivantes aux médecins qui se sont le plus distingués dans le service médical des eaux minérales de France pendant l'année 1877 :

Médaille d'or : M. le docteur Richelot, médecin inspecteur des eaux du Mont Dore.

Rappels de médailles d'or : M. le docteur Doyon, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage. — M. le docteur Grellety, médecin consultant à Vichy.

Rappels de médailles d'argent avec mention honorable : M. le docteur Auphan, médecin-inspecteur des eaux d'Ax. — M. le docteur Bona, médecin-inspecteur des eaux d'Evaux. — M. le docteur Caulet, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur. — M. le docteur Doin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bourbonne. — M. le docteur Gubian, médecin-inspecteur des eaux de Lamotte. — M. le docteur Tixier, médecin-inspecteur des eaux de Capvern.

Médaille de bronze : M. le docteur Cazaux, médecin consultant aux Eaux-Bonnes.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus et nommés :

Au grade de commandeur : MM. Leroy de Méricourt (Alfred), médecin en chef de la marine; Guérin (Alphonse), membre de l'Académie de médecine; Sée (G.), membre de l'Académie de médecine; Didiot, médecin inspecteur; Mouillac, médecin principal de 1re classe à l'Ecole spéciale militaire; Massa (Jacob), médecin principal de 1re classe à l'état-major de la place de Paris.

Au grade d'officier : MM. Coqueret, médecin de la police municipale de Paris; Penquer (A.), maire de Brest; Regnault (J. A.), professeur à la Faculté de médecine de Paris; Dufour (Léon), médecin principal de 1re classe; Vauthier, médecin principal à l'Ecole supérieure militaire; Goinard, médecin-major de 1re classe); Scoutetten, médecin-major de 1re classe; Morel, médecin-major de 1re classe; Alix, médecin principal de 1re classe; Vedrènes, médecin principal de 1re classe, à l'Ecole polytechnique; Cléramboust, médecin-major de 1re classe; Clary (J. B. E.), médecin-major de 1re classe; Luc (L. G.), médecin-major de Ire classe; Castcrain, médecin-major de 1re classe; Lecard, médecin-major de 1re classe en retraite; Leroy (A. M.), médecin-major de 1re classe; Lemarchand, médecin principal en retraite; Cosson, membre de l'Institut; Chauveau, directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon.

Au grade de chevalier : MM. Ball (B.), professeur à la Faculté de médecine de Paris; Morel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Pouchet (G.), professeur au Muséum d'histoire naturelle; Vaillant, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Brown-Séquard, professeur au Collège de France; Labbé (Edouard), médecin des hôpitaux; Weill (J.), médecin de l'hôpital Rothchild; Jaubert (J. A.), médecin à Paris; Napias, membre de la commission des logements insalubres; Pereton, à Commentry (Allier); Turgis (Eugène), conseiller général du Calvados (Falaise); Picou, maire de Mont-Salvy (Cantal); Fournier, médecin des hôpitaux d'Angoulême (Charente); Bessette, chirurgien de l'hôpital civil d'Angoulême (Charente); Perrussault, médecin de l'hospice d'Henrichemont (Cher); Vallet, conseiller d'arrondissement à Saint-Amand (Cher); Decoux, adjoint au maire de Trégnac (Corrèze); Brulet, professeur à l'Ecole préparatoire de Dijon; Aubergier, maire de Chambon (Creuse); Perret, Maintenon (Eure-et-Loir); Caradec, médecin de l'hospice civil de Brest; Carcassonne, médecin en chef des hospices de Nîmes; Duran (Eugène), maire de Salies (Haute-Garonne); Molinier, chirurgien en chef de la Maternité (Toulouse); Hameau, médecin à Arcachon; Vergne, à La Châtre (Indre); Lasségue, maire de Pouillon (Landes); De Glo de Besses, maire de Montfaucon (Haute-Loire); Le Gruel, maire de Picauville (Manche); Nidard, à Sainte-Menehould (Manche); Comon, à Longuyon (Meurthe-et-Moselle); Nivelet, père, à Commercy (Meuse); Mantel, à Saint-Omer (Pas-de-Calais); Gaye, à Pau; Cénac, maire d'Argelès (Hautes-Pyrénées); Bonafos (Em.), médecin en chef des hospices de Perpignan; Dumesnil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu (Rouen); Chebrou, médecin à Niort (Deux-Sèvres); Carrère, médecin à Saint-Nicolas-de-la-Grave (Tarn-et-Garonne); Bourgarel, médecin à Toulon; Loriol, médecin à Avignon; Kelsch, médecin-major de Ire classe; Jossot (P.), médecin-major de 1re classe; Blavot, médecin-major de 2e classe; Paloque, médecin-major de 2e classe; Landrin, médecin-major de 2e classe; Thomas (A. T. M.), médecin-major de 1re classe; Aubert (L. R.), médecin-major de 1re classe; Sonrel (N. S.), médecin-major de 1re classe; Bonnardot, médecin-major de 1re classe; Bolard (C. E. J. A.), médecin-major de 2e classe; Delord, médecin-major de 2e classe; Dumont (A. L.), médecin-major de 2e classe; Bidalot (J. F.), médecin-major de 2e classe; Colin (H. J. A.), médecin-major de 2e classe; Robert (L. A. L.), médecin-major de 2e classe; Boncour, médecin-major de 2e classe; Laurens (P. A. M. F.), médecin-major de 2e classe; Blaise (J. M. E.), médecin-major de 2e classe; Saint-Pierre, directeur de l'Ecole d'agriculture de Montpellier; Parthenay, ancien médecin militaire; Billot, ancien médecin militaire; Gaston, ancien médecin militaire; de Seynes, agrégé de la Faculté de Paris; Vibert, médecin en chef de l'hôpital du Puy; Bouloumié, médecin à Vittel; Berger, ancien médecin de la marine; Arloing, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon; Mougeot, médecin à Bar-sur-Aube.

MORTALITÉ A PARIS (27e semaine, du vendredi 2 au jeudi 9 juillet 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 969, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 24. Variole, 58. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 17. — Coqueluche, 6. — Diphthérie et croup, 37. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 143. — Autres tuberculoses, 57. — Autres affections générales, 48. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 43. — Diarrhée infantile et athrepsie, 109. — Autres maladies locales : aiguës, 91; chroniques, 165; douteuses, 55. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 40. — Causes inconnues, 4.

Bilan de la 27e semaine. — Le présent bulletin constate une diminution de 12 décès sur le chiffre de la semaine précédente. C'est encore une atténuation, mais elle est trop faible pour que nous soyons autorisés à conclure à une amélioration sérieuse de la santé publique. La permanence et même une légère aggravation des sévices épidémiques ferait plutôt craindre le contraire. La variole, qui avait fourni 48 décès pendant la 26e semaine, en a occasionné 58 durant celle-ci. Un autre fait sérieux, qui mérite sans doute d'attirer toute l'attention des praticiens, c'est l'importance continue que semble voir prendre chez nous la fièvre scarlatine. Tandis que la moyenne ordinaire, à cette époque de l'année, n'était, dans ces dernières années, que de 1 à 2 décès, on a eu à enregistrer 13 décès pendant la 26e semaine, et ce chiffre s'est élevé à 17 pour cette dernière. On sait que la scarlatine, relativement bénigne à Paris, a au contraire à Londres une influence meurtrière considérable. Mais si cela continue, l'heureuse immunité dont nous jouissions sous ce rapport, bien rachetée d'ailleurs par la plus grande fréquence de nos cas de diphthérie, cessera d'exister, et la fièvre scarlatine prendra sa place parmi les causes de mort actuellement dominantes à Paris.

Le nombre des décès par diarrhée infantile et athrepsie a augmenté avec les derniers temps orageux que nous avons subis. Il s'est élevé à 109 pour cette semaine. C'est d'ailleurs une résultante ordinaire des grandes chaleurs de l'été.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'emploi du chloral comme agent d'anesthésie chirurgicale, par M. le docteur Choquet. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Guide du baigneur et du touriste, par M. le docteur Grenell. 1 vol. in-12 de 100 pages, avec une carte des environs. Paris, O. Doin. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 22 juillet 1880.

Académie de médecine : SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE. EMPLOI DES PRÉPARATIONS DE QUEBRACHO.

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine.

La réunion annuelle de l'Académie de médecine avait attiré, mardi dernier, une nombreuse et brillante affluence. Ornée de fleurs et de tentures, la salle des séances, dont on ne saurait trop, dans ces assises solennelles, regretter l'aménagement incommode et le défaut de sonorité, avait revêtu ses habits de fête. Le président, M. Richet, et les membres du bureau étaient en uniforme ; un assez grand nombre de dames occupaient les places réservées ; les académiciens au grand complet et un public d'élite remplissaient l'amphithéâtre. Cet empressement à venir écouter l'éloge d'Andral ne devait surprendre personne. Andral n'était-il pas une des gloires les plus incontestées de la médecine française, l'un des plus illustres représentants de cette école de 1830 qui a rénové les études cliniques, inauguré l'enseignement de l'anatomie pathologique, établi la thérapeutique sur des bases rationnelles ? Andral, dont la vie scientifique si brillante à son aurore, a été sitôt et si cruellement interrompue ! On n'oubliait pas, en accourant rue des Saints-Pères, l'étude à la fois solide et attrayante que l'un des plus éloquents collègues de M. Béclard avait écrite, il y a deux ans à peine, pour honorer cette mémoire. Et l'on se demandait si M. Béclard, en jugeant l'homme et le savant, se laisserait entraîner à raconter toute l'histoire médicale de cette laborieuse époque, que les noms de Bouillaud, Louis, Cruveilhier, Gavarret, ces émules ou ces collaborateurs d'Andral, ont rendue si célèbre ! Hâtons-nous de déclarer que M. Béclard s'est montré non seulement éloquent, mais encore très fidèle historien en retraçant la vie et en faisant apprécier l'œuvre d'Andral. Esprit calme, et d'autant plus juste qu'en restant bienveillant il a su faire la part de toutes les exagérations doctrinales, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine nous a montré, dans un magnifique langage, comment il fallait comprendre cet homme supérieur qui, par sa parole entraînante et son énergique volonté, s'est efforcé « de hausser l'humanité jusqu'aux vues de son génie ». Il n'a point eu contre Broussais ni l'âpreté ni la passion qui avaient inspiré à M. Chauffard une de ses plus belles pages. Et cependant il nous semble que le jugement qu'il a porté sur l'œuvre du réformateur du Val-de-Grâce, que les appréciations qu'il a faites de son caractère et de sa vie, ont été non seulement plus mesurées, mais encore et surtout plus vraies et plus noblement exprimées. Ce tact et cette mesure faisaient mieux ressortir encore le rôle prépondérant d'Andral le jour où la doctrine de Broussais fut si énergiquement combattue, si victorieusement renversée. M. Béclard n'a pas été moins bien inspiré en nous faisant connaître non seulement le savant, le clinicien, l'homme de recherches et de progrès, mais encore l'historien de la médecine, érudit et lettré, sachant rendre au passé la justice qui lui est due et s'inspirant de ses leçons pour montrer la voie à suivre et les progrès à réaliser. Nette et précise alors qu'il s'agissait de raconter les premières phases de la vie d'Andral, entraînante et vive quand il fallut apprécier le mouvement scientifique auquel il a pris une part si active, grave et émue en faisant ressortir la dignité de son caractère et l'abnégation dont il a fait preuve, la parole de M. Béclard a su constamment captiver son auditoire.

Nous reproduisons aujourd'hui même la plus grande partie

FEUILLETON

Eloge d'Andral.

Ne pouvant, faute de place, le reproduire tout entier, nous donnons ci-dessous les principales parties du discours de M. Béclard.

MESSIEURS,

Plus d'un demi-siècle nous sépare de l'époque dont je vais évoquer le souvenir. La plupart des hommes qui ont préparé le temps présent ne sont plus, et le mort illustre dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui, bien que disparu d'hier, n'est déjà qu'un ancien pour le plus grand nombre de ceux qui m'écoutent.

Il appartient à cette génération du commencement du siècle qui n'a cessé de lutter pour le triomphe de ses idées. Plus calmes et plus tranquilles que nos aînés, nous recueillons aujourd'hui le fruit de leurs efforts ; à leurs fautes mêmes nous devons une bonne part de notre expérience, et si nous pouvons nous reposer, c'est qu'ils ont combattu.

Je voudrais faire revivre un instant devant vous la belle et glorieuse figure de celui dont notre immortel Laennec, dans son *Traité d'auscultation*, disait « qu'il était une des plus brillantes espérances de la médecine » ; de l'un de ces hommes dont la vie, partagée entre les recherches de la pensée et les services publics, peut être donnée à tous en exemple.

Le véritable médecin, en effet, n'est pas et ne peut être seulement un savant. La science, qu'il s'efforce de faire chaque jour plus grande, il faut encore, il faut surtout qu'il l'applique. Ce n'est point aux éléments inanimés, pas même à l'animal, c'est à l'homme qu'il a affaire. Si la médecine a toujours eu le privilège de passionner ceux qui la cultivent aussi bien que ceux qui l'implorent, c'est qu'elle touche au cœur même de l'humanité.

de cet éloge académique. On aimera mieux le lire que l'entendre louer.

La séance avait été ouverte par la lecture du rapport général sur les prix décernés en 1879. C'était la deuxième fois que M. Bergeron venait remplir à la tribune cette tâche si laborieuse, d'autant plus ingrate que, la séance ayant été ouverte à trois heures précises, les bancs étaient à moitié vides au moment où M. Bergeron prenait la parole. On n'a point oublié le remarquable et consciencieux rapport qu'il a consacré l'année dernière à l'analyse fidèle des travaux présentés à l'Académie. On lira certainement avec non moins d'intérêt celui dont le prochain *Bulletin* nous apportera le texte. Nous aurions aimé à faire ressortir les mérites de ce travail, dû à l'un des écrivains les plus justement estimés de l'Académie. Malheureusement il n'a été possible qu'à un petit nombre de privilégiés d'en entendre la lecture. Quelques passages, cependant, que nous avons remarqués au moment où la voix de M. le secrétaire annuel parvenait jusqu'à nous, nous ont permis d'apprécier une fois de plus les qualités de style, la justesse des appréciations et l'élévation des idées qui se retrouvent toujours dans tout ce qu'écrit M. Bergeron. On a particulièrement applaudi les paroles émues qu'il adressait à la mémoire des membres que l'Académie a perdus l'année dernière.

L. Lereboullet.

Emploi des préparations de quebracho.

On fait quelque bruit en Allemagne autour d'un nouveau médicament étudié par le docteur Penzoldt, qui a publié en 1879 les résultats de ses expériences (*Berl. klin. Woch.*, n° 24). L'*aspidosperma quebracho* est un arbre très commun dans la province de Santiago, de la République argentine. Son écorce est, suivant un médecin de Pilciao qui l'a envoyée en Europe, utilisée depuis assez longtemps comme fébrifuge dans ce pays, où son action est réputée semblable à celle de la quinine. Les observations de Penzoldt n'ont pas confirmé jusqu'ici l'existence de ces propriétés fébrifuges qu'il ne faut pas toutefois nier entièrement, la quantité d'écorce véritable envoyée en Europe étant encore trop minime pour permettre des expériences suffisamment nombreuses.

A défaut de l'écorce on peut se servir du *bois* de quebracho que l'on se procure plus aisément, mais qui est un peu moins actif. Il existe aussi dans le commerce un produit appelé *extrait de quebracho*, qui ressemble à une sorte de résine et se dissout en grande partie dans l'eau chaude. Cette préparation est peu active et généralement infidèle : il vaut mieux, à tous égards, employer le bois de la façon suivante :

On fait macérer pendant huit jours 10 grammes de bois très finement pulvérisé dans 100 grammes d'alcool absolu. Le produit filtré est évaporé à siccité, puis dissous dans 20 centimètres cubes d'eau distillée. On commence par 4 à 5 grammes de cette solution et l'on peut arriver à en administrer 15 à 20 grammes par jour chez un adulte.

L'écorce, ainsi que le bois, contient, d'après Fraude, un alcaloïde assez difficile à extraire, auquel on a donné le nom d'*aspidospermine*.

Il est nécessaire, avant d'employer ces diverses substances, de bien s'assurer de leur provenance, les bois du commerce n'ayant souvent du quebracho que le nom.

Lorsque l'on injecte sous la peau d'une grenouille 2 centimètres cubes de cet extrait (d'écorce), on produit, au bout de peu de temps, une paralysie complète du mouvement bientôt suivie de la mort de l'animal.

L'extrait (de bois) agit avec beaucoup moins de rapidité et d'énergie : on peut admettre en général qu'il est moitié moins actif que le précédent. A faible dose, l'un et l'autre extrait paraissent influencer le nombre des inspirations.

Chez l'homme, on n'a guère fait de recherches expérimentales et le médicament a été surtout employé en clinique. On n'a pas constaté, comme il a été dit, de propriétés fébrifuges ; mais les fonctions respiratoires paraissent au contraire très nettement influencées. La respiration devient moins fréquente et plus profonde, même chez les personnes bien portantes, et en même temps la cyanose, lorsqu'elle existe, disparaît avec rapidité. Le pouls n'augmente pas de fréquence ; cependant la figure et le corps entier se couvrent souvent d'une sueur qui semble indiquer une sorte de régularisation de la circulation. Les urines sont un peu plus fréquentes. L'action sur la respiration est sensible non seulement pour le médecin, mais aussi pour les malades eux-mêmes qui annoncent aussitôt une respiration plus libre et plus facile.

Ainsi par exemple, dans un cas cité par Berthold (*Berlin. klin. Woch.*, 1879, n° 52), chez un asthmatique de soixante-cinq ans, la respiration tombe au bout d'une heure à 60 par minute, de deux heures à 30, le lendemain à la normale. Picot (*Ibid.*) dit avoir fait l'ascension d'une montagne après

---

Gabriel Andral naquit à Paris le 6 novembre 1797. Sa famille, originaire d'Espedaillac, petit bourg du département du Lot, comptait déjà trois générations de médecins. C'est au berceau même de la famille que le père de M. Andral exerçait la médecine, lorsque les événements l'amenèrent à Paris avec Murat, son compatriote. Il servit son pays comme médecin militaire ; quand la fortune des armes et la volonté de celui qui pouvait tout en Europe donnèrent à Murat la couronne de Naples, le nouveau roi attacha à sa personne le père de M. Andral. C'est ainsi que le jeune Gabriel passa la plus grande partie de son enfance en Italie avec sa mère, fille d'un procureur au Châtelet et Parisienne comme lui.

Vers la fin de l'année 1813, prévoyant les grandes crises qui se préparaient, le père de M. Andral fit rentrer en France sa femme et son fils, qu'il devait bientôt rejoindre. Après deux années d'études au lycée Louis-le-Grand, le jeune Andral se faisait inscrire à la Faculté de médecine. « J'ai commencé mes études médicales en novembre 1815, dit-il lui-même dans une note écrite de sa main. Aucun incident particulier ne les marqua jusqu'en 1818, époque à laquelle, suivant habituellement les leçons cliniques qu'y faisaient MM. Boyer et Fouquier, j'entrai un jour dans les salles de M. Lerminier, et je le suivis à l'amphithéâtre, où il y avait à pratiquer une autopsie. Je me permis de lui soumettre respectueusement quelques observations sur les résultats de cette opération. M. Lerminier voulut bien m'écouter et me proposa de reprendre cet entretien. Ce jour décida de ma vie. Dès le lendemain je retournai dans les mêmes salles. Encouragé par sa bonté égale à son rare esprit, je ne le quittai plus. Je commençai immédiatement à recueillir des observations dans ce service qui ne contenait pas moins de 112 lits. Ainsi a été faite la *Clinique médicale*. J'en accumulai les matériaux sans penser le moins du monde à en composer un ouvrage. Je ne conçus l'idée de celui-ci qu'en 1822. » . . . .

. . . .

avoir pris 15 grammes de teinture et avoir observé sur lui-même un effet marqué : l'essoufflement était bien moins considérable que la veille et le lendemain où il fit la même ascension.

Laquer (*Breslauer œrtz. Zchft*, 1879, n° 24) décrit une série d'effets désagréables : la céphalalgie, l'hébétude des organes des sens, des vertiges, une salivation abondante, etc. Ces effets n'ont été jusqu'ici signalés que par lui. Penzoldt suppose que cet auteur a employé des produits impurs ou falsifiés.

Ainsi donc, les préparations de quebracho seraient *anti-dyspnéiques* et devraient être rapprochées jusqu'à un certain point des cigarettes de stramoine, du papier nitré, etc. Cette action est, *à priori*, bien extraordinaire. Je ne me permettrai certes point, n'ayant pas d'expérience sur ce sujet, de mettre en suspicion les résultats de Penzoldt ou sa manière de les interpréter. Mais outre que les médicaments réputés antidyspnéiques ne donnent trop souvent que des mécomptes au clinicien, on comprend difficilement qu'un même agent puisse être employé pour combattre un symptôme aussi variable dans sa manière d'être et dans son origine que la dyspnée. L'auteur prévoit l'objection et fait des réserves sur ce point. « Il est évident, dit-il, que les dyspnées mécaniques ne peuvent être guéries de cette manière : aucun remède ne pourra soulager la dyspnée due à l'imperméabilité des voies aériennes. Il en est de même lorsque les divisions bronchiques sont obturées par la tuméfaction et la sécrétion de la muqueuse. Dans toutes les autres formes, je puis recommander le médicament, certain, sinon d'aider, du moins de ne pas nuire. » Et voilà justement ce qui doit paraître douteux. Les asthmatiques se trouvent bien de l'emploi du quebracho, et les phthisiques, paraît-il, aussi. Comment concilier ces deux résultats thérapeutiques ?

Quoi qu'il en soit, le nouvel agent a été employé par divers médecins contre la dyspnée des emphysémateux, généralement avec succès, et le vieux Skoda lui-même prétend avoir été grandement soulagé.

Dans la phthisie à divers degrés, on a souvent constaté une diminution de la dyspnée. Penzoldt en cite un certain nombre de cas.

Dans la néphrite brigthique avec œdème, l'action s'est montrée extrêmement incertaine.

Dans les maladies du cœur, Krauth (*Memorabilien*, 1879, n° 11) signale une amélioration énorme dans deux cas.

En somme, et malgré les réserves bien naturelles qui ont été émises ci-dessus, le quebracho mérite d'être expérimenté. Quand bien même son action thérapeutique se bornerait à guérir ou même simplement à soulager la dyspnée des emphysémateux, ce serait encore une acquisition fort précieuse pour l'arsenal de la thérapeutique. D'ailleurs le travail de Penzoldt porte l'empreinte d'une entière bonne foi, d'une sincérité absolue et même d'une grande réserve, toutes choses qui ne sont pas extrêmement communes dans les travaux de thérapeutique surtout consacrés à des nouveautés.

C. Z.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

PNEUMONIE DESQUAMATIVE, par le docteur J. THOMAYER, assistant de la clinique du professeur Eisels, à Prague.

Aux types pneumoniques déjà connus, le professeur Bühl a ajouté une forme nouvelle de la maladie, à laquelle il a donné le nom de « pneumonie desquamative » (*Lungenentzündung, Tuberkulose und Schwindsucht*, 1872). Bühl affirme qu'il y a des pneumonies que l'on peut comparer aux inflammations parenchymateuses des autres organes, et qui se manifestent principalement par une profuse desquamation d'épithélium alvéolaire. Mais l'opinion de Bühl n'a été défendue que par lui seul, et l'on ne trouve rien dans la littérature actuelle qui affirme sa nouvelle doctrine. Jürgensen, par exemple, déclare (*Ziemssens Handbuch*, t. I, p. 157) qu'il n'a pas vu un seul cas d'une pareille affection. Dans la même publication, Rindfleisch (t. II, p. 209) affirme que jamais on n'observe la maladie que Bühl a décrite; lui-même n'a trouvé de cas analogues que dans le cours de la tuberculose.

Le diagnostic de la pneumonie desquamative est toujours très difficile. Bühl a eu lui-même plus de difficultés que l'on n'en aurait aujourd'hui à affirmer son existence, parce que l'accumulation d'épithélium dans les alvéoles pulmonaires n'avait pas encore été sérieusement constatée. Aujourd'hui on ne peut plus en douter; on trouve une description des plus nettes de cet épithélium, faite par Schulze, dans le *Manuel* de Stricker (p. 474).

Sans suivre cet auteur dans son exposé de la doctrine de Bühl, nous voulons nous borner à signaler l'observation suivante :

OBS. — Un apprenti maçon, âgé de seize ans, d'une apparence chétive, mais jusque-là parfaitement sain, est tombé malade six

---

Cependant la renommée de M. Andral avait rapidement grandi, son nom avait franchi l'enceinte de l'école, et Royer-Collard, l'élu de sept collèges, comme on l'appelait dans ce temps de suffrage restreint, où les grands courants de popularité étaient rares, Royer-Collard, l'homme le plus en vue du moment, donnait à ce jeune docteur qui n'avait rien, mais dont il avait deviné la valeur, sa fille qui était riche, jeune, belle et recherchée.

A cette époque, dans ces premières années de recueillement, succédant à une période traversée par tant d'agitations, il y avait, en médecine comme en toutes choses, un grand mouvement d'idées. Les questions de doctrines qui nous laissent aujourd'hui si froids, on pourrait presque dire indifférents, soulevaient des luttes passionnées. Deux grandes figures, celles de Broussais et de Laennec résumaient, en quelque sorte, les deux tendances qui se disputaient alors la direction des esprits. Je ne résiste pas au désir de mettre sous vos yeux la belle page dans laquelle un éloquent et regretté collègue, M. Chauffard, mettait en regard ces deux écoles rivales : « L'une, école de travail, de recherches, de distinctions minutieuses, digne, patiente et calme dans ses œuvres, réunissant autour d'elle une jeunesse laborieuse toute vouée à la science, recueillait de longues observations, s'attachait à bien reconnaître les caractères extérieurs des lésions ou les signes par lesquels elles se révèlent chez le malade; trop absorbée peut-être par l'étude du fait, trop éloignée des idées générales, mais préservée par cela même des témérités de l'esprit de système; — l'autre école, fondée sur une physiologie systématique à laquelle devaient se soumettre tous les faits pathologiques, affirmant une explication simple, facile à saisir, unique, de tous les faits de la santé et de la maladie, entraînant la foule par les séductions d'une interprétation nouvelle, prétendant reconstituer toute la médecine, pénétrer de clarté toutes les régions obscures de la science et de l'art, ardente et habile à la polémique, méprisant le passé, déversant le sarcasme sur les réputations les plus

jours avant son entrée à l'hôpital (28 janvier 1880). Il a peu toussé et beaucoup craché; l'affection était accompagnée d'une fièvre violente et de sueurs abondantes. Les crachats étaient d'une couleur blanchâtre (jamais rougeâtre, jamais mêlés de sang). Le père est affligé d'une maladie chronique de poitrine, les frères et sœurs sont d'une santé parfaite.

Le 28 janvier, température, 39 degrés; diarrhée. Du 28 janvier au 2 février le malade était soigné dans le service du professeur Eisell, où on observa :

Le 29 janvier, température, 38 degrés; pouls, 104. — Soir, température, 39°,8; pouls, 100.

Le 30 janvier, température, 39 degrés; pouls, 100. — Soir, température, 39°,8; pouls, 108 (4 grammes quinine).

Le 31 janvier, température, 37°,4; pouls, 108. — Soir, température, 39°,6; pouls, 108.

Le 1er février, température, 37°,4; pouls, 124. — Soir, température, 39°,8; pouls, 136 (4 grammes quinine).

Le 2 février, température, 37°,2; pouls, 96.

C'est ce jour que le malade fut transféré à la clinique, où il présenta dans l'après-midi : température, 39°,2; pouls, 88; respiration, 40.

Le 3 février, matin, température, 38°,6; pouls, 92; respiration, 30.

État actuel. — Stature petite, apparence chétive. Les tissus sous-cutanés contiennent peu de graisse; la musculature est faible, peu développée. Les téguments sont très pâles, de même que la langue, qui est en même temps humide et propre. Le malade tousse fréquemment, mais il crache peu.

Les crachats se composent de salive, de mucosités et de parties jaunâtres et assez étendues qui sont suspendues dans l'autre liquide; le microscope démontre que ces parties se composent des grandes cellules solitaires ou réunies (2—5) en groupes d'une forme en partie irrégulière, en partie arrondie; leur protoplasme est embruni par beaucoup de petits grains. Les cellules contiennent d'assez grands noyaux; très rarement on découvre dans les crachats des globules blancs dégénérés, et quelquefois une cellule épithéliale cylindrique, mais dont les cils vibratiles manquaient toujours. Une partie des crachats a été examinée par le procédé de Fenwick; le résultat a été négatif, on n'a pas trouvé de fibres élastiques.

L'examen répété des crachats démontra que la plus grande partie de ceux-ci consistait en cellules qui n'étaient, si l'on tenait compte de leurs caractères anatomiques, que l'épithélium des alvéoles pulmonaires. La respiration du malade est mixte, mais elle se fait principalement par le diaphragme; la poitrine s'élève partout également. Le battement (mouvement) du cœur s'observe sous la cinquième côte, dans la ligne mamillaire gauche.

Percussion. — Partie antérieure du thorax, à droite, sous la clavicule, son clair; à côté du sternum, dans la ligne mamillaire, son clair et sonore jusqu'à la sixième côte; dans la ligne axillaire, son clair et sonore jusqu'à la septième côte.

A gauche, sous la clavicule, diminution de sonorité, mais pas de matité complète. Le long du sternum, son clair jusqu'à la quatrième côte. A partir de ce niveau, matité jusqu'au bord de la septième côte. Dans la ligne mamillaire, son clair jusqu'à la septième côte; dans la ligne axillaire, son clair jusqu'à la huitième côte.

En arrière, à droite, dans la fosse sus-épineuse, son clair, sonore. Le long de la colonne vertébrale, dans la ligne scapulaire, son clair jusqu'à la onzième côte.

A gauche, dans la fosse sus-épineuse, diminution considérable de sonorité, qui s'étend jusqu'à un travers de doigt de l'épine de l'omoplate. Le long de la colonne vertébrale, son clair.

Auscultation. — Sous les clavicules, la respiration ne présente aucun caractère spécial; de là jusqu'à la base elle est vésiculaire. Partout la respiration est accompagnée de sibilances fortes, mais peu nombreuses, qui couvrent en partie le bruit respiratoire. En arrière, à droite, respiration vésiculaire et bruits sibilants; à gauche, au-dessus de l'omoplate, respiration normale; de là à la base, respiration vésiculaire et partout bruits de sibilance. Tous les autres organes se trouvent dans un état normal.

La température, le pouls et la respiration présentent les oscillations suivantes : température, 38°,6; pouls, 120; respiration, 32.

Le 4 février, température, 37°,4; pouls, 92; respiration, 24. — Soir, température, 38°,2; pouls, 92; respiration, 24.

Le 5 février, température, 38 degrés; pouls, 100; respiration, 32. — Soir, température, 38°,8; pouls, 80; respiration, 20.

Le 6 février, température, 37°,5; pouls, 96; respiration, 20. — Soir, température, 37°,5; pouls, 84; respiration, 28.

Le 6 février, on constate une diminution des bruits sibilants à la base des poumons principalement; la matité au-dessus de l'omoplate est moins prononcée. Depuis ce jour, la température ne dépassa pas 37°,5; pouls, 70-90; respiration, 24. Les sibilances sont devenues de plus en plus rares; le 9 février déjà, la respiration est partout vésiculaire, il n'y a plus de sibilances; la matité sous la clavicule et au-dessus de l'omoplate a disparu.

Il s'agit donc d'une affection fébrile avec des symptômes objectifs au sommet gauche des poumons et un catarrhe envahissant les poumons dans leur totalité.

Un tel état de choses est exclusivement dû à une des deux maladies suivantes : 1° la bronchite simple, à laquelle s'est jointe une pneumonie catarrhale; 2° un catarrhe consécutif, dépendant de l'affection primitive (tuberculeuse), au sommet gauche des poumons.

Bühl affirme que la pneumonie desquamative peut se transformer en pneumonie caséeuse. Ces infiltrations caséeuses ont toujours été d'ailleurs un sujet de discussion, et c'est l'école française qui proclame que toutes ces affections sont tuberculeuses d'origine. Il y a vraiment une grande analogie entre notre cas et la tuberculose. La desquamation de l'épithélium alvéolaire du poumon s'observe très souvent, en effet, dans la tuberculose lobaire. Rindfleisch, qui partage l'opinion de Bühl, dit que la tuberculisation d'un lobe entier se fait seulement quand il y a eu déjà auparavant des nids tuberculeux; une telle affection, d'après lui, est toujours mortelle.

Une infiltration un peu plus étendue (et c'était notre cas) ne peut pas disparaître sans traces en quelques jours; c'est pourquoi nous ne pouvons admettre qu'il s'agissait d'une infiltration tuberculeuse.

Nous devons éliminer aussi l'idée d'une bronchite simple avec pneumonie catarrhale consécutive. Une pneumonie ca-

---

respectées, puissante dans ses invectives, accablant d'épithètes inattendues, mais portant coup, tous ceux qui ne se rendaient pas; ayant réussi à faire considérer comme ennemis de tous les progrès modernes les ennemis de la doctrine de l'irritation.... Cette école, sortie du Val-de-Grâce, exerçait une domination prestigieuse, fascinant parfois et entraînant ceux-là même qui luttaient contre elle. »

A ce tableau saisissant que pourrais-je ajouter, Messieurs? si ce n'est qu'à toutes les époques il s'est rencontré des hommes supérieurs, le regard fixé vers l'obscur horizon, qui, par l'étude, par la persévérance, par la volonté, par la parole, se sont efforcés de hausser l'humanité jusqu'aux vues de leur génie et de l'entraîner au delà de la réalité. Il est si doux de s'imaginer qu'on possède la vérité; il est si doux de le faire croire aux autres! Il est vrai que ceux-là même qui paraissent les plus libres subissent, à leur insu, l'influence du milieu qui les entoure et les pénètre. Hier encore astrologique avec Paracelse, mystique avec Van Helmont, chimique avec Silvius, mécanique avec Boerhaave, animiste avec Stahl, aujourd'hui physiologique avec Broussais, la médecine subissait, une fois encore, les fatalités d'une science qui cherche sa voie.

Comme toujours, ceux qui marchent derrière le novateur, le poussent plutôt qu'ils ne le suivent, et le portent plus haut encore qu'il n'est monté. Mais, si la foule aime à élever des idoles, elle accourt plus vite encore pour les renverser. Depuis la mort de Broussais à peine une génération s'est éteinte, et la plupart des médecins de nos jours ne connaissent guère que de nom la doctrine physiologique.

La médecine, en effet, n'est pas une science purement spéculative; elle répond à des nécessités qui s'imposent, elle est avant tout une science sociale. Depuis le jour où elle est sortie des temples mystérieux où elle rendait ses oracles, la médecine n'a plus cessé d'être basée sur l'indissoluble alliance de deux principes que personnifient les grandes figures d'Hippocrate et de Galien : l'esprit de conservation

tarrhale aiguë se joint toujours exclusivement à une bronchite intense dans les bronches fines (chez les petits enfants, les vieillards, après les maladies infectieuses, etc.). Or, dans notre observation, on ne peut pas dire que la bronchite ait été intense, et on ne peut pas non plus déclarer que l'infiltration d'un seul lobe doit être considérée comme due à une pneumonie catarrhale, surtout quand on n'entend pas dans le décours de la maladie des râles, mais seulement des bruits sibilants et une respiration indéterminée.

L'affection fébrile que nous avons observée, avec localisation dans les poumons, avec crachats à peu près entièrement composés d'épithélium alvéolaire, avec une défervescence caractéristique, représente donc le vrai type d'une pneumonie desquamative, comme l'a décrit Bühl.

Il paraît que le degré de matité, dans les affections de cette sorte, est déterminé par l'accumulation d'épithélium dans les alvéoles; le tissu n'était pas enflammé. On n'entend nulle part de respiration bronchique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

SUR L'ÉTIOLOGIE DU CHARBON, par M. *Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland* et *Roux*. — Ce mémoire est identique à celui qui a été déposé sur le bureau de l'*Académie de médecine* et inséré au *Bulletin*.

DE L'ACTION DE LA STRYCHNINE A TRÈS FORTE DOSE SUR LES MAMMIFÈRES, par M. *Ch. Richet*. — L'auteur, étudiant l'influence exercée par la respiration artificielle sur les convulsions que détermine l'empoisonnement par la strychnine, conclut d'expériences nombreuses et variées que des animaux ayant reçu des quantités énormes de strychnine (5 centigrammes par kilogramme de l'animal) peuvent vivre pendant plusieurs heures sous l'influence de la respiration artificielle. Il faut, pour qu'il en soit ainsi, que le poison soit injecté lentement. Les doses plus faibles déterminent la mort par syncope. De ces expériences on peut conclure à l'efficacité, sinon absolue, du moins probable, de la respiration artificielle pour prolonger la vie dans ces empoisonnements.

ALTÉRATIONS DES TUBES NERVEUX DES RACINES NERVEUSES ANTÉRIEURES ET POSTÉRIEURES ET DES NERFS CUTANÉS, DANS UN CAS D'ICHTHYOSE CONGÉNITALE GÉNÉRALISÉE, par M. *H. Leloir*. — Chez un malade mort le 2 juillet 1880, dans le service de M. Raynaud, à la Charité, et atteint d'ichthyose congénitale, les lambeaux cutanés furent recueillis aussitôt après la mort, et les filets nerveux furent examinés après avoir été plongés dans l'acide osmique au deux-centième et colorés ensuite au moyen du picrocarmin. Un assez grand nombre des tubes nerveux de ces nerfs cutanés présentaient des lésions semblables à celles que l'auteur a déjà décrites (29 décembre 1879).

Mais, outre ces altérations des nerfs cutanés, il existait des altérations évidentes dans un certain nombre des tubes nerveux des racines antérieures ou postérieures. Un assez grand nombre de tubes nerveux avaient subi une dégénérescence complète et présentaient les lésions de la névrite dégénérative atrophique : gaînes vides présentant un aspect moniliforme (la gaîne de Schwann seule persistant et offrant de distance en distance des noyaux), disparition complète de la myéline et du cylindre-axe; en somme, lésions ultimes de la dégénérescence des nerfs. Quelques très rares tubes nerveux présentaient des lésions plus récentes : fragmentation de la myéline en gouttelettes et même résorption totale de cette substance en certains points, disparition du cylindre-axe, apparition d'une matière colorée en jaune par le picrocarmin dans l'intérieur de la gaîne, multiplication des noyaux.

DE L'IMMUNITÉ POUR LE CHARBON, ACQUISE A LA SUITE D'INOCULATIONS PRÉVENTIVES, par M. *H. Toussaint*. — L'auteur s'est efforcé de mettre l'organisme dans des conditions telles que la bactéridie charbonneuse n'y trouve plus les conditions de son développement, c'est-à-dire de vacciner des moutons qui, dès lors, résistent aux inoculations et aux injections intra-vasculaires de quantités considérables de bactéridies. Il donne le résultat de ses expériences, mais n'indique pas le procédé de vaccination qui lui a servi.

Académie de médecine

SÉANCE GÉNÉRALE ANNUELLE. — PRÉSIDENCE DE M. RICHET.

M. *Bergeron*, secrétaire annuel, donne lecture du rappor général sur les prix décernés pour l'année 1879. Ce rapport est accueilli par les plus vifs applaudissements.

M. *le Président* proclame ensuite le nom des lauréats et communique le programme des prix pour l'année 1880.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1879.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question proposée : *Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question proposée : *État de l'utérus et de ses annexes dans les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale.* — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Il n'y a pas eu de concurrent.

---

sans lequel il n'y a rien de solide ni de durable, l'esprit de progrès sans lequel rien ne se meut et rien ne vit. Elle porte sur toute sa personne, inscrites en caractères ineffaçables, les traces de cette double origine. Les systèmes se succèdent, la science se transforme : l'ensemble des données de l'observation et de l'expérience survit à tous les naufrages.

La doctrine physiologique a subi le sort commun, mais elle a laissé derrière elle plus d'une vérité utile. Le nom de l'indomptable lutteur est encore dans toutes les mémoires, et la gloire du grand vaincu survit au souvenir du plus grand nombre de ses vainqueurs.

Au milieu de cette mobilité apparente, au milieu de ces changements plus superficiels que profonds, il est d'ailleurs une idée dominante, que le seizième siècle a introduite dans la science, qui n'en doit plus sortir, l'idée moderne, qu'on peut définir : le besoin de la recherche et de la preuve expérimentale. C'est de ce besoin qu'est née la connaissance des lésions organiques. Les anciens composaient sur les apparences extérieures du mal des tableaux achevés, nous admirons leur rare génie d'observation; mais ils ne soupçonnaient guère ce que cachaient ces organes et ces tissus sur lesquels la maladie avait imprimé sa marque et comme son sceau révélateur. Cette connaissance, à vrai dire, ne date que d'hier. Le matin du 7 mars 1661, le jour même de la mort de Mazarin, les quatre médecins les plus célèbres du temps, MM. Brayer, Guéneau, Valot, Desfougerais, discutaient encore pour savoir si le tout-puissant cardinal, alité depuis cinq mois, mourait d'une maladie du foie, du poumon, de la rate ou du mésentère.

Si l'on avait tardé à entrer dans cette voie, on devait s'y jeter avec passion. L'anatomie pathologique, dont le nom était à peine prononcé, devenait tout à coup la partie essentielle de la médecine. Toute une transformation s'opérait; le temps a montré combien elle devait être profonde; l'avenir en montrera de plus en plus toute la fécondité. Plus tardivement engagée dans un domaine aux perspectives profondes

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — Question proposée : *De l'hystéro-épilepsie.* — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Un seul mémoire a concouru. L'Académie ne décerne pas le prix.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.— Question proposée : *Des varices pendant la grossesse et l'accouchement.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Trois mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. CAZIN, médecin en chef de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1 portant pour épigraphe : « Postquam gravida est fœmina, plurimis afficitur malis a sola graviditate oriundis. »

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR BARBIER. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Ce prix était de la valeur de 6000 francs. Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 3000 francs à MM. les docteurs A. FAVRE, de Lyon, et FERIS, de Toulon, auteurs de divers mémoires sur le daltonisme inscrits sous le n° 3.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il était de la valeur de 1500 francs. Trois ouvrages ou mémoires ont concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient être accordées aux auteurs des travaux de même nature. Il était de la valeur de 1500 francs. Cinq ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 500 francs à M. le docteur BIOT, de Mâcon (Saône-et-Loire), auteur du mémoire intitulé : *De la diète lactée dans le rhumatisme articulaire aigu*, inscrit sous le n° 3.

PRIX FONDÉ PAR MADAME VEUVE HENRI BUIGNET.— Ce prix, de la valeur de 1500 francs, devait être décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne devait pas être partagé. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Henry ARMAIGNAC, médecin à Bordeaux (Gironde), pour son ouvrage intitulé : *Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire*, inscrit sous le n° 2.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auraient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il était de la valeur de 1500 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde à titre d'encouragement une somme de 500 francs à M. Claude MARTIN, médecin à Lyon, pour son mémoire *sur la prothèse immédiate dans les résections des os maxillaires*, inscrit sous le n° 6.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal, devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages pussent subir l'épreuve du temps, il était de condition rigoureuse qu'ils eussent au moins deux ans de publication. Ce prix était de 2000 francs. Neuf ouvrages ont concouru. L'Académie partage le prix ainsi qu'il suit : 1° 1200 francs à MM. les docteurs P. DIDAY et DOYON, de Lyon, pour leur ouvrage ayant pour titre : *Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées*, inscrit sous le n° 2; 2° 800 francs à M. le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin à Paris, pour son ouvrage intitulé : *Le délire des persécutions*, portant le n° 9. Elle accorde une mention honorable à MM. les docteurs Henry BONNET, directeur de l'asile public de la Roche-Gandon, et POINCARRÉ, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'ouvrage inscrit sous le n° 1, intitulé : *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR RUFZ DE LAVISON. — Question posée par le fondateur : « Etablir par des faits exacts et suffisam- » ment nombreux chez les hommes et chez les animaux qui pas- » sent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations » de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées » à l'acclimatation. »

Ce prix était de la valeur de 2000 francs, augmenté d'une somme de 1000 francs, produit des intérêts accumulés. L'Académie décerne le prix à M. le docteur JOUSSET (Alfred), médecin à Lille (Nord), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, ayant pour épigraphe : *Non excogitandum, neque fingendum*, etc., etc. Elle accorde, à titre de récompense, une somme de 1000 francs à M. le docteur BERTHOLON (Lucien), médecin à Lyon (Rhône), pour son mémoire portant l'épigraphe suivante : *La migration est une fonction de l'humanité*, inscrit sous le n° 1.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une » somme de 1500 francs, pour la fondation d'un prix de pareille » somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura pro- » duit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux » animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à » endémies goitreuses. »

Le prix ne devait être donné que lorsque les expériences auraient été répétées par la commission académique. L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DE ALFARO, CORRESPONDANT A MADRID. — Note déposée par le fondateur :

«J'offre à l'Académie la somme de 2000 francs, pour la fonda- » tion d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question » suivante : Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les » asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire » une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens » d'action. Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement » rigoureux dans les affections mélancoliques, s'appuyer sur des

---

dont les horizons reculent tous les jours, l'anatomie de texture a pu changer de nom, l'histologie pathologique n'est que la suite de ce mouvement. Ce sera l'éternel honneur de l'école médicale française du commencement du siècle d'avoir posé les indestructibles bases de la science plus générale qui la contient tout entière. Si on l'oublie quelque part, que ce ne soit pas du moins parmi nous.

Aujourd'hui que nous voyons les choses de plus loin, et que nous les pouvons juger avec l'impartialité de l'histoire, Broussais, Bayle, Laennec et leurs disciples nous semblent bien moins éloignés qu'ils le paraissaient alors. La nosologie qu'on leur enseignait et dans laquelle se trouvaient classées, à la manière des espèces zoologiques qui sont des êtres, les maladies qui ne sont que des modalités de l'être, que des modifications dans la texture, la composition et le jeu des organes, les uns comme les autres la tenaient en médiocre estime. Les altérations organiques, voilà l'essentiel, voilà ce qu'il importe de rechercher et de connaître. Pour Broussais, aussi bien que pour Bayle et Laennec, c'est là que doit porter l'effort. Avec cette passion de synthèse qui le tourmente, Broussais s'emporte, il est vrai, sur la première piste qu'il rencontre et il n'en sortira plus; mais son objectif n'en est pas moins le même. Ses contemporains ne s'y sont pas trompés, et alors même que M. Andral combat le généralisateur à outrance, il rend hommage, pour employer ses propres paroles, « à cet homme d'un talent supérieur ». . . . .

Comme la plupart des maîtres, M. Andral a marqué sa place au premier rang, moins encore par le livre qui donne un corps aux idées, que par l'enseignement qui leur ajoute des ailes. Lorsque nous nous reportons par la pensée aux jours de notre jeunesse, à cet âge des impressions vives et des jugements sincères, l'imposante figure de M. Andral, dans sa chaire du grand amphithéâtre, nous apparaît comme le plus profond et le plus vivant de nos souvenirs d'études.

Sobre sans sécheresse, toujours élevée sans cesser d'être claire, sa parole nous attirait et nous retenait attentifs et

» faits assez nombreux et bien constatés par la science. » Un seul concurrent s'est présenté. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS AUX AUTEURS DES TRAVAUX RELATIFS A L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix la question suivante : « *De l'allaitement artificiel.* » — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Douze mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde à titre de récompense :

1° 300 francs à M. le docteur PERRON, médecin à Besançon (aux Chaprais, Doubs), pour son mémoire ayant pour épigraphe : *Omnia sapienter age*, inscrit sous le n° 1 : 2° 300 francs à M. le docteur G. ANNER, médecin à Brest (Finistère), pour son travail inscrit sous le n° 2, portant pour épigraphe : *Boire et manger beaucoup ne portent pas profit; c'est par digestion que l'enfant se nourrit;* 3° 200 francs à M. le docteur FINOT, médecin des épidémies à Vitteaux (Côte-d'Or), pour son mémoire ayant pour épigraphe : *Les systèmes passent, les faits restent*, inscrit sous le n° 9; 4° 200 francs à M. le docteur Léon DARDENNE, médecin à Lacapelle-Marival (Lot), pour son travail portant l'épigraphe suivante : *Puellus quoad primores dentes emiserit, solo lacte alendus* (GALIEN, *De sanitate tuenda*), inscrit sous le n° 4.

Elle accorde, en outre, à titre d'encouragement :

Des médailles d'argent à : MM. les docteurs A. Bousseau, médecin à Cholet (Maine-et-Loire); Montribon, médecin à Epinay-sur-Seine; Ludovic Stugoski, médecin à la Sauve (Gironde).

L'Académie accorde aux travaux en dehors du concours :

1° *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Louis Amat, médecin aide-major de 1re classe au 81e régiment d'infanterie; Rozan, médecin principal d'armée;

2° *Une médaille de bronze* à M. le docteur Bedoin, médecin-major au service des hôpitaux militaires.

MÉDAILLES OFFERTES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies, en 1878 :

1° *Médaille d'or* à M. le docteur Allaire, médecin principal de 2e classe au camp de Châlons.

2° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Couttin, médecin à Rethel (Ardennes); Géraud (Louis), aide-major de 1re classe au 31e d'artillerie; Griois, médecin-vétérinaire départemental; Ripoll, médecin à Toulouse (Haute-Garonne); Testevin, aide-major de 1re classe au 19e bataillon de chasseurs à pied; de Valicourt, aide-major au 22e régiment de dragons.

3° *Rappel de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Barbraud, de Rochefort; Bocamy, de Perpignan; Daniel, de Brest; Farge, d'Angers; Homo, de Château-Gontier; Manouvriez, de Valenciennes (Nord); Métadier, de Bordeaux; Picard, de Selles-sur-Cher; Pilat, de Lille; Remilly, de Versailles.

4° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bernard, à Grenoble (Isère); Cavaillon, à Carpentras (Vaucluse); Chartier, à Nantes (Loire-Inférieure); Cornillon, à Vichy (Allier); Degaille, à la Flèche (Sarthe); Durand, à Marseillan (Hérault); Godefroy Martin, à Vienne (Isère); Lacourtiade, à Blaye (Gironde); Pennetier, à Rouen (Seine-Inférieure); Perroud, à Lyon (Rhône); Pierre, à Autun (Saône-et-Loire); Reybert, à Saint-Claude (Jura).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS-INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France en 1877 :

1° *Médaille d'or* à M. le docteur Richelot, médecin-inspecteur des eaux du Mont-Dore.

2° *Rappel de médaille d'or* à M. le docteur Reeb, médecin principal de 1re classe à l'hôpital de Bourbonne.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Doyon, médecin-inspecteur des eaux d'Uriage; Grellety, médecin consultant à Vichy; Vaysse, médecin-inspecteur des eaux de Rennes-les-Bains.

4° *Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables à :* MM. les docteurs Auphan, à Aix; Bona, à Evaux; Caulet, à Saint-Sauveur; Doin, médecin-major de 1re classe à Bourbonne; Gubian, à Lamotte; Ticier, à Capvern.

5° *Médaille de bronze* à M. le docteur Cazaux, à Eaux-Bonnes.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1878. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder : 1° *Un prix de 1500 francs partagé entre :* MM. Chédan, médecin-major de 1re classe de la marine; Pugibet, médecin-major de 1re classe au 83e de ligne.

2° *Des médailles d'or à :* M. Géraud, en collaboration à M. Lafforgue, à Toulouse; M. Dardignac, à Toulouse; Mme veuve Parisot, sage-femme, à Tlemcen (Algérie); sœur Ursule, religieuse, à l'hôpital de la Pitié, à Paris.

3° *Cent médailles d'argent* aux vaccinateurs dont les noms suivent, qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie :

Mme Alvergne, MM. Amat (Louis), Andral, Arnould, Artance, Mme Bachelier, M. Baudon, Mlle Bauduin, Mme veuve Bellebarbe, Mme veuve Belloque, MM. Benoit, Bergot, Bertrand, Mme Bézard, MM. Biscarrat, Boivin, Bonafos (Jean), Bosc, Bosq, Mmes Bouchon, Burellier, MM. Briend, Carre, Castany, Catelan, Mme Caumel, MM. Chardon, Charpignon, Chebrou, Ciaudo (Joseph), Clément, Cocatrice, Colmeilles, Mme Courbatère, MM. Croquison, Darroze (Gustave), de Courtier, de Lavalette, de Lavenay (Sébastien), Demeunynck, Deserces, Mme veuve Deverdun, Mme Dolignon, MM. Donnezan (Albert), Falc, Mme Faure, MM. Franchet, Fuzet-du-Pouget, Garidel, Mmes Geneuil, Genier, Grossemy, MM. Guezennec, Guigues, Guillet, Guillon, Mme veuve Hélin, MM. Héritier, Jeanbernat, Lallour, Mmes Latour, Laudren, M. Lebault, Mmes Lebrun, Legendre, Léger, M. Licourt, Mme Madec, MM. Martin, Martin, Massalou, Ménard, Mme Miedzychowska, MM. Miguet, Moulin, Moullié, Mme Mouro, M. Nier, Mme Palat, M. Panis (père), Mme Papi, MM. Perroud, Piazza, Piégu, Mmes Pijou, Pinault, M. Plonquet, Mme Quet, MM. Recours, Richard, Mme veuve Rigal, MM. Rivairol, Roger, Mmes Sire, Templer; Thibaud, M. Tramoni, Mme Trotignon, M. Tulli, Mme Uzols.

(Nous publierons dans le prochain numéro les prix proposés pour 1880.)

---

respectueux. Dédaigneux des moyens vulgaires à l'aide desquels on conquiert les succès d'un jour, il avait l'autorité parce qu'il avait le respect des autres et de lui-même. M. Andral occupait alors la chaire de pathologie générale. En 1839, après la mort de Broussais, il y avait été porté par acclamation, comme le seul homme qui pût l'occuper. Le grand réformateur auquel il succédait, n'excitait plus l'enthousiasme des premiers jours. Quand la mort était venue le frapper, l'inexorable critique avait achevé son œuvre; le prestige était tombé; la foule suivait d'autres courants. C'est à son prédécesseur qu'il songeait peut-être, quand, devenu plus tard l'historien de la médecine, M. Andral s'exprimait en ces termes :

« Si les chefs d'école, disait-il, ont pu grouper autour d'eux un nombre plus ou moins considérable de partisans, c'est qu'ils ont eu assez d'habileté ou assez de puissance pour manier à leur profit deux principes ou mobiles inhérents à la nature humaine, à savoir : l'enthousiasme et la crédulité.

» L'enthousiasme inspire une foi aveugle. C'est chose merveilleuse de voir avec quelle facilité singulière les esprits les plus distingués, comme les plus vulgaires, acceptent sans contrôle les idées qui leur sont inspirées par celui qu'ils regardent comme leur chef ou leur maître. Il y a un temps où cet enthousiasme est à son comble et la crédulité sans limites, mais il y a une époque où l'enthousiasme tombe et où le désenchantement arrive. On s'étonne d'avoir pris feu pour des chimères : on déplore son aveuglement; et cependant vienne un nouveau chef aussi puissant et aussi adroit, les mêmes illusions reparaissent et toujours l'humanité se meut autour d'un même cercle. » (*Leçons sur l'hist. de la méd.*, recueillies et rédigées par M. le docteur Tartivel.)

Nul n'était mieux préparé que M. Andral à la chaire nouvelle à laquelle il venait d'être appelé. L'esprit déjà nourri d'un double enseignement, avide de tout savoir, toujours lisant, sans cesse prenant des notes, ne perdant pas un instant, nul peut-être ne possédait une érudition médicale

— M. *Béclard*, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge d'Andral. Cet éloge, un des meilleurs qui aient été prononcés par l'éminent secrétaire, a été maintes fois interrompu par les applaudissements de l'auditoire très nombreux qui emplissait la salle des séances. Nous le reproduisons au *Feuilleton*.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement des fractures sus-malléolaires. — Élection d'un membre titulaire. — La métallothérapie en chirurgie. — Luxation congénitale de la jambe en avant.

M. *Nicaise* veut justifier l'emploi de l'appareil de Scultet dans le traitement de certaines fractures du cou-de-pied. Les indications des appareils plâtrés sont certainement plus nombreuses; mais, dans certaines fractures sus-malléolaires, si l'on ne peut pas réduire, si l'élargissement des malléoles persiste, il y a avantage à appliquer l'appareil de Scultet pendant les premiers jours, afin de ne pas rendre définitive la difformité par l'application d'un appareil plâtré.

Le malade de M. Nicaise tomba d'un omnibus le 2 mars 1880; il se fractura le tibia et le péroné au-dessus des malléoles. La réduction étant impossible, le membre fut placé dans une gouttière. Le quatrième jour, le gonflement avait diminué, mais la réduction n'était pas complète; on appliqua le bandage de Scultet. Au treizième jour, la conformation du cou-de-pied étant régulière, M. Nicaise plaça la gouttière d'Hergott. Le malade guérit sans déformation.

M. *Polaillon*. On a parlé de la difficulté que les chirurgiens ont parfois à réduire les fractures sus-malléolaires; voici une pièce à l'appui. Elle a été recueillie sur une femme de cinquante-huit ans, qui se cassa le péroné à quatre travers de doigt de la malléole. Réduction impossible; le pied reste porté en dehors. La chloroformisation ne permet de réduire ni la luxation ni la fracture. Application de l'appareil de Dupuytren; au bout de quinze jours le pied était presque dans l'axe de la jambe. Vers le 6 mai, la malade mourut d'érysipèle. Sur la pièce on voit la fracture du péroné non réduite et la luxation du pied en dehors.

M. *Desprès*. La pièce de M. Polaillon est un exemple de luxation du pied en dehors avec fracture du péroné; cela n'est pas comparable aux fractures de l'extrémité inférieure de la jambe avec luxation consécutive. Dans ce dernier cas, on réduit toujours, si l'on emploie le chloroforme.

M. *Trélat* ne conteste pas l'utilité des appareils plâtrés pour maintenir la fracture quand elle est bien réduite; mais si l'on n'a pas pu réduire, confierez-vous à cet appareil, qui est rigide, le soin de faire la réduction? Evidemment, non; quand on ne peut pas réduire, il faut chercher à remplir les indications, chercher à réduire au moyen du chloroforme, des pressions, des tractions, etc.

— *Élection d'un membre titulaire*. — M. *Monod* est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

— M. *Berger* fait un rapport sur un travail de M. Burq : *La métallothérapie en chirurgie*. Un homme de soixante-douze ans, atteint de cataracte double, fut opéré d'un côté; il survint une cataracte secondaire. Il y avait alors 40 grammes de sucre par litre d'urine.

Le malade fut mis à l'eau de Vichy, source Lardy; le sucre tomba à 10 grammes par litre. L'autre œil fut alors opéré et avec succès. Le malade mourut à quatre-vingt-cinq ans.

D'après M. Burq, c'est parce que le diabète a été amélioré par l'eau de Vichy (Lardy) que la seconde opération a été couronnée de succès; le malade était en effet sensible au fer. La Société de chirurgie ne peut discuter la métallothérapie à l'occasion de ce fait.

— M. *Guéniot* a rencontré, en l'espace de quatre ans, deux faits de luxation congénitale rare; aucun chirurgien français ne paraît en avoir observé; il y en a quatre exemples dans la science. Il s'agit de la luxation congénitale de la jambe en avant, la jambe étant fléchie sur la face antérieure de la cuisse jusqu'au contact immédiat. Cruveilhier, Bouvier et Jules Guérin ont vu chacun un fait de ce genre, mais sur des enfants monstrueux ou affectés de nombreux vices de conformation; nous éliminons ces faits. Les deux observations de M. Guéniot ont rapport à des enfants sains et bien conformés, à part la luxation.

Il y a quatre ans, une femme accoucha à terme; travail normal; à onze heures du matin l'orifice est complètement dilaté, et un quart d'heure après l'enfant est expulsé en première position du sommet. Le pied droit se présentait en même temps que le cou. La jambe droite restait fléchie sur la cuisse; dans l'angle, on trouvait des plis de flexion, et du côté du jarret, une saillie; les extenseurs de la jambe étaient devenus fléchisseurs et avaient conservé leur force; les fléchisseurs paraissaient faibles.

Au moyen de petites tractions sur la jambe, la luxation se réduisit; mais elle avait une grande tendance à se reproduire. Pas de signes de traumatisme. Au bout de huit jours, les mouvements de flexion commençaient; le seizième jour, la guérison était complète.

Le deuxième fait est la reproduction du premier. Les deux membres inférieurs étaient ligaturés par le cordon. La jambe droite était luxée en avant, avec la pointe du pied déviée en

---

supérieure à la sienne. Ce trésor accumulé dans lequel il puisait à pleines mains, donnait à ses leçons nourries de faits, de citations heureuses, de remarques ingénieuses ou profondes, une valeur que relevaient encore une voix grave et la dignité du geste.

Avec un sens critique de premier ordre, M. Andral, s'élevant au-dessus des questions du jour, s'appliquait à distinguer, dans notre science, ce qu'il y a d'immuable et ce qu'il y a de changeant, à dégager les éléments constants des accidents transitoires; à saisir et à fixer ainsi les lois de son développement. Cette tendance à comparer le passé au présent s'accentuait chaque jour davantage.

Bientôt il entra tout à fait dans les régions de l'histoire pour ne plus les quitter. Le plan qu'il avait conçu était des plus vastes; il devait comprendre l'histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. De 1852 à 1856, M. Andral exposa devant un nombreux auditoire la longue période de la médecine grecque.

Si la fatalité ne l'eût arrêté au moment même où son enseignement jetait le plus vif éclat, nul doute, nous en pouvons juger par les extraits recueillis et publiés par une plume aussi exercée que fidèle, nul doute qu'il n'eût ajouté à toutes celles qui nous a laissées de nouvelles pages, et non les moins belles et les moins utiles. Habile à soulever le voile obscur des nosologies antiques, il eût mis en pleine lumière cette vérité, trop souvent méconnue, que la biologie est fille de la médecine; que si la science, définitivement sortie du domaine contemplatif et mieux armée, de nos jours, pour la recherche, a reculé les limites de l'observation et de l'expérience, les anciens s'attaquaient souvent aux véritables problèmes, s'ils ne savaient pas toujours les résoudre. Sans s'attarder à l'interminable chapitre des erreurs de la médecine, il eût tiré de ses longs tâtonnements la philosophie qui s'en dégage. A la lumière de sa pénétrante critique, on eût mieux compris et excusé les écarts de tous ces vaillants éclaireurs égarés, dans la nuit, à la recherche de l'inconnu. Tout en

dehors. Au bout de quelques jours, la jambe reprit sa direction et ses mouvements.

Dans les monstruosités, il ne s'agissait que de luxations incomplètes; Cruveilhier les appelle diastases de l'articulation. On a pu, en effet, faire l'examen anatomique sur les monstres.

M. Guéniot a fait des expériences sur trois cadavres d'enfants de quinze jours; il ne put reproduire la luxation sans décoller les épiphyses. D'après Malgaigne, la luxation serait le résultat de la contraction exagérée des extenseurs de la jambe; l'utérus se contractant à son tour, et l'enfant faisant des mouvements, peu à peu la luxation s'effectue.

M. *Lannelongue*. Doit-on appeler cela une luxation en avant? Dans la luxation de la jambe en arrière, le tibia passe derrière le fémur; dans la luxation en avant, le tibia passe en avant. Dans les faits de M. Guéniot, il se fait un mouvement de bascule et le pied doit se rapproche du pli de l'aine; alors le tibia doit se diriger en arrière, et enfin le plateau du tibia regarde en bas. M. Lannelongue a peine à appeler cela une luxation de la jambe en avant. Il aime mieux dire renversement de la jambe en avant; car, dans une luxation, les ligaments sont rompus, et les surfaces articulaires séparées, tandis qu'ici c'est un mouvement de rotation sur place sans que le tibia quitte l'articulation.

M. *Sée* est de l'avis de M. Lannelongue pour la dénomination; ce déplacement a dû se faire lentement, sous l'influence des contractions de l'utérus.

M. *Guéniot* accepte les observations de M. Lannelongue.

— Mercredi prochain, 14 juillet, à l'occasion de la fête nationale, il n'y aura point de séance.

L. Leroy.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU 7 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Recherches sur les peptones d'albumine végétale : M. Catillon. — De la glycosurie : M. Duhomme.

M. *Féréol* offre à la Société la note qu'il a lue à l'Académie de médecine, le 25 mai 1880, sur la *Rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques* et le traitement qu'elle comporte dans certains cas. Il pense qu'en suivant la voie qu'il a tracée, l'exemple de guérison qu'il rapporte de ce redoutable accident ne restera pas un fait unique et exceptionnel.

— M. *Catillon* lit un travail intitulé : *Des peptones et en particulier de la solution de peptone d'albumine végétale*. — Il rappelle que Pentzoldt, dans ses recherches sur l'emploi de la solution d'albumine végétale pour l'alimentation des malades, ne transforme qu'un sixième de la légumine en peptone et emploie indifféremment pour cette digestion artificielle l'acide chlorhydrique ou l'acide salicylique à la dose de 2 grammes pour 60 grammes de farine de pois; en présence de ces résultats, M. Catillon a institué diverses expériences pour voir si l'on ne pouvait obtenir une peptonisation plus complète et si le rôle de l'acide salicylique était bien identique à celui de l'acide chlorhydrique; d'autant que le premier de ces acides ne semble pas devoir être administré par grammes à des estomacs malades sans quelque inconvénient. Dans une première expérience, deux vases renfermant en digestion à l'étuve à 45 degrés la même quantité de farine de pois, de pepsine à la glycérine et d'eau, mais avec addition dans l'un de 2 grammes d'acide chlorhydrique, et dans l'autre de la même dose d'acide salicylique, fournirent, après vingt heures, une bouillie sensiblement identique, ne précipitant pas par l'acide azotique après filtration, mais par le tannin, et donnant une belle coloration violette par la liqueur de Fehling sans précipité. Soupçonnant des réactions complexes dans la farine de pois, l'auteur répéta la même expérience, mais avec de l'albumine coagulée, et, dans ce cas, après trois heures, obtint une peptonisation complète avec l'acide chlorhydrique, tandis qu'avec l'acide salicylique, après vingt-quatre heures, il ne put transformer l'albumine en peptone. Une expérience analogue fut répétée avec les deux acides réunis, et la peptonisation fut beaucoup plus lente et bien moins complète qu'avec l'acide chlorhydrique seul. Donc, l'acide salycilique ne peut remplacer l'acide chlorhydrique dans la digestion artificielle; il est incapable de favoriser la digestion aux doses indiquées ci-dessus, et s'il ne s'y oppose pas d'une façon absolue, il la retarde et l'entrave considérablement. M. Catillon a constaté, de la même manière, que la farine de pois, mise en digestion avec de la pepsine extractive, sans acide aucun, a subi, après vingt heures, une peptonisation complète, et que, même si l'on supprime la pepsine dans l'expérience, on obtient encore, après vingt-huit heures, une peptonisation moins complète, mais du moins parfaite pour la partie transformée ($10^{gr},80$ sur 60 grammes de farine). Il en conclut que la fermentation lactique qui se produit dans le mélange et que révèle sa propriété de virer au rouge la teinture de tournesol, peut remplacer l'acide chlorhydrique; qu'en outre, la farine de pois doit contenir un ferment digestif analogue à celui qui se rencontre dans le malt à côté de la maltine, ce ferment pouvant suppléer la pepsine dans les digestions artificielles. Passant ensuite à l'influence de l'acide salicylique sur l'action de la pancréatine, il a constaté que cet acide empêche la transformation de la matière amylacée en glycose; la présence de la glycose doit servir de moyen d'analyse pour les peptones commerciales annoncées comme contenant du pain; si elles ne précipitent pas la liqueur cupro-

---

célébrant les sévérités nécessaires de l'analyse, cette froide épée qui tranche tant de questions sans les résoudre, il eût montré qu'on ne saurait repousser l'esprit de synthèse; que ce serait mutiler la pensée que de l'arrêter à ce qui se voit et se touche; qu'il faut encore le grand air et les grands horizons.

Cette prédilection de M. Andral pour l'histoire s'explique aisément. Il avait vu de près les écarts de l'esprit de système: comme il avait toujours cherché à s'en garder lui-même, il en voulait préserver les autres. L'erreur n'est souvent que l'exagération d'une vérité, il en redoutait les prosélytismes éphémères. Volontiers il eût répété ce que disait tout récemment le célèbre physicien M. Tyndall : « Les théories sont indispensables, mais elles agissent sur notre esprit à la manière des drogues; les hommes se prennent de passion pour elles comme pour les liqueurs enivrantes, sauf à s'irriter quand on leur enlève ce stimulant de leur imagination. »

Le rôle de M. Andral fut surtout modérateur. Constamment il est dominé par cette pensée qu'aucun système n'est capable de tout embrasser; que nous ne devons rien proscrire; que nous devons tout voir, tout observer, qu'en un mot il est de l'essence de toute doctrine d'être intransigeante et de se mal prêter aux opportunités du progrès. « Je désire n'avoir jamais oublié, dit-il, que les systèmes qui ont dominé la médecine n'ont été que les divers points de vue sous lesquels ceux qui ont créé ces systèmes ont successivement envisagé la vérité..... Le plus souvent, on ne trouve dans l'étude de la médecine qu'une série de questions à discuter ou de problèmes à résoudre; parmi les faits dont se compose son domaine, il en est beaucoup qui échappent à toutes les lois auxquelles on s'efforce de les ramener, parce qu'il n'a encore été donné à aucun système de les embrasser tous. »

Des grands problèmes du passé et de l'avenir de l'homme, le médecin ne sait rien, et ne peut rien savoir. Voilà ce qu'on proclame depuis longtemps dans ce qu'on appelle l'École de Paris. M. Andral est de ceux qui en ont le mieux marqué

potassique, c'est qu'elles n'en renferment pas. Il est bon de rappeler aussi que les peptones ne se prennent pas en gelée, ce qui les différencie des solutions de gélatine. — On ne doit pas prescrire les peptones mélangées aux vins qui renferment du tannin, puisqu'elles précipitent par ce réactif et forment alors une lie d'aspet peu engageant; mais on les associera bien aux vins de liqueur ou à l'eau sucrée additionnée d'eau-de-vie.

— M. *Duhomme* a constaté, dans nombre de cas et sur lui-même, la présence de sucre dans l'urine à l'état physiologique, mais en minime quantité : de quelques décigrammes à 1 et même 4 grammes par litre; cette glycosurie ne semble pas se modifier sous l'influence d'un régime même fortement amylacé. Il a été amené par suite à chercher chez différents diabétiques si l'ingestion d'une grande quantité de féculents modifierait sensiblement le taux de leur glycosurie; il est arrivé au résultat suivant : après un régime ordinaire renfermant peu de principes amylacés, tous les diabétiques sur lesquels ont porté ses expériences ont excrété une quantité faible de glycose, presque identique pour chacun d'eux; mais après une ingestion considérable de féculents, le chiffre de la glycose excrétée a varié pour chaque malade d'une façon extrêmement marquée, depuis quelques grammes jusqu'à 30 grammes et plus. Un fait cependant lui a paru remarquable, c'est que chaque glycosurique avait atteint un maximum pour la dose de sucre contenue dans ses urines, qu'il ne pouvait dépasser, maximum d'autant plus élevé que le malade était plus fortement atteint. Ainsi, on pourrait dire qu'un glycosurique faible est un individu qui ne peut produire, quelle que soit l'alimentation, qu'une faible dose de glycose; ce qui serait en faveur de la théorie physiologique de Cl. Bernard.

M. *Féréol* proteste contre la conclusion que l'on semblerait être en droit de tirer de ces faits, que le régime n'a qu'une importance secondaire, puisque, quoi qu'il fasse, un diabétique ne dépassera pas un certain maximum dans l'excrétion de la glycose.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que les accidents du diabète sucré et les symptômes de déchéance organique sont proportionnels à la quantité de sucre émise dans l'urine; tout diabétique a donc intérêt, non à ne pas dépasser un certain maximum, mais à atteindre le minimum que peut lui procurer le régime auquel il se soumet. Il demande à M. Duhomme si l'urine de tous les individus bien portants renferme une faible dose de sucre, et comment on peut la déceler : est-ce par le précipité de la liqueur de Fehling? est-ce avec le polarimètre?

M. *Duhomme* tient avant tout à affirmer qu'il regarde le régime comme indispensable dans le traitement du diabète sucré; il a simplement voulu montrer qu'après une alimentation fortement amylacée on connaîtra le maximum auquel peut atteindre le malade, mais qu'il ne dépassera pas. Il croit que tout individu est glycosurique à l'état physiologique, c'est-à-dire émet dans ses urines une faible quantité de glycose qui se maintient constamment la même, quel que soit le régime. Quant au procédé qui permet de constater la présence de ce sucre, ce n'est ni le polarimètre qui ne fournit pas de résultat au-dessous de 50 centigrammes de glycose par litre, ni la liqueur cupro-potassique, du moins comme on l'emploie ordinairement : en effet, avec une faible quantité de glycose on n'obtient plus le précipité rouge classique, ce dont on peut s'assurer en ajoutant 2 ou 3 grammes de glycose à un litre d'urine normale; dans ce cas on détermine un précipité jaune opaque qui, pour M. Duhomme, est un indice certain; car il l'a maintes fois constaté après abaissement graduel et marqué du chiffre de la glycose, soit chez les diabétiques, soit dans la glycosurie passagère et régulièrement décroissante de la période digestive.

M. *Dujardin-Beaumetz* préférerait un moyen qui ne fût pas une affaire d'expérience personnelle et qui pût se passer du contrôle d'analyses rétrospectives; cette difficulté dans la méthode de dosage explique bien d'ailleurs les dissidences sur la question de la glycosurie physiologique.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Étiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes, par le docteur Alison.

M. le docteur Alison a réuni en un article spécial le résumé des deux mémoires que l'Académie de médecine a couronnés en 1879. Ils avaient pour objet l'étude analytique d'une épidémie locale de fièvre typhoïde observée à Hablainville, et un examen critique des conditions générales dans lesquelles naissent et se propagent les épidémies typhoïdiques. Les travaux de ce genre ont un grand intérêt. C'est par une observation attentive, faite dans de petites localités, que l'on peut arriver à juger si la fièvre typhoïde est ou non contagieuse. C'est en suivant de chaumière en chaumière ou de village en village la filiation des cas observés que l'on arrive à reconnaître comment sont nées et comment se sont propagées les épidémies. A ces divers points de vue, l'étude entreprise par le docteur Alison est des plus remarquables. Ses observations, très complètes et très bien analysées, l'ont conduit aux conclusions suivantes : De 1870 à 1878, l'auteur a observé 49 foyers ou centres typhoïdiques comprenant 9 épidémies généralisées, 22 foyers circonscrits, 18 cas simples ou isolés. Le nombre des sujets atteints a été de 1202, sur lesquels il y

---

l'esprit; il en a été l'une des expressions les plus élevées.

Pour avoir reconnu son domaine et clairement entrevu son objet, les champs de la découverte qui s'ouvrent devant elle n'en sont pas moins immenses. Voyez en effet ce qui se passe dans cet être doué de vie. Ce qui s'est une fois gravé dans sa substance y demeure. Les empreintes peuvent succéder aux empreintes : elles subsistent. « Lorsqu'on martèle un vase, a dit le sympathique auteur de *Ciel et Terre* (Jean Reynaud), la variation occasionnée par chaque coup, loin de s'anéantir par celui qui lui succède, s'y implique et s'y continue. A chaque instant, dans la forme du vase se trouve inscrite l'histoire de tous les coups qui l'ont façonné. Deux vases peuvent aboutir à la même forme après des martelages très différents; mais ils ont beau présenter la même forme, la différence de leurs deux histoires est consignée dans leur intérieur. »

A notre tour nous dirons : Les éléments de nos organes et de nos tissus sont comme la matière de ce vase, notre histoire y est écrite et la substance de notre être est comme la feuille de route que nous emportons dans les étapes de la vie. C'est elle que le médecin doit apprendre à déchiffrer.

. . . .

Après ce regard jeté sur le passé, les entraînements de la doctrine physiologique et la vogue nouvelle des saignées coup sur coup n'ont plus lieu de nous surprendre. Un des plus fervents admirateurs de Broussais nous apprend qu'au Val-de-Grâce on prenait les sangsues sans compter et par poignées (Reis, *Etude sur Broussais et sur son œuvre*, in-8, Paris, 1869); que la consommation annuelle des sangsues, de deux ou trois cent mille en 1824, s'élevait, trois ans plus tard, au chiffre de trente-trois millions. Les étangs en France étaient épuisés; on alla les chercher en Bohême, en Hongrie et dans toutes les eaux dormantes de l'Europe. Cette industrie, devenue subitement si florissante, où en est-elle aujourd'hui?

Pour expliquer le discrédit dans lequel l'emploi des émis-

a eu 124 décès. Comparées à la population, cette morbidité et cette mortalité donnent 1 cas de fièvre sur 13 habitants et 1 décès sur 10 malades. Nous nous bornerons à faire ressortir ce qu'ont d'exceptionnel ces chiffres. Ils dépassent de beaucoup ceux que l'on considère comme représentant la morbidité moyenne fournie par la fièvre typhoïde. La mortalité, au contraire, est des plus restreintes.

Examinant les conditions étiologiques de la maladie, M. Alison trouve que la contagion a été manifeste dans 33 cas. Dans 19 cas, la contagion a pu être invoquée comme la cause exclusive de la maladie. Dans 12 cas la contagion s'est associée aux conditions individuelles et aux matières putrides. Les conditions individuelles et infectieuses ont eu un rôle déterminant dans les 18 autres cas. Les conditions individuelles ont été le facteur prédominant de la fièvre typhoïde dans 8 cas; 12 fois cette prédisposition individuelle s'est associée à la contagion et aux matières putrides. La pénétration de matières putrides dans l'organisme a paru être la cause déterminante de la maladie, sinon seule, du moins associée à la contagion et aux conditions individuelles dans 9 cas. Dans les autres (40 sur 49) les matières putrides ont aussi exercé leur action, mais celle-ci a paru subordonnée à la nocivité due au contage ou à l'individu.

Les variations atmosphériques, les saisons, la structure du sol ont eu, dans certains cas, une action adjuvante active. Mais toujours la contagion, la prédisposition individuelle ou l'absorption de matières putrides ont joué un rôle prédominant. (*Arch. générales de médecine*, mars 1880, et tirage à part.)

Fait remarquable d'obstruction périodique d'un uretère dans un cas de rein unique, autopsie, par M. D. M. Wilcox.

Le malade présentait comme symptômes principaux, à chaque nouvelle attaque, une suppression plus ou moins complète de la miction, une violente douleur dans le côté gauche, s'étendant de l'hypochondre à la région inguinale: l'attaque se terminait par des vomissements et par l'émission d'une quantité plus ou moins grande d'urine claire, sans albumine. La température restait normale, le pouls conservait sa fréquence habituelle, il était seulement plus faible. Ces accidents se répétèrent avec quelques variantes, pendant plusieurs années, mais prirent une gravité exceptionnelle aux mois de février et de mars 1880. Le malade mourut sans avoir présenté de phénomènes urémiques.

A l'autopsie on trouva environ trois pintes d'urine épanchée dans l'abdomen; cette urine claire contenait de l'albumine. Il n'y avait pas trace du rein droit. Le rein gauche occupait sa position normale; il était congestionné, semé de taches livides à sa surface, et présentait à sa partie supérieure et antérieure une petite perforation par laquelle l'urine s'était épanchée dans le péritoine. Le bassinet, qui présentait les traces d'une distension considérable, contenait deux ou trois onces d'urine. L'uretère était obstrué au voisinage de la vessie par une petite masse ovoïde contenant, dans une capsule fibreuse solide, deux calculs d'acide urique.

Pourquoi cette masse avait-elle joué le rôle d'obturateur seulement de temps à autre et non d'une façon permanente, c'est ce que l'auteur ne saurait dire. L'un des points remarquables de cette observation consiste dans l'absence d'accidents urémiques graves, malgré une suspension complète d'excrétion urinaire ayant duré six jours. (*The Med. Record*, New-York, 29 mai 1880.)

Tumeurs papillaires sur le trajet des nerfs, par M. H. Radcliffe Crocker.

A propos d'un cas de tumeurs papillaires situées le long des nerfs et rapporté par Steph. Mackenzie dans le *Med. Times and Gaz.* (24 avril 1880), R. Crocker cite un fait analogue qu'il a observé chez un enfant atteint d'une paralysie pseudo-hypertrophique limitée à la moitié gauche du corps et surtout développée dans les régions des extenseurs. L'examen histologique montre que les tumeurs cutanées étaient des papilles anormalement développées. Cette lésion ressemble parfaitement, à la différence de volume près, à celle qui a été observée par le même auteur dans des cas d'ichthyose partielle rapportés dans les *Clinical Translations* pour 1879. La disposition de ces lésions s'étant montrée strictement unilatérale en suivant le trajet des côtes, et longitudinale aux membres, fait admettre qu'une influence nerveuse a présidé à sa distribution. (*Medical Times and Gazette*, 12 juin 1880.)

Vomissements hystériques ayant duré dix mois et causés par un déplacement de l'utérus, par M. Graily Hewitt.

Une jeune femme de vingt ans, dont la menstruation était suspendue depuis dix mois, vomissait absolument tous ses aliments. Elle était arrivée à un degré d'émaciation et de faiblesse extraordinaire. L'examen fit constater une antéversion complète de l'utérus avec flexion considérable, et l'on considéra les troubles gastriques comme en rapport avec cette lésion utérine. En effet, à la suite du traitement de déplacement de l'utérus, les vomissements disparurent, la force et

---

sions sanguines est tombé, pour justifier et les abus d'autrefois et l'abandon du jour, on invoque je ne sais quel affaiblissement de notre énergie physique et comme une sorte d'abaissement de la santé nationale; comme si la misère moins profonde, l'aisance de plus en plus répandue, une alimentation plus abondante et plus riche, l'espace, l'air, la lumière à la place des sombres et sordides demeures où s'entassait naguère une population pressée, et comme conséquence démontrée l'élévation progressive de la durée moyenne de la vie humaine, ne protestaient pas contre une pareille supposition!

M. Andral fut au premier rang de ceux qui organisèrent la résistance. A cette thérapeutique active, emportée, impatiente d'en venir aux prises avec la maladie, il fit succéder des procédés plus conciliants, et dont le malade du moins n'avait pas à subir les violences. L'expectation, ainsi s'appelait la méthode nouvelle, c'est-à-dire la prudence, la temporisation, le régime, l'emploi raisonné des agents de l'hygiène, préparait une victoire que quelques-uns trouvent aujourd'hui trop complète.

Cette campagne, M. Andral la conduisit avec un grand discernement, non sans quelques concessions aux nécessités du temps. Nous étions, en 1840, attaché à son service en qualité d'élève stagiaire; il était rare que nous n'eussions pas quelques saignées à faire avant de quitter l'hôpital. Or, chacun sait que de nos jours beaucoup de jeunes docteurs n'ont jamais pratiqué ni vu pratiquer cette opération.

La réserve d'aujourd'hui, l'observera-t-on demain? Ce qui semblait à jamais enseveli s'est tant de fois ranimé, la voix de la sagesse a été si souvent méconnue, tant de fois la modération a eu tort qu'il faut se garder de prédire l'avenir.

Depuis longtemps placé au premier rang, M. Andral partageait sa vie entre une clientèle des plus actives et de laborieuses études. Nul mieux que lui ne connut le prix du temps; jamais il ne restait un instant inoccupé. En hiver, dès que tombait le jour, on pouvait le voir un livre à la main,

l'appétit revinrent rapidement, et, au bout de quelques semaines, la guérison put être considérée comme définitive. (*Clinical Society of London*, in *Med. Times and Gazette*, 12 juin 1880.)

Un cas de phthisie aiguë par contagion directe chez un chien, par M. D. H. CULLIMORE.

Au sujet d'un travail sur la tuberculose considérée comme maladie contagieuse et publié dans le numéro du 8 mai 1880 du *Bristish med. Journal*, M. Cullimore rappelle le fait suivant observé par lui à Mandalay (Bengale).

Une malade, atteinte depuis longtemps de tuberculose, expectorait une grande quantité de matières muco-purulentes. Ces matières étaient souvent avalées par un chien, qui présenta bientôt des phénomènes de consomption rapide, avec écoulement abondant de mucosités par les narines et par la bouche. A l'auscultation on entendait des râles humides et du rhonchus dans la plus grande partie du thorax. L'animal, ayant eu plusieurs attaques tétaniques, fut tué par l'acide prussique.

A l'autopsie on trouva une adhérence totale et récente des deux plèvres dans les poumons, une dégénération caséeuse à différents degrés. Pas de lésion spéciale du cerveau.

Ce fait montre que le poumon du chien est susceptible de devenir tuberculeux à la suite de l'injection par l'estomac de matière tuberculeuse, bien que la voie stomacale soit, d'après Cohnheim, la plus lente pour l'introduction des virus de ce genre.

Il est regrettable que l'examen des viscères abdominaux et des ganglions mésentériques n'ait point été pratiqué. (*The British med. Journal*, 22 mai 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Antiseptic Surgery (Chirurgie antiseptique), par le docteur William MAC CORMAC, professeur à l'École de médecine de l'hôpital Saint-Thomas, fellow du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre. Londres, 1880. Smith, Elder et Cie.

La méthode antiseptique, proposée par Lister il y a bientôt quinze ans, a fait aujourd'hui le tour du monde. La plupart des chirurgiens d'Europe et d'Amérique en ont accepté les bases, et s'il existe encore quelques divergences, c'est plutôt sur des questions d'application et de détail que sur le principe même de la méthode. On discute encore aujourd'hui sur le meilleur agent antiseptique qu'il convient d'employer, sur la manière dont il convient d'appliquer le pansement; mais tout le monde est d'accord sur le point principal, à savoir: qu'il faut préserver la plaie du contact de l'air et des principes morbides qui y sont en suspension.

L'ouvrage de M. Mac Cormac, qui traite exclusivement de la chirurgie antiseptique et du pansement de Lister, arrive donc fort à propos. Le livre récemment publié par M. Lucas-Championnière nous avait déjà initiés aux principes et aux règles de la méthode listérienne; mais l'ouvrage sur lequel nous appelons aujourd'hui l'attention des chirurgiens français contient les détails les plus complets et les plus minutieux, non seulement sur le *modus operandi*, mais encore sur les résultats fournis par cette méthode dans un des plus grands services hospitaliers de Londres.

La première partie du livre de M. Mac Cormac est consacrée à l'examen théorique de la méthode. L'auteur reconnaît que la chirurgie antiseptique est aussi vieille que la chirurgie elle-même. Les anciens la mettaient déjà en pratique lorsqu'ils employaient certaines préparations balsamiques ou alcooliques qu'ils appliquaient sur les plaies; mais le traitement antiseptique moderne est basé sur ce point important, à savoir, que les chirurgiens qui le mettent religieusement en pratique admettent dans l'air l'existence de principes morbides spécifiques, qui sont la cause des complications inflammatoires, et qu'il est essentiel d'éloigner des plaies. D'après la théorie listérienne, ce n'est pas l'air qui est nuisible, mais les éléments septiques qu'il contient; la méthode a donc pour but de détruire ces éléments septiques qui peuvent déjà exister dans une plaie récente, et de les éloigner de la plaie pendant tout le cours de la cicatrisation.

Cette théorie présente au moins l'avantage de ne rien préjuger sur la nature intime des éléments septiques répandus dans l'air. Sont-ce des germes, des vibrions, des microbes? Ce sont là autant de points qui seront probablement élucidés un jour, mais dont la solution n'est pas absolument nécessaire pour la rigoureuse application de la méthode. Ce qu'il importe d'admettre, c'est que l'élément septique est fourni par l'atmosphère et non par la plaie, et qu'il importe de ne laisser arriver sur celle-ci qu'un air parfaitement purifié. Toutes ces questions théoriques ont été exposées par M. Mac Cormac avec autant de sobriété que de clarté.

Dans une seconde partie, l'auteur fournit sur le matériel antiseptique et sur l'application du pansement listérien les détails les plus minutieux. Ce chapitre, qui est certainement le plus important de l'ouvrage, sera consulté avec fruit, non seulement par les chirurgiens qui désirent mettre en pratique la méthode antiseptique, mais encore par ceux qui l'ont déjà mise en usage. Pour donner les résultats satisfaisants que proclame son auteur, la méthode doit être appliquée dans toute sa rigueur; il arrive parfois que les nouveaux adeptes de la chirurgie antiseptique font quelques essais in-

---

dans sa voiture éclairée à l'intérieur, utiliser les loisirs forcés que donnent au médecin répandu les obligations de son ministère. Comme au début de sa laborieuse carrière, levé tous les jours de très bonne heure, il allumait son feu et consacrait au travail, avant de se rendre à la Charité, les seuls moments qu'il pouvait dérober à ses occupations professionnelles.

Fidèle au culte des lettres, nourri des classiques français et latins, lié d'amitié avec les hommes les plus éminents de l'époque, MM. Molé, Cousin, Villemain et tout particulièrement avec M. Thiers, qui lui avait voué la plus vive et la plus respectueuse affection, M. Andral aimait à se délasser des travaux du jour dans des entretiens auxquels sa haute raison, son goût épuré, sa mémoire fidèle, son jugement sûr et son libéralisme éclairé donnaient à la fois le charme et l'autorité.

Nous répéterons ce que l'un des derniers représentants, l'une des gloires de cette grande époque, notre éminent collègue, M. Bouillaud, disait ici même, en rendant à son contemporain, son émule, un hommage où l'on sentait vibrer tous les souvenirs du passé: « Qu'elle fut donc belle cette première moitié de la vie médicale d'Andral! hélas! pourquoi ne fut-elle pas plus longue! »

Tout à coup, en effet, au plus beau moment de sa vie scientifique, dans la vigueur de l'âge et du talent, M. Andral disparut de la vie active. Cette séparation se fit tranquillement, sans éclat, comme il faisait toutes choses, et ce renoncement ne devait pas durer moins de vingt ans. L'indivisible flamme qui ne s'élève que d'un seul foyer, l'amour, devait lui inspirer cette héroïque résolution. Le politique n'oublie guère son ambition, l'homme de lettres son amour-propre, l'homme d'affaires ses intérêts; le médecin, il faut le dire à sa louange, est mieux préparé aux coups de la fortune: chaque jour il affronte d'invisibles périls; il a l'habitude, la passion du sacrifice silencieux.

C'est vers l'année 1846 que Mme Andral ressentit les pre-

fructueux; cela tient le plus souvent à l'omission d'une des règles qui ont été posées par l'auteur pour l'application de sa méthode. Il importe donc de connaître jusque dans ses plus minutieux détails la pratique du pansement listérien, si l'on veut qu'il tienne les promesses qui ont été faites en son nom.

La troisième partie du livre de M. Mac Cormac contient un rapide exposé des applications les plus importantes de la méthode antiseptique à la pratique chirurgicale. L'auteur passe successivement en revue toutes les grandes opérations et fait connaître les particularités qu'elles peuvent présenter au point de vue du traitement antiseptique. C'est ainsi que nous trouvons des indications spéciales d'une grande valeur pour la thérapeutique chirurgicale des affections articulaires, pour la cure radicale de la hernie et de l'hydrocèle, pour l'ablation des tumeurs cancéreuses, etc. Nous appelons particulièrement l'attention sur les résultats obtenus avec le pansement antiseptique dans l'ovariotomie et les autres opérations pratiquées dans la cavité abdominale.

Enfin l'ouvrage se termine par un court aperçu sur les applications de la méthode antiseptique à la chirurgie militaire. Nous n'avons pas encore pu recueillir sur ce point des renseignements suffisants; mais l'auteur pense que, quoique ne pouvant pas toujours être appliquée avec la rigueur nécessaire, la nouvelle méthode pourra rendre de réels services sur les champs de bataille et dans les ambulances.

Nous ne pouvons terminer cette courte analyse sans rappeler que l'auteur, qui occupe aujourd'hui une des plus grandes situations chirurgicales de l'Angleterre, a été autrefois un des nôtres. Pendant la désastreuse guerre de 1870, M. Mac Cormac a fait partie de ces chirurgiens anglais qui sont venus mettre au secours de nos blessés et de nos malades, en même temps que leur dévouement et leur talent, les ressources matérielles presque illimitées provenant de souscriptions recueillies en Angleterre. Placé à la tête de l'ambulance anglo-américaine, M. Mac Cormac a partagé les dangers et les périls de cette triste campagne; c'est là un titre qui mérite d'être rappelé et qui ne peut que bien faire accueillir parmi nous les travaux de notre éminent confrère.

A. Lutaud.

Index bibliographique.

Recherches critiques et expérimentales sur le nitrite d'amyle, par M. H. Dugau. Thèse de doctorat. — Paris, 1880. O. Doin.

M. Dugau a consacré à l'étude du nitrite d'amyle, qui a été quelque temps en vogue comme médicament dans un grand nombre d'affections nerveuses (angine de poitrine, épilepsie, etc.), un travail fort complet aux points de vue historique, critique et expérimental. Les recherches, faites en collaboration avec M. François-Franck, ont été surtout dirigées vers les effets circulatoires et vasculaires du nitrite d'amyle : c'est là la partie originale de son travail qui se recommande, du reste, par l'abondance des documents bibliographiques. Voici quelles sont les principales conclusions des recherches personnelles de l'auteur :

Lorsqu'un animal (chien, chat, lapin) respire des vapeurs nitro-amyliques, on voit survenir immédiatement un abaissement de la pression artérielle, en même temps que le cœur s'accélère, que la respiration devient irrégulière et que l'animal exécute des mouvements généraux de défense. Ces phénomènes sont le résultat de l'action du nitrite d'amyle introduit dans le sang et porté au contact des éléments anatomiques. La chute de la pression sanguine n'est pas subordonnée aux troubles cardiaques concomitants, mais elle dépend d'une modification vasculaire. L'influence du nitrite d'amyle sur les vaisseaux doit être considérée comme une action vaso-dilatatrice active et non paralytique, puisqu'elle permet aux vaisseaux dilatés par cette substance de se resserrer énergiquement sous l'influence de l'excitation directe ou réflexe des nerfs vaso-constricteurs (Franck). L'accélération du cœur qu'on observe chez les animaux et chez l'homme paraît résulter de l'action du nitrite d'amyle sur les appareils intra-cardiaques, car elle persiste chez les animaux dont le cœur a été séparé des appareils nerveux centraux par la section de ses nerfs extrinsèques. Ces troubles cardiaques ne cessent pas aussitôt après l'inhalation : ils durent plusieurs jours, et se traduisent par des irrégularités et des palpitations avec intermittences. (*Observations de l'auteur sur lui-même*).

Ces résultats ne seraient pas de nature à conseiller l'abandon du nitrite d'amyle; mais il suffit de parcourir les comptes rendus des expériences et des observations rapportées par M. Dugau pour éprouver bien vite une certaine aversion à l'égard de cette substance, qui détruit ou altère profondément l'hémoglobine, et tue souvent les animaux au bout d'un petit nombre d'heures. M. Rabuteau nous paraît avoir parfaitement caractérisé cette action des nitrites en général en disant qu'ils sont « des poisons traîtres, comme le phosphore, comme le colchique, en ce sens qu'ils n'agissent pas toujours d'une manière rapide, mais souvent au bout de quelques heures ». Nous aurions voulu trouver à la fin de ce travail une conclusion moins réservée à l'égard de l'abandon du nitrite d'amyle en thérapeutique.

De l'action physiologique du salicylate de soude sur la calorification, la circulation et la respiration, par le docteur Oltramare. Thèse de doctorat. — Lyon, 1879. O. Doin.

L'auteur a étudié, dans le laboratoire du professeur Chauveau, l'action physiologique du salicylate de soude, à l'aide de procédés perfectionnés, par l'examen graphique des variations circulatoires, respiratoires, etc. Ses recherches l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° *Effets thermiques*. — Le salicylate de soude en injection stomacale ne modifie pas la température; l'injection intra-veineuse amène un abaissement thermique; mais cet effet n'a rien de spécial au salicylate, car on l'obtient avec de l'eau pure.

2° *Effets circulatoires*. — Le salicylate élève passagèrement la pression sanguine; cet effet, maximum à la première dose injectée, s'épuise progressivement. En même temps que la pression s'élève,

---

mières atteintes du mal cruel qui, pendant de si longues années, devait la tenir étendue sur son lit de douleur. Depuis longtemps elle avait voué à l'homme supérieur auquel elle était unie, une affection profonde, absolue, exclusive; son état exigeait des soins de tous les instants, elle ne consentit à les recevoir que de lui.

Tout d'abord, M. Andral s'efforça de concilier les devoirs de sa profession avec les témoignages de tendresse qu'il prodiguait à sa chère malade; et c'est ainsi que, pendant près de dix ans, il mena l'existence la plus pénible et la plus troublée.

Loin de s'améliorer, l'état de Mme Andral s'aggravait. En 1856, le sacrifice fut complet, absolu; M. Andral descendit de sa chaire, et se consacra, sans partage, à son œuvre de dévouement.

Assidu jusque-là aux séances de l'Académie des sciences, où il siégeait depuis 1843, on l'aperçut encore de loin en loin; mais ce n'était guère que pour prendre part à la discussion des titres, défendre les candidatures qui lui paraissaient les plus dignes, et remplir ainsi ce que cet homme, profondément honnête, regardait comme le plus impérieux de ses devoirs.

Lors de la guerre de 1870 et sous la menace des événements, on dut songer à transporter la malade hors de Paris. Le voyage fut long et pénible. On atteignit, enfin, Châteauvieux. Dans cette résidence qu'elle tenait de sa famille maternelle, Mme Andral vécut encore deux années. C'est là que M. Andral reçut le dernier soupir de cette femme supérieure, dont la maladie avait à la fin brisé l'intelligence. Jamais dévouement ne fut plus infatigable, plus inutile et plus admirable.

Tous les liens qui rattachaient M. Andral au passé étaient depuis longtemps brisés; il resta dans sa retraite. La mort de celle qui avait si complètement rempli sa vie venait tout à coup d'y faire un grand vide; M. Andral chercha à le combler par le travail. Sa liberté, si douloureusement recouvrée,

les pulsations augmentent en nombre et en énergie. Ces deux phénomènes sont dus, soit à une excitation directe des fibres musculaires du cœur, soit à une action sur les ganglions cardiaques ou sur les nerfs accélérateurs. A la suite de l'élévation passagère de la pression produite par l'injection, il y a un retour à la pression normale et quelquefois même un abaissement qui sont liés à une dilatation des capillaires. Lorsque la dose devient toxique, la pression baisse rapidement, et la mort survient par arrêt du cœur. Cet arrêt semble dû à un empoisonnement direct de la fibre musculaire, car celle-ci ne se contracte plus sous l'influence de l'électricité...

3° *Effets respiratoires.* — Quand on n'administre pas de doses toxiques, on n'observe que des troubles respiratoires peu importants, souvent de l'accélération, un peu de dyspnée avec augmentation d'amplitude des mouvements respiratoires. Si la mort survient, elle ne résulte pas de l'asphyxie, comme on l'a dit; en effet, on trouve dans le cœur gauche un sang très oxygéné; on ne constate pas de lésions pulmonaires, d'ecchymoses, etc.; quelquefois l'arrêt de la respiration ne s'est manifesté que quelques instants après celui de la circulation. La respiration artificielle n'empêche pas une dose toxique d'amener la mort tout aussi rapidement. Même à un degré avancé de l'intoxication, l'analyse des gaz de la respiration ne permet de constater aucun changement dans leur quantité relative.

M. Oltramare termine ce consciencieux travail par quelques considérations au sujet du mode d'action du médicament chez l'homme : « Tant que les phénomènes sont d'ordre vasculaire, les effets du salicylate sont surprenants; mais une fois les éléments anatomiques altérés, il n'a plus de prise que sur l'hyperhémie : la lésion persiste et évolue. Nous croyons pouvoir affirmer que c'est à ses propriétés vaso-motrices que le salicylate de soude doit son efficacité sur le rhumatisme aigu. Mais, cette action dérivatrice, il ne l'exerce qu'en congestionnant d'autres organes, en particulier ceux qui dépendent des nerfs splanchniques, d'où la nécessité de n'administrer cette substance qu'à des sujets ayant une intégrité parfaite des reins, du foie, de l'intestin et de l'estomac, sous peine de voir survenir les accidents graves qui tendent à faire abandonner la médication salicylée. »

VARIÉTÉS

L'ŒUVRE DE BROCA.

Après les éloges décernés à Broca par ses meilleurs amis, qui sont eux-mêmes les juges les plus autorisés pour apprécier un si haut esprit, nous avons pensé que le plus grand hommage à lui rendre serait le simple énoncé de ses travaux; mais cette nomenclature seule comprendrait un nombre de publications si considérable touchant à des sujets si variés, que nous devons nous borner à l'énumération des plus importantes de ses recherches. En tête de celles-ci nous devons placer les premières recherches anatomiques de Broca, non pas seulement pour procéder par ordre chronologique, mais parce que nous croyons y trouver la caractéristique de son esprit scientifique, la méthode qu'il n'a jamais cessé de suivre. La thèse pour le doctorat sur la *Propagation de l'inflammation*, 1849; la thèse d'agrégation sur l'*Étranglement dans les hernies abdominales*, 1853; le mémoire sur l'*Anatomie pathologique du cancer* qui fut couronné par l'Académie de médecine en 1852 : tels sont les premiers travaux de Broca.

L'anatomiste prédomine, apportant la sagacité dans l'observation, la précision dans l'exposition, associant aux préceptes de la méthode philosophique la plus rigoureuse l'expression élégante et persuasive, qualités précieuses, qu'il tenait d'origine et d'éducation. Le *Traité des anévrysmes* à lui seul suffirait pour honorer la mémoire de son auteur : car il est un modèle d'érudition, de bon sens pratique et de saine application des notions de l'anatomie et de la physiologie à la pathologie ; on en aurait pu dire autant du *Traité des tumeurs*, s'il eût été publié plus rapidement; en effet, les documents accumulés dans ces deux volumes sont d'une importance considérable en chirurgie pratique, mais on y retrouve la trace des discussions qui ont passionné nos maîtres en chirurgie et en anatomie pathologique, alors que les chirurgiens étaient les premiers micrographes, et qu'er traînés par une conception théorique, ils croyaient démont péremptoirement la spécificité du cancer. Ce livre, il l'avouer, a paru pour les anatomo-pathologistes quelque « attardé », en ce sens qu'il critiquait des opinions alors en faveur, telles que la théorie cellulaire ; eh bien, en hi logie comme en toute science qui est sortie de ses débuts, temps amène des progrès si rapides, qu'à ce jour la théori cellulaire telle qu'elle existait au moment où Broca la cou battait est elle-même bien vieillie ; le *Traité des tumeu* n'en reste pas moins un essai d'étude des tumeurs qui pe servir de guide pour un traité chirurgical, et de plus il est exemple à méditer de la difficulté que présente une pare tâche, puisqu'avec toute son activité Broca n'a pu q l'ébaucher.

Cependant le chirurgien érudit et sagace se retrouve en maints chapitres de ces deux livres, et toute la partie qui traite de la thérapeutique chirurgicale, contient des documents qui ont été si souvent reproduits, qu'ils sont, pour ainsi dire, acquis au « domaine scientifique ».

Les nombreuses aptitudes de Broca ne doivent pas faire placer sur un plan secondaire ses qualités comme chirurgien, parce qu'on ne saurait oublier les travaux qui les ont mises en lumière. Telles sont ses remarquables études sur le *Traitement des anévrysmes par la compression* (*Gaz. hebd.*, 1854), son *Étude sur les odontomes* (*Gazette hebdomadaire*, 1868), ses recherches critiques sur la *galvanocaustique*, son procédé de *suture osseuse dans le bec-de-lièvre compliqué*,

---

il la consacra tout entière à la rédaction d'une œuvre qui, dans sa pensée, devait être comme le résumé et le testament de sa carrière médicale. L'ouvrage avait pour titre : *Notes et souvenirs*. Pendant les quatre années qu'il survécut à Mme Andral, et comme s'il eût voulu racheter ses douloureux loisirs et son inaction forcée, il y travailla sans relâche et avec une ardeur extrême.

Il ne sortait guère. Souvent on venait le consulter. S'il eût désiré moins d'empressement, il ne savait pas refuser ses conseils aux malheureux.

C'est à la suite d'une de ces visites qu'il puisa le germe de la maladie qui devait l'emporter. On était au mois d'octobre; la journée était chaude, la distance assez grande, les chemins détestables; il se mit en route à pied. Surpris au retour par la pluie, il dut prendre place dans une voiture ouverte et rentra refroidi, se coucha tout frissonnant et se réveilla le lendemain avec une bronchite. Il n'était pas complètement guéri lorsque, en plein hiver, il se mit en route pour Paris. Mais sa santé ébranlée, l'avenir incertain, tout le pressait. Son livre était à peu près terminé; il avait hâte de mettre sous presse ce dernier-né, l'objet de toutes ses pensées, de toute sa sollicitude. Il ne voulut pas attendre plus longtemps.

Il arriva en effet parmi nous. Chacun fut heureux de revoir ce beau visage, à l'expression à la fois si sérieuse et si douce; il ne nous parut pas changé. Quelques jours plus tard, le lundi 31 janvier 1876, au sortir de la séance de l'Académie des sciences, il s'attarda dans la cour glacée de l'Institut et rentra chez lui avec un grand malaise; sa bronchite se réveilla, et la maladie prit rapidement une extrême gravité. En vain son élève, son ami, un maître (M. le professeur Béhier), déjà marqué lui-même du sceau de la mort, lui prodigua les soins les plus affectueux et les plus éclairés; tout espoir fut bientôt perdu. Le 13 février M. Andral expirait en pleine possession de lui-même, avec le calme et la sérénité de l'homme de bien.

ses trépanations célèbres, et tant d'autres faits de pratique qui, exposés devant la Société anatomique ou la Société de chirurgie, ont coopéré à cet enseignement supérieur constamment renouvelé, qui résulte des discussions poursuivies dans ces Sociétés.

Nous ne saurions mieux faire que de citer ces principales communications, qui ont été reproduites presque complètement dans ce journal.

1854. Résumé de la discussion de la Société de chirurgie sur l'emploi des anesthésiques. — Traitement des anévrysmes par la compression. — Réduction de la luxation de la hanche suivant le procédé de Fischer. — Mort survenant à la suite du cathétérisme utérin. — Application de la sonde utérine suivie de mort. — *Structure du tubercule.*

1855. Phénomènes attribués à tort à l'inflammation. — Traitement des anévrysmes par la compression.

1856. Amputation de la jambe, mobilité du moignon. — Traitement abortif des bubons vénériens.

1857. *Des anévrysmes et de leur traitement.*

1858. Sur les deux formes du mal vertébral.

1859. De l'hypnotisme et de son application à la chirurgie. — *Fracture spiroïde du fémur; considérations sur la reproduction des os.*

1860. *Expériences sur la réviviscence des animalcules.* — Observation d'épithélioma de la verge.

1861. Asphyxie par un corps étranger dans l'œsophage. — *Détermination du siège des oblitérations artérielles par la température des membres.* — Gangrène par oblitération artérielle. — Cas de kyste lacrymal. — Sur l'emphysème traumatique spontané. — Anévrysme de l'artère poplitée. — Ligature d'une artère ossifiée.

1862. Deux cas d'aphémie; localisation de la parole. — Généralisation d'un lipome. — Gangrène de la jambe; oblitération de la fémorale. — Pulsations des liquides dans le canal médullaire des os. — Eschare profonde du sacrum.

1863. Tumeur du maxillaire inférieur. — Luxation de l'atlas sur l'axis.

1864. Tumeur hypertrophique de la pulpe dentaire. — Traitement de la masturbation par l'infibulation.

1865. Anthrax de la nuque; phlébite des sinus latéraux. — Exostose de croissance.

1866. Polype naso-pharyngien opéré par la ligature. — Carie du rocher; ulcération de la carotide interne; ligature de la carotide primitive. — Amputation de la jambe pour une exostose de naissance. — Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus. — Ablation d'une tumeur unguéale.

1867. Canule à trachéotomie. — Cas de trépanation. — Fracture de l'axis. — Fracture du tibia. — Cas de hernie enflammée. — Mort par le chloroforme.

1868. Kyste fœtal en communication avec les voies urinaires chez l'homme. — Cas de pustule maligne. — Sur les odontomes. — Résection tibio-tarsienne. — De la suture osseuse dans le bec-de-lièvre compliqué. — Nouvel amygdalotome. — Anatomie pathologique d'une tumeur blanche au genou.

1869. Guérison d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — Rapport sur le prix d'Argenteuil. — Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. — Vascularité des corps fibreux. — Des concrétions tartariques.

1870. Hypertrophie des ganglions cervicaux. — Plaie non pénétrante du cœur.

1874. Luxation sous-astragalienne en avant.

1876. Sur un cas de cysticerques multiples chez l'homme. — Sur quelques points de l'histoire des circonvolutions.

1877. Sur les hémisphères cérébraux. — Trépanations préhistoriques. — Thermométrie cérébrale.

1878. Mortalité en France. — Des microcéphales. — Préface au Traité de médecine de Celse, traduit par Védrenes.

1879. Lésions osseuses du crâne.

Tels sont les titres de Broca comme chirurgien; ils nous le montrent, dans la pratique, toujours préoccupé d'appliquer les notions scientifiques de l'ordre le plus élevé; c'est qu'en effet il n'a pas discontinué de poursuivre ses recherches d'anatomie et même de physiologie. Rédacteur de la splanchnologie dans l'*Atlas d'anatomie* de Bonamy, Beau et Broca, il s'est plus tard appliqué à l'étude du cerveau. Ses travaux sont célèbres, et il est inutile de rappeler la part qu'il a prise à l'étude de l'aphasie et de la localisation de la faculté du langage articulé dans la troisième circonvolution frontale gauche, qu'il a si bien étudiée qu'elle porte le nom de « circonvolution de Broca »; mais les conséquences physiologiques de ses études ne peuvent laisser oublier la précision qu'il a apportée dans ses recherches sur l'anatomie du cerveau; nous rappellerons seulement ses principaux travaux sur l'encéphale :

Aphasie traumatique. — Sur le poids relatif des deux hémisphères cérébraux et de leurs lobes frontaux (440 observations). — Étude sur le cerveau du gorille — La nomenclature cérébrale. — Anatomie comparée des circonvolutions érébrales. — Sur le siège de la faculté du langage articulé. — Sur le grand lobe limbique. — Sur le lobe olfactif. — Localisation cérébrale sur le cerveau d'un ectromélien. — Sur trois cerveaux d'orangs. — Cerveau d'un homme atteint de la déformation toulousaine.

Le cycle habituel des sciences biologiques, déjà si vaste, s'est élargi lorsque Broca transforma l'étude de l'anthropologie de telle façon qu'il en est considéré comme le principal fondateur en France; en effet, c'est grâce à son esprit méthodique et organisateur qu'il a su réunir autour de lui une phalange de travailleurs et d'érudits, et former ainsi un faisceau des branches si variées qui se rattachent plus ou moins étroitement à l'étude biologique de l'homme. Il a établi avec précision la méthode et les procédés de cette science; c'est ainsi que ses *Instructions craniologiques et craniométriques*, ses *Instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant*, forment, en quelque sorte, le manuel, ou, si l'on nous permet la comparaison,

Ainsi s'éteignit l'un des hommes qui ont le plus honoré la médecine. Avec lui disparut une intelligence forte, élevée, pénétrante, d'une activité sans égale. M. Andral fut, parmi nous, le type achevé du professeur. Esprit judicieux, clair, net, précis, ouvert aux nouveautés, rebelle aux engouements, riche des connaissances les plus variées, servi par la langue des maîtres, ne s'attardant ni à peindre au lieu de décrire ni à prodiguer les images là où il fallait des preuves, il recherchait la vérité seule, et sous les sévérités de sa parure celle-ci se montrait plus éclatante encore.

Homme de science aussi bien qu'homme de devoir, il marche toujours escorté de deux guides d'une infaillible clarté : l'évidence, cette lumière de l'esprit; la conscience, cette lumière du cœur. Un fils était né de son mariage. L'éducation de cet enfant, doué d'une rare et précoce intelligence, avait été le charme des premiers jours. De brillants succès remportés dans la carrière du barreau, et, plus tard, l'une des plus hautes charges de l'État dignement et noblement remplie, furent pour lui le soulagement des jours d'épreuve. C'est dans les bras de ce fils, formé à son image, que M. Andral eut la suprême consolation de rendre le dernier soupir; c'est par ses soins qu'après la cérémonie funèbre, ses restes mortels furent transportés à Châteauvieux. Ils reposent pour toujours auprès de celle qu'il a tant aimée !

Légion d'honneur. — Par décret en date du 19 juillet, M. le docteur Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Nous sommes heureux de pouvoir annoncer cette distinction attendue depuis plusieurs années par tous ceux qui connaissent le sympathique professeur, l'infatigable secrétaire de l'Association française.

Nous applaudissons aussi à la nomination de M. le docteur Bron, médecin des hôpitaux de Lyon.

« la théorie » de quiconque veut s'occuper utilement d'anthropologie. Broca prêchait d'exemple, car ses recherches personnelles sont considérables; elles forment plusieurs volumes, sous le titre de *Mémoires d'anthropologie*, et la plupart ont été publiées dans les *Comptes rendus de la Société d'anthropologie* et dans la *Revue anthropologique*. Nous citons les principales :

Recherches sur l'hybridité. — *L'ordre des primates.* — *Sur le transformisme.* — *Sur les sélections.* — *Ethnologie de la Basse-Bretagne.* — *Carte de la répartition de la langue basque.* — Les troglodytes de la Vezère. — Constitution des vertèbres caudales chez les primates sans queue. — Recherches sur l'ethnologie de la France. — Sur la prétendue dégénérescence de la population française. — *Sur les crânes basques de Saint-Jean-de-Luz et de Zaraut.* — Sur les crânes de la caverne de l'homme mort. — *Sur les crânes des Eyzies et la theorie estonienne.* — *Sur la trépanation du crâne et les amulettes crâniennes à l'époque néolithique.* — Sur l'angle orbito-occipital. — Sur l'indice nasal. — L'homme préhistorique. — *Sur la mensuration de la capacité du crâne.*—Sur le stéréographe.—Sur le craniographe.—*Sur tes proportions relatives des membres supérieurs et des membres inférieurs chez les nègres et les Européens.* — Expériences sur les phénomènes de l'hérédité et de l'atavisme. — Sur la déformation toulousaine du crâne. — *De l'influence de l'éducation sur le volume et la forme de la tête.* — Sur les léporides. — *Déterminations trigonométriques de l'angle alvéolo-condylien et de l'angle bi-orbitaire.* — *Sur le plan horizontal de la tête et sur la méthode trigonométrique.*—Sur la question celtique; crânes des Bas-Bretons et des Auvergnats.— Sur les crânes de Soluré —*De l'influence de l'humidite sur la capacité du crâne.* — Sur les Akkas. — *Doctrines de la diplogenese.* — Sur les déformations artificielles du crâne. — *Méthode des moyennes; étude sur les variations craniométriques et leur influence sur les moyennes*; *déterminations de la serie suffisante.* — Sur la détermination de l'âge moyen. — *Méthode trigonométrique, le goniomètre d'inclinaison et l'orthogone.*

Cette liste est longue, elle ne représente cependant qu'un résumé des recherches de Broca; c'est dans le laboratoire de l'Ecole d'anthropologie qu'on a pu se rendre compte de la multiplicité de ses efforts et de ses études; mais il a laissé des élèves et des collaborateurs auxquels est réservée cette tâche de nous faire connaître les travaux commencés et d'utiliser les matériaux accumulés : tels que les registres renfermant plusieurs milliers de mensurations de crânes, son travail commencé sur les crânes des catacombes et qui devait porter sur six mille ossements.

Tel est encore le *Barême anthropologique*, ouvrage inédit traduit en russe; enfin des recherches nouvelles *sur le développement du cerveau humain* et *sur la torsion de l'humérus.*

Nous n'avons voulu examiner que les publications de Broca; ses qualités comme professeur, comme critique, ont été célébrées avec éloquence, il a été loué dignement comme il a su lui-même le faire dans ses remarquables *Eloges* de *Gerdy*, 1858, de *Bonnet*, 1859, de *Lenoir*, 1861, de *Lallemand*, 1862, de *Lagneau*, de *Follin* en 1867, de *Gratiolet*, 1865.

Si, dans l'ardeur des luttes pour la science, Broca a pu faire sentir à ses contradicteurs la vivacité de son esprit, il a su montrer dans l'amitié la persévérance et l'indépendance d'un grand cœur. Nous en avons eu un exemple dans son article nécrologique sur Deville (*Gazette hebdomadaire*, 1879, p. 675), et nous avons été frappé de cette coïncidence particulière que l'un de ses premiers articles dans ce journal : « Du droit international en matière de science », était une revendication en faveur de Deville, exilé de Paris.

On nous pardonnera certainement d'avoir rappelé cette part de collaboration dans la *Gazette :* car Broca appartient maintenant à tous ses amis, à tous ses élèves; et, pour toute cette génération qui ne le connaîtra que par ses œuvres, il restera un grand exemple, montrant à quel degré de puissance productrice peut s'élever une intelligence exceptionnelle, servie par une énergie dans le travail qui n'a pu être dompté que par un fait brutal : la mort subite. Heureusement, tous ses enseignements ont été recueillis et sont le legs immortel que nous a laissé Broca.

Albert HÉNOCQUE.

LE SCORBUT DANS L'ARMÉE DE BOSNIE. — Les journaux de médecine de Vienne annoncent l'apparition ou plutôt la réapparition du scorbut dans l'armée d'occupation de la Bosnie. L'affection, due à l'uniformité de la nourriture et à l'humidité des logements, fait des progrès rapides, surtout parmi les troupes qui sont dans le pays depuis le début de la campagne; les officiers eux-mêmes sont atteints. Les soldats, obligés de faire un service très pénible, ne mangent depuis deux ans que du bœuf et du riz, sans légumes d'aucune sorte. Les conserves qui ont été distribuées à plusieurs reprises étaient d'une qualité tellement inférieure que l'on a préféré les laisser de côté. Le gouvernement a l'intention de provoquer pour la troisième fois (?) un mouvement considérable dans l'armée d'occupation.

MORTALITÉ A PARIS (28e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 juillet 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 908, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 22. Variole, 37.— Rougeole, 26. — Scarlatine, 10. — Coqueluche, 10. — Diphthérie et croup, 31. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 133. — Autres tuberculoses, 53. — Autres affections générales, 55. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 41. — Diarrhée infantile et athrepsie, 115. — Autres maladies locales : aiguës, 76; chroniques, 149; douteuses, 58. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 1. — Morts violentes, 31. — Causes inconnues, 6.

Bilan de la 28e semaine. — Nos décès continuent à diminuer. de 969 de la semaine précédente, nous voilà descendus à 908. La variole elle-même s'est notablement affaiblie : au lieu de 58 décès elle n'en a plus que 37, de même la rougeole qui, au lieu de 38 décès, n'en compte plus que 26. Les infections puerpérales sont presque les seules affections épidémiques qui aient accru leurs sévices (9 au lieu de 6). Toutes les autres causes de mort ont diminué leur contingent mortuaire (la bronchite et l'athrepsie enfantine exceptées).

Quoi qu'il en soit, la variole est presque la seule maladie épidémique qui soit encore décidément au-dessus du taux ordinaire des années précédentes (37 au lieu de 4)...

Dans la demi-année que nous venons de parcourir, la mortalité par fièvre typhoïde a été *six fois plus grande* dans l'armée que dans la population civile, et la mortalité par variole environ *huit fois moindre*. Un tel résultat peut se passer de commentaires.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 29 juillet 1880.

ORGANISATION DE LA MÉDECINE PUBLIQUE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE EN FRANCE.

Voici plusieurs années qu'une agitation, déjà féconde en résultats pratiques, se fait en vue d'obtenir une meilleure organisation de la médecine publique et de la médecine légale en France. De jour en jour on semble mieux comprendre que le rôle du médecin ne doit pas se borner à reconnaître et à guérir les maladies, qu'il peut les prévenir et indiquer aux pouvoirs publics et aux administrations municipales les mesures à prendre pour assainir les villes ou les maisons, empêcher les épidémies ou entraver leur marche, enfin diminuer la mortalité en permettant à tous les malades d'obtenir les soins médicaux qui leur sont nécessaires. Au Parlement, grâce à l'initiative des médecins sénateurs ou députés, plusieurs lois nouvelles ont été votées ou seront prochainement discutées. Les unes ont pour but de permettre la surveillance du travail des enfants dans les manufactures, ou de placer sous la surveillance de comités compétents les enfants mis en nourrice ou en garde hors du domicile de leurs parents. Une autre loi restreindra dans de notables proportions les ravages de la variole. A Paris et dans quelques grands centres, l'inspection des écoles, des salles d'asile, des logements insalubres, se fait déjà dans des conditions relativement satisfaisantes. L'institution d'un service médical de nuit rend journellement de grands services. A la préfecture de la Seine, la constatation des naissances et des décès est centralisée chaque semaine, et des bulletins de statistique démographique, rédigés avec le plus grand soin par un médecin aussi savant que consciencieux sont adressés à tous les praticiens. On ne peut donc nier qu'un progrès ait été réalisé. Et cependant, si nous réfléchissons à ce qui devrait être fait, si nous comparons les résultats obtenus en France à ceux qui résultent de l'organisation sanitaire des pays voisins, nous devrons reconnaître qu'il reste encore beaucoup à faire. C'est ce que vient d'établir dans un travail que nous aimons à signaler, un de nos collègues de la *Société de médecine publique*, M. A. J. Martin (1).

Nous croyons comme lui, le moment venu, non point de proposer un projet d'organisation de la médecine publique en France, — il en est tant que nous pourrions recommander; — mais de montrer combien, quelque sage que paraisse l'organisation actuelle, les résultats qu'on en peut tirer sont d'avance frappés de stérilité. Les conseils d'hygiène, nous n'aurons point de peine à le faire voir, ne peuvent faire prévaloir les conclusions qui résultent de leurs délibérations, parce qu'ils n'ont aucune initiative, aucune autorité, et que des agents administratifs, sans compétence, sont seuls chargés de provoquer et d'apprécier leurs discussions. En pourrait-il être autrement? Les mesures à prendre en cas d'épidémie, ou dans toutes les circonstances qui intéressent la santé publique, ne sauraient être ordonnées sans qu'il soit porté atteinte à des intérêts privés souvent respectables. Il faut donc que ceux auxquels incombe la mission de faire exécuter les avis des conseils d'hygiène publique, sachent comprendre la gravité et l'intérêt des mesures qu'ils ordonnent. Or, il suffit de jeter les yeux sur le programme des questions qui sont soumises chaque année à l'examen de ces conseils pour en comprendre toute l'importance, et surtout pour se rendre compte de la nécessité d'une éducation spéciale et d'une compétence absolue, afin d'arriver à faire exécuter les prescriptions que l'étude de ces questions fait considérer comme indispensables à la santé publique. Le décret du 18 décembre 1848 énumère de la manière suivante le programme qui doit être soumis aux délibérations des conseils d'hygiène :

« Assainissement des localités et des habitations; mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissibles, épizooties et maladies des animaux; propagation de la vaccine; organisation et distribution des secours médicaux aux malades indigents; moyens d'améliorer les conditions sanitaires des populations industrielles et agricoles; salubrité des ateliers, écoles, hôpitaux, maisons d'aliénés, établissements de bienfaisance, casernes, arsenaux, prisons, dépôts de mendicité, asiles, etc.; enfants trouvés; qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments livrés au commerce; amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'État, aux départements, aux communes et aux particuliers, et moyens à employer pour en rendre l'usage accessible aux malades pauvres; demandes en autorisation; translation ou révocation des établissements dangereux, insalubres et incommodes; grands travaux d'utilité publique; construction d'édifices écoles, prisons, casernes, ports, canaux, réservoirs, fontaines, halles; établissement des marchés, routoirs, égouts, cimetières, voirie, etc., sous le rapport de l'hygiène publique. »

Ce n'est point tout encore. Le comité consultatif d'hygiène publique, institué près le ministère de l'agriculture et du commerce, a pour mission d'étudier tout ce qui concerne les quarantaines et les services qui s'y rattachent, les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles; la propagation de la vaccine; l'amé-

(1) *Essai d'organisation de la médecine publique en France*, in *Revue d'hygiène*, juillet 1880.

lioration des établissements thermaux et le moyen d'en rendre l'usage de plus en plus accessible aux malades pauvres ou peu aisés; l'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité; la police médicale et pharmaceutique; la salubrité des ateliers.

Enfin, l'Académie de médecine reste, comme un tribunal jugeant en dernier ressort, chargée de résoudre toutes les questions qui intéressent la santé publique.

Quand on examine ces divers programmes, on est disposé à en conclure que cette organisation régionale et centrale est excellente, et que, par conséquent, tout ce qui concerne la médecine publique ressortit, en France, à l'initiative de conseils médicaux aussi éclairés que compétents. Mais si, au lieu d'étudier les règlements administratifs et les programmes d'étude, on énumère les résultats obtenus, on voit que, sauf à Paris et dans quelques grands centres, les conseils d'hygiène et de salubrité n'ont jamais pu arriver à faire prévaloir leurs conclusions que soutiendraient, sans hésiter, tous les médecins qui font partie de ces assemblées. Nos institutions de médecine publique sont donc parfaitement conçues au point de vue du pouvoir consultatif; mais, comme le fait remarquer M. A. J. Martin, l'exécution a fait défaut, parce que des fonctionnaires compétents et autorisés, réunissant et centralisant en leurs mains la direction d'institutions qui se disséminent de plus en plus, ont jusqu'à présent manqué. Ce qu'il importe donc de réaliser, c'est « la réunion de tous les services sanitaires sous une direction effective, la création, le mode de recrutement des fonctionnaires sanitaires, les limites de leur mode d'action, l'éducation spéciale qu'ils doivent recevoir, le contrôle direct du Parlement exercé chaque année sur les institutions de médecine publique ». Afin d'arriver à ce but si désirable, M. A. J. Martin propose la création d'une *Direction de la santé publique* comprenant les services suivants :

« 1° *Division d'assistance médicale*, d'où l'assistance publique, les établissements et institutions de bienfaisance, l'assistance médicale pour tous les âges, seraient dirigés sur toute la surface du territoire;

» 2° *Division du service sanitaire extérieur*, commandant à nos médecins sanitaires à l'étranger, aux agents de nos circonscriptions sanitaires du littoral et s'occupant des lazarets et de toutes les mesures quarantenaires;

» 3° *Division d'hygiène publique*, dont les attributions seraient toutes celles qui appartiennent actuellement, moins le service sanitaire extérieur, au service sanitaire du ministère de l'agriculture et du commerce;

» 4° Enfin, *Division de statistique et de démographie*, utilisant les documents réunis par les trois autres et par les bureaux d'hygiène disséminés sur tout le territoire, et faisant ainsi l'historique chiffré et figuré des mouvements de la population et de la santé publique.

» A cette direction s'adjoindrait le Comité consultatif d'hygiène publique, avec sa constitution propre et le droit d'initiative.

» Dans chaque département, un *inspecteur* ou *directeur de la santé publique*, en rapports constants avec la direction ministérielle, serait à la tête d'un service semblable dépendant de la préfecture. Les conseils d'hygiène, tels qu'ils existent, auraient vis-à-vis de ces inspecteurs le même rôle que le Comité consultatif auprès de la direction supérieure.

» L'État s'étant ainsi assuré l'administration générale de la santé, comme il convient à nos habitudes sociales, les villes possédant des ressources suffisantes, et pour lesquelles l'importance de la population nécessite une surveillance permanente, n'en seront que plus empressées à créer des *bureaux municipaux de santé*, afin d'être informées à toute heure, d'arrêter dès le début toute menace d'épidémie, de noter les variations de la santé avec celles de l'atmosphère, de prémunir l'alimentation publique contre les sophistications et les fraudes, d'établir enfin le casier sanitaire de chaque quartier, de chaque maison, presque de chaque habitant. »

Nous ne méconnaissons pas ce qu'une semblable organisation, complétée, ainsi que le demande M. A. J. Martin, par la création d'un *laboratoire d'analyses permanent*, aurait d'avantages. Mais il sera longtemps encore difficile d'obtenir du Parlement les subsides qu'exigerait une organisation semblable. Si l'on veut que la commission académique, nommée sur la proposition de M. le docteur H. Gueneau de Mussy et chargée « de rechercher quelle peut être l'organisation des services sanitaires, considérés surtout dans leurs rapports avec l'administration, la plus favorable aux intérêts de la santé publique », puisse aboutir rapidement à une solution pratique, peut-être serait-il avantageux de simplifier la tâche qu'elle s'est imposée. Créer un trop grand nombre d'agents administratifs chargés de la direction des services sanitaires, n'est-ce point s'exposer à voir se reproduire les inconvénients contre lesquels on proteste, c'est-à-dire la nomination de fonctionnaires étrangers à la profession médicale et souvent incompétents? Nous reconnaissons, avec M. Bergeron, que « l'exécution des décisions des conseils d'hygiène devrait être confiée à l'activité d'un fonctionnaire spécial et armé d'une sanction pénale ». Nous pensons aussi que la direction de toutes les institutions ressortissant à la médecine publique doit appartenir à des médecins. Mais, tout en reconnaissant l'utilité de l'institution d'une direction générale de la santé publique, de la création d'un institut d'hygiène et, comme conséquence de ces mesures, de la nomination d'un assez grand nombre de médecins spécialement et exclusivement adonnés à ce genre de travaux, nous craignons fort qu'en soumettant au Parlement un projet aussi complexe, on ne s'expose à un échec. Une réorganisation aussi importante, et qui se heurte à des difficultés budgétaires avec lesquelles il faut compter, nous semble d'une exécution difficile, au moins dans l'état actuel de notre législation. Ces projets de réforme se relient, en effet, très intimement à ceux qui, nous l'espérons du moins, seront discutés un jour et qui auront pour objet une nouvelle rédaction des lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie en France. S'il nous appartenait de formuler à cet égard un projet nouveau, il nous suffirait de reproduire, presque sans modifications, celui que proposait en 1845 à la Société de médecine de Strasbourg notre éminent maître le professeur Schutzenberger (1). Alors déjà on se préoccupait de rechercher quels sont les droits et les devoirs de l'État en matière d'organisation médicale, comment on pourrait arriver à constituer en France un personnel médical présentant toutes les garanties nécessaires, comment il serait possible de répartir les secours médicaux, quelles seraient les mesures à prendre pour assurer l'exécution des lois de police médicale. Et, dans son remarquable rapport, M. Schutzenberger proposait l'organisation complète du personnel médical en un corps constitué : les médecins d'un département étant chargés d'élire un conseil médical départemental, les conseils départementaux nommant un conseil régional siégeant dans le centre scientifique, ceux-ci

(1) Ce projet d'organisation médicale a été reproduit dans son ouvrage intitulé : *Fragments de philosophie médicale*. Paris, G. Masson 1879.

élisant à leur tour un conseil supérieur siégeant à Paris. Les conseils départementaux ou conseils de première instance ne seraient autres que les comités d'hygiène, de médecine publique et de police médicale; les conseils régionaux représenteraient des conseils d'appel chargés de centraliser les documents fournis par les conseils de département et de résoudre les questions litigieuses; le conseil suprême, représentant légal de tous les médecins de France, aurait les attributions d'un comité consultatif de médecine et d'hygiène publiques. A tous ces comités, M. Schutzenberger voulait attribuer le règlement de toutes les questions de discipline et de responsabilité intéressant le corps médical. Il donnait même au conseil supérieur le droit de blâme public et de suspension de l'exercice professionnel. Nous n'avons voulu rappeler ce projet que pour montrer combien, à toutes les époques, ces questions d'organisation médicale ont sollicité l'attention.

Bien souvent, en effet, elles ont été discutées par les médecins. Rarement elles ont trouvé, comme en 1848, un orateur parlementaire assez convaincu et assez éloquent pour faire adopter les réformes qu'ils proposaient. Aujourd'hui un assez grand nombre de nos confrères ont ambitionné l'honneur et accepté la responsabilité de siéger dans nos assemblées législatives. C'est à eux que nous devons recommander la lecture du mémoire de M. A.-J. Martin. Ils y trouveront une étude très intéressante des institutions sanitaires qu'ont adoptées les nations étrangères; ils sauront reconnaître que, s'il n'est point possible de proposer dès aujourd'hui une réorganisation complète de l'enseignement de la médecine publique en France et de l'administration centrale, on peut au moins, par la nomination de médecins cantonaux et par l'extension donnée aux attributions des présidents ou des secrétaires des comités locaux ou régionaux d'hygiène, de médecine publique et de police sanitaire, rendre plus efficaces les mesures conseillées par ces assemblées, dont le rôle est resté jusqu'à ce jour platoniquement consultatif.

Cette organisation de médecins cantonaux, que nous avons vue si utile en Alsace, pourrait encore à un autre point de vue rendre de grands services, et mériterait ainsi d'être prise en sérieuse considération. Nommés par le pouvoir central ou élus par les conseils départementaux de médecine publique, ces médecins cantonaux pourraient être chargés de toutes les expertises médico-légales. Or, il n'est que trop vrai de reconnaître avec M. Morache (*De la médecine légale, son exercice et son enseignement*, Bordeaux, Dutbu, 1880) que l'exercice de la médecine légale, du moins dans les campagnes, se fait d'une manière des plus regrettables. Choisis par les magistrats, en raison de leur probité, de leur renom professionnel, quelquefois même en raison des services qu'ils ont pu leur rendre, les médecins experts, s'ils sont toujours à l'abri de tout soupçon au point de vue de leur honorabilité, n'ont pu tous acquérir la compétence spéciale qu'exige la mission qui leur est imposée.

Pour arriver à former des experts capables, M. Morache conseille l'organisation de médecins officiels analogues aux *sanitary medical officers* anglais, aux *kreis physicus* allemands. Ces médecins de cercle ou de district sont, en effet, les délégués permanents de l'administration pour tout ce qui touche à la santé publique, aux épidémies, à la vaccine, aux établissements insalubres, à l'inspection des pharmacies, des enfants assistés, à la médecine légale sous toutes ses faces. Leur titre, ils l'acquièrent après un examen spécial indépendant de celui qui confère à tous les médecins le droit à l'exercice professionnel. « Avant de subir cette nouvelle épreuve, ils doivent justifier d'un certain nombre de trimestres de séjour dans les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les laboratoires spéciaux universitaires correspondant aux branches de la médecine publique. Assermentés près de l'autorité supérieure, leurs décisions font loi, à moins d'erreur matérielle ou de faute grave. Au point de vue de la police médicale, elles sont contrôlées par leur chef hiérarchique, le médecin officiel accrédité près de l'autorité provinciale, et plus haut encore près de l'autorité centrale. Les expertises médico-légales peuvent être déférées au collège médical de la province, et au-dessus à la délégation qui siège dans la capitale. » Cette organisation diffère peu, on le voit, de celle que proposait en 1845 M. le professeur Schutzenberger. Les médecins cantonaux auxquels incomberait cette mission de médecins-experts, seraient, en effet, jugés par les conseils ou comités médicaux dont notre savant maître proposait la création.

Mais, avant même qu'une réorganisation complète puisse permettre la création de ces comités spéciaux chargés de résoudre toutes les questions qui intéressent la médecine publique, ne pourrait-on pas réclamer dès aujourd'hui la création de ces médecins cantonaux qui, par les garanties qu'ils pourraient offrir à l'administration, seraient ses plus utiles auxiliaires? Telle est la première mesure dont il nous paraît utile de réclamer instamment l'exécution. Point ne serait besoin dans ce but d'imposer à tous ces médecins un diplôme spécial. Comme le reconnaît M. Morache, il existe, en France, un assez grand nombre de médecins qui, les circonstances aidant, ont pu se familiariser avec les expertises médico-légales, qui ont les qualités de tact et de prudence nécessaires pour remplir dignement la mission d'expert, qui méritent par conséquent de conserver la confiance du parquet et celle des magistrats dont ils éclairent la conscience. Il est non moins vrai que, dans les campagnes, surtout lorsqu'il s'agit d'une expertise urgente, le juge instructeur est souvent forcé de requérir un médecin dont il ne peut affirmer l'expérience en matière d'autopsie médico-légale. Mais les circonstances, qui rendraient impossible le concours d'un médecin cantonal, si cette organisation était généralisée à toute la France, seraient très exceptionnelles, et le plus souvent il ne serait question, dans le cas de réquisition urgente, que d'opérations médico-légales assez faciles à exécuter. Il suffirait donc, au lieu de compliquer encore par la création d'un nouveau diplôme notre organisation universitaire, d'exiger de tous les médecins des connaissances médico-légales plus sérieuses. A ce point de vue nous ne pouvons qu'approuver toutes les considérations développées par M. Morache sur la nécessité de rendre plus complet et plus pratique l'enseignement de la médecine légale. Élève de Strasbourg, le professeur de Bordeaux rappelle ce qu'a été pendant trente ans l'enseignement du professeur Tourdes. Mis en possession de tous les cadavres provenant de morts violentes, subites ou résultant de suicide, notre savant maître était autorisé à en faire l'autopsie publique devant ses élèves. Nous avons eu l'honneur de préparer sous sa direction, durant toute une année, ces expertises médico-légales si utiles, au cours desquelles il nous dictait le protocole destiné à devenir la base de son rapport officiel, et nous pouvons affirmer que tous ceux qui suivaient régulièrement cet enseignement pratique n'oubliaient jamais les leçons de leur maître. Celui-ci ne doit-il pas être fier des résultats qu'il a obtenus, en songeant que deux de ses anciens élèves sont chargés aujourd'hui d'enseigner à Bordeaux et à Lyon la médecine légale qu'ils ont apprise à son école? A Nancy, le professeur Tourdes continue cet enseignement si

profitable; à Paris, le professeur de médecine légale a triomphé de toutes les résistances, et depuis plus de deux ans M. Brouardel « a su conquérir à la cause du progrès la haute protection de la magistrature, celle de la préfecture de police, celle enfin de l'administration municipale ». Les conférences de la Morgue se font déjà dans d'excellentes conditions et bientôt, grâce aux perfectionnements réclamés et obtenus par M. Brouardel, l'organisation matérielle de son laboratoire ne laissera presque rien à désirer. Si tous les professeurs chargés en France de l'enseignement de la médecine légale, sollicitent avec autant de persistance et d'énergie les aménagements matériels qui leur sont nécessaires ; si, comme le demande M. Morache, ils savent imprimer à la direction de leur laboratoire expérimental une impulsion active; s'ils arrivent enfin à obtenir que les autopsies médico-légales soient pratiquées par eux devant leurs élèves, l'enseignement de la médecine légale en France pourra désormais former un nombre d'experts médico-légaux suffisant pour assurer le recrutement des médecins cantonaux dont nous recommandons la création. Il suffira donc, pour remédier aux inconvénients et aux dangers que signale M. Morache, de rendre plus sérieux les examens de doctorat, d'exiger par exemple que le candidat, appelé à répondre sur des questions de médecine légale, sache prouver qu'il a assisté à ces conférences pratiques que le zèle des professeurs rendra aussi intéressantes que profitables. Et dès lors on n'aura pas à craindre que les expertises médico-légales soient confiées à des mains inexpérimentées.

Nous ne réclamons, on le voit, aucune réforme exigeant de grands subsides ou une modification notable de nos institutions médicales. L'organisation des médecins cantonaux a fait ses preuves en Alsace pendant de longues années. Elle répondrait provisoirement aux vœux exprimés dans les mémoires que nous venons de résumer. Il suffirait, dans ce but, d'offrir dans chaque département à quelques médecins une situation en rapport avec les charges qui leur seraient imposées et les services qu'ils seraient appelés à rendre.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

De la ténotomie partielle des muscles de l'œil et de la myopie progressive, par le docteur Ch. Abadie.

La *Gazette hebdomadaire* a publié dans le numéro du 4 juin les principales parties du rapport de M. Giraud-Teulon, concernant ma communication récente à la Société de chirurgie sur la ténotomie partielle des muscles de l'œil et la myopie progressive. M. Giraud-Teulon se refuse à admettre la théorie nouvelle du développement de la myopie progressive, dont tout le mérite, ainsi que j'ai eu soin de le faire ressortir, revient à Emmert. (Je n'ai cherché qu'à montrer combien elle concorde avec les faits cliniques.) En outre, M. Giraud-Teulon, n'acceptant pas les critiques que je fais de sa théorie, me reproche de ne pas l'avoir bien comprise. Enfin le procédé de ténotomie partielle que je préconise ne serait pas nouveau et aurait été déjà employé en chirurgie oculaire.

Je vais essayer de répondre à ces diverses objections. J'ai lu avec attention le mémoire de M. Giraud-Teulon sur le sujet en question, et j'avoue qu'il m'est difficile de bien saisir le mécanisme de la production du staphylôme postérieur, tel qu'il s'y trouve indiqué (*Annales d'oculistique*, 1866, p. 209). Voici le texte : « La sclérotique (lame externe) est sollicitée aux points d'attache des obliques d'arrière en avant et de dedans en dehors par le fait même de la convergence. On voit alors le sac éminemment élastique que constitue la choroïde obligé de prendre une forme ovoïde à grand axe dirigé d'avant en arrière (direction dans laquelle les enveloppes sont moins soutenues), pendant que l'enveloppe externe, la sclérotique, est attirée en avant. Si l'on songe alors à la disposition anatomique qui lie intimement la choroïde et la lame criblée à la couche interne de la sclérotique, on comprend aisément que les deux lames de cette dernière se dissocient dans la région où leur réunion constitue un simple contact, la région du tissu connectif lâche qui entoure le cercle de fusion de la sclérotique avec le névrilemme du nerf optique. Le pourtour scléral de la papille suit le mouvement de l'anneau choroïdien d'avant en arrière, pendant que la lame superficielle ou externe est entraînée d'arrière en avant et de dedans en dehors. La dissociation des deux couches séparées par une mince lamelle cellulaire a donc forcément lieu ; elles glissent l'une sur l'autre, d'où la production de l'ectasie des membranes profondes ou du staphylôme postérieur. »

Nous ferons observer qu'au niveau des points où s'insèrent les muscles de l'œil l'enveloppe scléroticale est *une*, ses diverses lamelles étant intimement soudées entre elles; par conséquent la traction, s'exerçant aussi bien sur les lamelles internes et externes, ne peut les dissocier. Nous comprendrions que la sclérotique étant attirée en avant par les muscles, et la choroïde étant refoulée en arrière par l'excès de tension, ces deux membranes aient de la tendance à se séparer l'une de l'autre; mais le lieu de rupture devrait être alors en avant dans la région ciliaire, et non en arrière dans le voisinage du nerf optique. En outre, avec cette théorie, il est impossible d'expliquer l'apparition constante du staphylôme sur le bord externe du nerf optique, et son évolution systématique vers la macula. Enfin elle ne s'appuie que sur des raisonnements et non sur des preuves directes fournies par l'anatomie pathologique.

L'hypothèse, au contraire, d'après laquelle le point de départ du staphylôme serait une pression s'exerçant principalement sur l'insertion oculaire du nerf optique, a en sa faveur l'observation clinique et se trouve, en outre, vérifiée par les autopsies. La forme et la situation constante du croissant staphylômateux ne peuvent résulter que de la rupture de l'anneau choroïdien par refoulement du nerf optique en *dedans;* car si ce tronc nerveux était repoussé en *arrière*, le détachement aurait lieu sur tout son pourtour, et le staphylôme, au début, serait *annulaire*. D'autre part, les recherches faites sur le cadavre démontrent d'une manière irréfutable ce déjettement du nerf optique du côté nasal, et le maximum de dissociation de ses deux gaînes a toujours été constaté à son côté externe.

Reste maintenant ce point à débattre : comment s'effectue cette pression? M. Giraud-Teulon cherche à prouver par des considérations mathématiques qu'elle ne peut être directe. Ceci importe peu : qu'elle ait lieu par l'intermédiaire des tissus compris entre le muscle et le nerf, ses effets resteront les mêmes. Du reste, il faut tenir compte des dispositions congénitales, des rapports réciproques de l'orbite et de son contenu, des variétés d'insertion du nerf optique sur le globe oculaire. Nous trouverons peut-être là l'explication de bien des points restés obscurs dans l'étiologie de la myopie. Ne rencontre-t-on pas de temps à autre des personnes dont la profession n'exige que des efforts minimes de convergence, et qui pourtant présentent de la myopie excessive, du strabisme dynamique et une désorganisation complète du segment de l'œil compris entre le nerf optique et la macula? Probablement que, dans ces cas, la conformation de l'orbite, la position du trou optique sont tels que ces phénomènes de compression doivent s'exercer avec la plus grande facilité, même sous l'influence d'une faible convergence. Inversement, il est

d'autres myopes qui, malgré des travaux excessifs, conservent pendant toute leur vie une myopie élevée et stationnaire, et une intégrité parfaite des membranes profondes. Cela tient, sans doute, à ce que, chez eux, le droit externe et le nerf optique s'insèrent de telle façon au fond de l'orbite et sur le globe oculaire qu'ils agissent peu l'un sur l'autre.

Quant à la question de priorité de l'opération, elle me touche peu; ce qui m'intéresse, c'est qu'elle soit réellement utile et efficace. J'ai trouvé, en effet, dans le passage indiqué par M. Giraud-Teulon (*Annales d'oculistique*, 1861, p. 207), que de Græfe avait eu l'idée de pratiquer des *ténotomies partielles*. Mais je ferai remarquer qu'à cette époque de Græfe avait en vue le traitement du strabisme, puisque son article est intitulé : *Le strabisme et les opérations qu'il réclame*. Or, dans le strabisme véritable, pour si minime que soit la déviation, la ténotomie partielle (je l'ai quelquefois essayée) ne donne pas de bons résultats. Plus tard, quand de Græfe publia son mémoire sur l'influence de l'insuffisance des droits internes sur le développement de la myopie, c'est-à-dire sur le sujet qui nous occupe, il ne parle plus de la ténotomie partielle, qui probablement ne lui avait pas réussi, et il conseille la ténotomie complète avec suture de la conjonctive à direction variable. Or, c'est précisément dans ces cas-là que la ténotomie partielle, mauvaise dans le strabisme vrai, nous paraît réellement indiquée.

Loin de moi la pensée d'amoindrir l'œuvre de de Græfe; mais je crois qu'il est possible de la perfectionner.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple asthénopie musculaire, lorsqu'en faisant fixer un objet rapproché et venant à cacher un œil, cet œil se dévie en dehors, il y a lieu de pratiquer une ténotomie partielle en opérant d'abord sur l'œil qui se déplace le plus facilement, puis sur l'autre. Si le lendemain ou le surlendemain on constate que, malgré la section incomplète, il existe encore de la difficulté dans la convergence, rien de plus facile que d'introduire le crochet à strabisme dans la plaie, de saisir les quelques fibres qu'on avait ménagées, et de les sectionner séance tenante. On appliquera alors un point de suture à la conjonctive, si c'est nécessaire, et si l'effet obtenu est trop considérable. Nous répétons encore une fois que l'avantage de la ténotomie partielle, c'est qu'on peut l'appliquer tout à fait au début, *et il est évident qu'il y a nécessairement un moment dans le développement de l'insuffisance des droits internes où ce procédé peut seul et doit seul convenir*. Plus tard, quand le strabisme divergent dynamique se produit avec la plus grande facilité, qu'il suffit de faire fixer un objet rapproché, *même sans interrompre la vision binoculaire*, pour que la divergence se produise, à ce moment la ténotomie partielle devient insuffisante, et il faut recourir à la ténotomie complète avec suture. Je reste pourtant convaincu que, dans ces cas-là encore, il faut plutôt affaiblir le muscle que de le déplacer; aussi je me propose ultérieurement, dans les cas d'insuffisance très marquée, de combiner la myotomie à la ténotomie. Je pratiquerai la ténotomie partielle en ménageant toujours quelques fibres tendineuses médianes, et de plus j'ébarberai avec les ciseaux en haut et en bas les fibres musculaires qui auront été détachées, de façon à affaiblir encore davantage le muscle, en amincissant, pour ainsi dire, son extrémité scléroticale tout en lui conservant son insertion régulière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Modifications des mouvements respiratoires par l'exercice musculaire, par M. *Marey*. — L'auteur rappelle que l'exercice musculaire, quand il est prolongé et convenablement réglé, a pour effet d'adapter graduellement la fonction respiratoire à la circulation plus rapide qui doit traverser le poumon. Le type respiratoire acquis par le gymnaste consiste en un accroissement énorme de l'ampliation de la poitrine et en un notable ralentissement des mouvements thoraciques.

Des expériences faites à l'aide du *pneumographe* montrent que, si les sujets *entraînés* depuis quelques mois ont, après la course, la respiration plus large et moins fréquente que ceux qui n'avaient pas encore fait de gymnastique, cette transformation peut être graphiquement inscrite et théoriquement interprétée. M. Marey a, dans ce but, et en collaboration avec M. Hillairet, étudié le rhythme respiratoire de jeunes soldats non exercés à la course, d'abord au repos, puis après une course de 600 mètres faite au pas gymnastique. Le même rhythme respiratoire a été noté un mois plus tard. Le type normal de la respiration s'était déjà modifié, l'amplitude des mouvements thoraciques au repos avait plus que doublé.

En suivant de mois en mois les changements de la respiration de jeunes gymnastes, on a pu voir se dégager l'accroissement de l'amplitude et la diminution de la fréquence de ces mouvements.

La comparaison des deux groupes de tracés recueillis par M. Marey montre que, dans les premiers temps, la respiration était notablement modifiée par la course; mais, vers la fin des expériences, c'est-à-dire après quatre ou cinq mois d'exercices, il était à peu près impossible de constater un changement de la respiration sur les hommes qui avaient couru; et pourtant leur allure était devenue un peu plus rapide, les 600 mètres étant parcourus en trois minutes cinquante secondes.

On voit encore sur ces tracés que la modification des mouvements respiratoires est permanente, c'est-à-dire qu'elle s'observe même sur l'homme au repos. Le nombre des respirations s'est réduit, en moyenne, de vingt à douze par minute, et leur amplitude a plus que quadruplé. On peut donc conclure que ces jeunes soldats, après avoir subi les effets de la gymnastique, respiraient environ deux fois plus d'air qu'avant d'avoir été soumis à l'entraînement.

Du renforcement de l'immunité des moutons algériens, a l'égard du sang de rate, par les inoculations préventives. Influence de l'inoculation de la mère sur la réceptivité du fœtus, par M. *A. Chauveau*. — S'appuyant sur plus de soixante expériences, M. Chauveau cherche à prouver le renforcement de l'immunité contre le sang de rate par les inoculations préventives sur les sujets algériens.

La meilleure marche à suivre pour observer l'influence d'une première inoculation sur les résultats des inoculations subséquentes, c'est de faire cette première inoculation par piqûres cutanées à une seule oreille. La seconde inoculation est ensuite pratiquée à l'autre oreille, et les autres, soit aux deux oreilles, soit sur tout autre point du corps. Il importe aussi de les faire toutes avec la même matière infectante, c'est-à-dire avec un agent de même provenance et de même activité, par exemple le sang frais de lapins ou de cochons d'Inde sur lesquels on entretient le virus par transmissions successives.

La première inoculation détermine soit la perte de la vivacité et de l'appétit du sujet, soit une série de troubles morbides caractérisés surtout par l'élévation de la température du corps, et par la tuméfaction des ganglions lymphatiques qui reçoivent des vaisseaux afférents en provenance de la région inoculée.

La tuméfaction des ganglions lymphatiques est un effet à peu près constant de l'inoculation, mais cet effet est plus ou moins marqué suivant les sujets. Dans un lot d'animaux inoculés de la même manière avec la même substance, on trouve, en effet, des sujets sur lesquels ce symptôme est à

peine indiqué, d'autres, au contraire, où il est très accentué. Ce sont les ganglions parotidiens et préscapulaires qui se tuméfient ainsi quand l'inoculation est faite aux oreilles. Si l'inoculation est unilatérale, la comparaison avec les ganglions du côté opposé permet d'apprécier beaucoup plus facilement l'état de ceux qui deviennent malades. On peut ainsi constater que le volume de ces ganglions malades devient parfois cinq à six fois plus considérable que dans l'état sain; cet énorme accroissement de volume s'observe surtout dans le ganglion préscapulaire. C'est exactement ce qui se passe sur les animaux français, que l'inoculation fait presque infailliblement mourir du sang de rate.

Cette tuméfaction ganglionnaire ne se développe pas en général avec une très grande rapidité. Elle ne débute guère que le surlendemain du jour de l'inoculation; vers le sixième ou le septième jour, elle atteint son maximum. La décroissance est généralement lente : chez certains animaux la tuméfaction ganglionnaire était encore apparente un mois après l'inoculation.

L'élévation de température, qui accompagne toujours l'évolution du processus local, est, comme ce dernier, plus ou moins marquée. Les deux phénomènes suivent souvent une marche parallèle, c'est-à-dire que l'élévation de la température générale du corps est plus marquée sur les sujets dont les ganglions sont devenus très volumineux. Un rapport plus constant encore existe entre le chiffre de la température et l'intensité du malaise apparent. Les sujets tristes et sans appétit ont toujours la température élevée, le pouls, ainsi que la respiration, sensiblement accéléré. La température rectale, qui, normalement, est environ de 39°,5, arrive facilement à 41 degrés et peut même dépasser 42 degrés. Cette élévation de température commence à se marquer vingt-quatre heures à trente-six heures après l'inoculation et dure de trois jours à six jours.

Ainsi, même sur les sujets réfractaires de l'Algérie, l'inoculation du sang de rate produit toujours des effets appréciables : tuméfaction des ganglions lymphatiques voisins de la région inoculée, élévation de la température générale, avec ou sans signes extérieurs de malaise, comme l'abattement et l'anorexie.

Lorsque, tous les phénomènes de la première inoculation ayant disparu, on en pratique une seconde, suivie elle-même de plusieurs autres, les suites de ces nouvelles inoculations ne ressemblent plus du tout à celles de la première; les animaux ne paraissent nullement impressionnés par ce nouveau contact avec les agents infectants du sang de rate. Cette innocuité est surtout frappante sur les sujets que la première inoculation a sensiblement éprouvés. Non seulement ces sujets gardent la vivacité et l'appétit qu'ils avaient perdus au moment de la première inoculation; mais, de plus, on ne voit pas survenir d'engorgement ganglionnaire appréciable; c'est à peine si l'on a le temps de constater une prompte et fugitive élévation de la température rectale.

Il faut à la première inoculation un certain temps pour exercer son action préventive à l'égard des inoculations subséquentes. Quand les réinoculations sont pratiquées trop tôt, en général les effets s'en ajoutent à ceux de la première inoculation purement et simplement. Le sixième ou le septième jour, l'influence de cette première inoculation est parfois déjà évidente; mais c'est surtout après le quinzième jour que cette influence est nettement établie.

La répétition des inoculations a toujours paru assurer de plus en plus l'accroissement de l'immunité naturelle.

C'est particulièrement à l'égard des inoculations subséquentes de même nature que les inoculations antérieures exercent une influence inhibitoire (par inoculations de même nature l'auteur entend celles qui sont faites par le même procédé, avec la même quantité de la même matière infectante). Cependant l'inoculation par piqûres cutanées, répétée plusieurs fois, suffit souvent pour neutraliser en très grande partie, sinon complètement, les effets des inoculations par injections sous-cutanées ou même intravasculaires avec d'assez notables quantités de virus.

Tous ces faits ont certainement un grand intérêt, mais le fait le plus intéressant qui soit résulté ces expériences sur l'inoculation préventive des moutons algériens est peut-être le suivant.

Sur tous les agneaux qui viennent de naître, on observe, après les inoculations bactéridiennes, les mêmes phénomènes que chez les adultes : parfois malaises apparents, toujours élévation de la température rectale et tuméfaction plus ou moins évidente des ganglions lymphatiques voisins de la région inoculée. Or, aucun de ces phénomènes ne se manifeste si la mère du jeune agneau a été inoculée plusieurs fois dans les derniers mois de la gestation. La résistance du jeune sujet est alors aussi complète que possible.

De ce fait découlent d'importantes conséquences pour la théorie de l'immunité communiquée ou renforcée par les inoculations préventives. Comme l'a si bien démontré M. Davaine, les bâtonnets bactéridiens ne se multiplient pas dans le sang du fœtus, même quand on en trouve de prodigieuses quantités dans le sang de la mère. Les éléments solides normaux du sang ne passent pas, du reste, plus communément d'un système vasculaire dans l'autre. Seul le plasma sanguin peut faire l'objet d'échanges osmotiques actifs entre la mère et le fœtus. On est donc autorisé à conclure, relativement aux inoculations préventives du sang de rate : 1° que le contact direct de l'organisme animal avec les éléments bactéridiens n'est pas nécessaire à la stérilisation ultérieure de cet organisme; 2° que les inoculations préventives agissent sur les humeurs proprement dites, rendues stériles et stérilisantes, soit par soustraction de substances nécessaires à la prolifération bactéridienne, soit plutôt par addition de matières nuisibles à cette prolifération.

SUR UNE ALTÉRATION PARTICULIÈRE DE LA VIANDE DE BOUCHERIE, par M. *Poincaré*.

En examinant une série de viandes refusées à l'abattoir de Nancy, j'ai rencontré, dans plusieurs spécimens, des éléments hétérogènes qui m'ont paru être constitués par des parasites non encore signalés, et mériter d'attirer l'attention des helminthologistes.

Ces éléments (mot que j'emploie afin de ne préjuger en rien de leur nature) sont enchâssés, sans la moindre enveloppe kysteuse, entre les fibres musculaires, mais d'une façon tellement intime, qu'au premier abord ils paraissent même occuper une zone de la cavité du sarcolemme; mais, en les isolant par dilacération, on constate facilement leur indépendance. Du reste, pour beaucoup, cet isolement s'opère spontanément. En quelques heures on voit les éléments émerger de plus en plus sur les bords de la coupe et finir par s'en détacher. Ce résultat ne saurait être attribué à une véritable migration naturelle. Il s'agit plutôt d'une énucléation, œuvre du retrait éprouvé par le tissu musculaire, d'autant plus que le fait s'observe presque exclusivement après l'emploi du picro-carminate ou de carmin.

L'élément est cylindrique et présente deux extrémités coniques, dont l'une est toujours plus effilée que l'autre. Il possède une cuticule parfaitement appréciable à un fort grossissement. Il existe un grand nombre de lignes transversales, longitudinales et obliques qui semblent circonscrire de larges cellules. Au delà, on n'aperçoit qu'une masse granuleuse; il m'a été impossible jusqu'ici de constater des traces d'organisation intérieure.

Les proportions moyennes sont $0^{mm},05$ comme largeur et $0^{mm},28$ comme longueur; mais on peut dire que la taille générale varie beaucoup et qu'on a toujours sous les yeux des représentants des différentes périodes de croissance. Les plus grands sont souvent contournés et peuvent même affecter la forme de nœud, que présentent parfois les lombrics.

Malgré le défaut d'organisation et l'état purement granuleux de la masse intérieure, il me paraît impossible de voir là une simple altération pathologique du tissu musculaire, en raison de la forme générale qui se montre constamment la même, en raison aussi de l'indépendance vis-à-vis des fibres. Quoique ces éléments n'aient même pas une organisation suffisante pour être considérés, sans

contestation, comme des embryons d'helminthes, et quoiqu'ils présentent une certaine analogie avec les grégarines, comme j'ai rencontré des éléments semblables dans des muscles de porcs atteints de ladrerie, il est permis de se demander si ce n'est pas là une des phases ou métamorphoses des tænioïdes, et si ce n'est pas par leur intermédiaire que la viande crue de bœuf donne le tænia à tant de malades.

Sur la production du charbon par les paturages, par M. *Poincaré*. — L'eau du pâturage et le sang d'un des animaux morts ont été examinés par l'auteur, qui a constaté dans le premier de ces liquides des bactéridies semblables à celles que renfermait le sang.

Le 30 juin 1880, une injection sous-cutanée d'eau de pâturage fut pratiquée sur un cobaye. Il devint malade dans la journée du 2 au 3 juillet et succomba pendant la nuit du 3 au 4. Son sang, examiné au microscope, présenta l'altération parasitaire décrite par Davaine et fut injecté, le 5 juillet, sur un second cobaye, qui mourut, lui, dans la nuit du 5 au 6. L'autopsie et l'examen microscopique vinrent démontrer la nature charbonneuse de l'affection à laquelle il avait succombé.

Observations sur l'origine des fibrilles dans les faisceaux du tissu conjonctif, par M. *Laulanié*. — L'origine des fibrilles dans les faisceaux du tissu conjonctif est expliquée jusqu'ici par deux hypothèses contradictoires : celle de la filiation cellulaire et celle de la fibrillation spontanée de la substance fondamentale.

L'auteur cite des faits qui semblent prouver que si les fibrilles ne procèdent pas immédiatement des cellules préexistantes, leur formation est cependant placée sous la dépendance de ces éléments.

Le tissu qui convient le mieux à ce genre d'observation est le tissu muqueux répandu à la surface de l'allantoïde. Émanation de la gelée de Warton, ce tissu se continue, d'autre part, avec celui de l'allantoïde qu'il recouvre.

En traitant par les procédés indiqués par M. Ranvier des préparations de ce tissu, on y voit des cellules rameuses non seulement jetées sans ordre dans la substance fondamentale, mais ordonnées en séries. Les travées des réseaux fragmentaires, les traînées cellulaires sont formées de cellules rameuses paraissant rattachées les unes aux autres par leurs prolongements protoplasmiques, et disposées de manière à former de véritables gaînes dans lesquelles se trouvent emprisonnés des cordons de substance fondamentale : il est absolument impossible, même à l'aide des plus forts grossissements, de saisir dans ces portions de substance fondamentale englobées dans les gaînes cellulaires la moindre trace de différenciation en fibrilles. En examinant des lamelles plus profondes, on trouve à la place de ces réseaux fragmentaires et isolés un très beau réseau parfaitement continu dans toute l'étendue de la préparation, et dont les travées ne diffèrent de celles que l'on trouvait éparses dans le tissu muqueux superficiel que par cette circonstance que la substance fondamentale qui les forme a subi la fibrillation. Mais elles sont toujours recouvertes par leur revêtement de cellules à prolongements protoplasmiques. Les cordons de substance homogène ont donc été remplacés par des faisceaux connectifs. Plus profondément, enfin, on découvre le tissu propre de l'allantoïde avec ses travées épaisses et ses mailles circulaires. Cette succession permet d'établir la marche du développement de l'élément fibreux dans l'allantoïde. Examiné dans les couches les plus superficielles, cet élément ne se trahit que par le dessin qu'il affectera plus tard, dessin qui lui est imposé par les cellules dont le groupement et l'ordonnance régulière constituent le fait primitif. Dans une seconde phase, les seules portions de substance fondamentale emprisonnées dans les gaînes cellulaires subiront la fibrillation, et les faisceaux seront formés. Il y a donc un lien de subordination entre l'apparition des fibrilles et l'arrangement cellulaire, au point qu'il est légitime de conclure que les faisceaux connectifs ne se forment pas indépendamment des cellules, mais que celles-ci en provoquent le développement, non pas par une transformation de leur protoplasma, mais par une élaboration propre exercée sur la substance fondamentale.

Académie de médecine

Séance générale annuelle. — Présidence de M. Richet.

(Fin. — Voyez le numéro 30.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1881.

Prix de l'Académie. — Question : « Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. »
Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « État de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. »
Ce prix sera de la valeur de 1200 francs.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — Question : « Des accidents épileptiformes dans l'hystérie. »
Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : « Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse. »
Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Voyez page 486 les conditions du concours.
Ce prix sera de la valeur de 6000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.
Il sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par Madame veuve Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : « De l'épithélioma des lèvres et de son traitement »
Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. Il sera de la valeur de 2500 francs.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1876 à 1881), et subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.
Ce prix sera de la valeur de 10 000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une » somme de 1500 francs, pour la fondation d'un prix de pareille » somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura pro- » duit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux » animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à » endémies goîtreuses. »
Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DE ALFARO. — Note déposée par le fondateur : « J'offre à l'Académie la somme de 2000 francs, pour » la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la » question suivante :

« Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles pu- » blics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus » large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action. » Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux » dans les affections mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez » nombreux et bien constatés par la science. »

PRIX FONDÉ PAR M. ET Mme SAINT-PAUL. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

FONDATION AUGUSTE MONBINNE.— M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant les besoins. »

PRIX DE LA COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — Question : « Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition. »

Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Nota. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1881 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1881. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Amussat, Buignet et Desportes, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exemptés de cette dernière disposition.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Méhu comme membre titulaire dans la section de pharmacie.

L'Académie reçoit : 1° Une série de lettres de remerciement adressées par divers lauréats de l'Académie. — 2° Un mémoire pour servir à la distinction de la mort réelle et de la mort apparente, par M. le docteur Champault. (Com. M. Moreau.)

M. *le Secrétaire perpétuel* annonce qu'un Congrès international d'hygiène doit avoir lieu prochainement à Turin, et que M. Fauvel a été désigné par le Conseil pour représenter l'Académie à ce Congrès.

M. le Secrétaire perpétuel annonce, en outre, que M. Dujardin-Beaumetz a bien voulu accepter de représenter l'Académie au Congrès sur l'alcoolisme qui doit être tenu à Bruxelles.

M. *Larrey* présente : 1° Au nom de M. le docteur Charles Brame, professeur à l'École de médecine de Tours, le premier fascicule d'un *Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau*, basé sur un nouveau traitement ; — 2° en son propre nom, le discours qu'il a prononcé à la tribune de la Chambre des députés concernant le projet de loi sur l'administration de l'armée.

M. *Béclard*, secrétaire perpétuel, présente, au nom de M. Corlieu, une notice sur Jacques Mentel, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris.

M. *Maurice Raynaud* présente, au nom de M. le docteur Cadier, un ouvrage intitulé : *Manuel de laryngoscopie et de laryngologie*.

M. *Depaul* présente la deuxième édition de la traduction française, faite sur la huitième édition allemande, du *Traitement pratique d'accouchements* de MM. Nægelo et Grenser, avec une introduction de M. Stoltz.

M. Depaul présente, en outre, quatre thèses soutenues au dernier concours de l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements) devant la Faculté de médecine de Paris : 1° *De l'albuminurie chez la femme enceinte*, par M. le docteur Dumas, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier ; 2° *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, par M. Lefour, professeur agrégé de la Faculté de Paris ; 3° *Des hémorrhagies chez les nouveau-nés*, par M. le docteur Ribemont ; 4° *Des varices chez la femme enceinte*, par M. le docteur Budin, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

M. *Lagneau* offre en hommage le rapport qu'il a lu devant le Conseil d'hygiène et de salubrité, sur les *Statistiques des maladies épidémiques*.

M. *Fauvel* présente, au nom de M. Martin, bibliothécaire-archiviste de la Société de médecine publique, une brochure intitulée : *Essai d'organisation de la médecine publique en France*.

M. *Duplay* offre en hommage le deuxième fascicule du tome VI du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

M. *Tarnier* présente, au nom de MM. les docteurs Rouvier et Queirel, de Marseille, un instrument qui est à la fois un hystéromètre et un porte-caustique utérin et uréthral.

OPÉRATION DE L'EMPYÈME. — M. *Dumontpallier* présente une malade à laquelle il a pratiqué l'opération de l'empyème pour une pleurésie purulente puerpérale. Cette jeune femme est aujourd'hui guérie. Un fait important doit être relevé dans cette observation, c'est que, plusieurs fois, lorsque l'on procédait au lavage de la plèvre avec des injections phéniquées, alcoolisées ou iodées, la malade avait ressenti un malaise général avec vertige et coloration rouge de la peau de la face et de la paroi antérieure de la poitrine. Une fois les accidents furent plus accusés, et, immédiatement après le lavage de la plèvre, la malade eut une syncope avec trismus et écume à la bouche.

INOCULATION DU VIRUS CHARBONNEUX. — M. *Bouley* communique une lettre de M. *Toussaint* (de Toulouse), dans laquelle il fait connaître le résultat des expériences qu'il a entreprises sur divers animaux à l'effet de les rendre réfractaires à l'inoculation du virus charbonneux. Le procédé dont se sert M. Toussaint n'est pas encore divulgué, mais il se trouve décrit dans un pli cacheté déposé à l'Académie des sciences. M. Bouley demande que la note de M. Toussaint soit insérée au *Bulletin de l'Académie*, afin de réparer autant que possible le dommage causé à l'honorable professeur par M. Colin, dans l'avant-dernière séance. On se souvient que M. Colin avait prétendu que ses procédés d'expérimentation lui avaient été dérobés par le professeur de Toulouse.

Après une vive discussion entre MM. Béclard, Jules Guérin, Le Fort, Depaul et Bouley, l'Académie décide qu'elle insérera la note de M. Toussaint dans ses *Bulletins*.

RAPPORTS. — M. *Planchon* donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

TRAITEMENT DES MALADIES CHARBONNEUSES CHEZ L'HOMME. — M. *Davaine* lit un mémoire très complet et très intéressant sur cette importante question. D'après l'auteur, il faut distinguer dans le charbon de l'homme trois périodes : *la première*, qui est caractérisée par une pustule formée par les bactéridies développées dans le corps muqueux de la peau ; *la seconde*, caractérisée par un œdème qui enveloppe la pustule et dans lequel se trouvent des bactéridies qui n'ont pas encore pénétré dans le sang ; *la troisième*, dans laquelle les bactéridies ont pénétré dans le sang et dans les organes internes.

Dans le premier cas, il suffit de détruire le foyer primitif; dans le second on peut encore obtenir de bons effets par les moyens qui agissent localement ; dans le troisième, le traitement local ne peut avoir aucun résultat utile.

M. Davaine s'occupera des moyens applicables principalement à l'*œdème malin* ou à la deuxième période de la *pustule maligne*, en particulier de l'*iode*, du *sublimé corrosif* et de l'*extrait de feuilles de noyer*.

L'introduction de l'iode dans la thérapeutique des maladies charbonneuses est due à un jeune vétérinaire, M. Stanis Cézard, qui eut le bonheur de guérir, par ce moyen, un de ses amis atteint d'un œdème malin de la face.

M. Davaine avait d'ailleurs constaté, en 1873, qu'une solution d'iode iodurée au douze-millième détruit le virus charbonneux après une demi-heure de contact, tandis que pour obtenir le même résultat avec l'acide phénique, par

exemple, il faut une solution au deux-centième. Des expériences plus récentes ont montré à M. Davaine que la limite extrême de l'action antiseptique de l'iode est la proportion de 1/170 000 ; ce qui représente la solution de 1 centigramme d'iode dans 1700 grammes d'eau.

M. Davaine cite un certain nombre de faits dans lesquels l'iode a été employé avec succès pour combattre le charbon chez l'homme, et qui sont dus à MM. Stanis Cézard, Raimbert (1874), Baladoni (1875), Rémy (1876), Chipault, d'Orléans (1880).

La limite de l'action antiseptique du sublimé corrosif est la proportion de 1/150 000 à 1/160 000, ce qui représente la solution de 1 centigramme de sublimé dans 1500 grammes d'eau. Ce médicament a été employé avec succès et préconisé par les médecins de la Beauce.

Quant à l'action du suc des feuilles de noyer vantée par un médecin de Perpignan, M. le docteur Pomayrol, et par M. le docteur Raphaël (de Provins), dont les observations furent l'objet d'un rapport de Nélaton en 1857, au sein de l'Académie, M. Davaine a fait à ce sujet des expériences au nombre de 7, dont il croit pouvoir conclure que le suc des feuilles de noyer est doué de propriétés antiseptiques suffisantes pour détruire le virus charbonneux.

Nos expériences relatives aux propriétés antiseptiques de l'iode et les faits cliniques qui les confirment, dit M. Davaine, ne peuvent laisser de doute sur l'efficacité du traitement iodé dans les affections charbonneuses. L'iode peut être employé à l'exclusion de tout autre moyen de traitement dans la première et dans la seconde période de l'œdème malin et de la pustule maligne. Ce traitement est exempt de douleurs vives, il n'altère point les tissus envahis, il ne laisse point dans les parties atteintes de désordres consécutifs graves ; il est facile dans son application et prompt dans ses résultats ; il peut donc, sans inconvénient, être mis en pratique dès le début du mal, alors même que le diagnostic laisserait quelque incertitude.

C'est l'action des injections sous-cutanées qui paraît la plus manifeste, si l'on considère que 10 gouttes d'une solution au 1/500 représentent 1 milligramme d'iode, quantité beaucoup plus que suffisante pour neutraliser 100 grammes du liquide virulent. Vaut-il mieux injecter des solutions au 1/500, au 1/1000, au 1/2000? Vaut-il mieux les répéter souvent ou ne les faire que deux fois par jour, comme M. Davaine incline à le croire? Ce sont là des questions auxquelles les faits cliniques pourront seuls répondre.

Quant au sublimé corrosif, il pourrait recevoir des applications semblables si l'on n'avait pas à craindre ses effets toxiques. Peut-être que sa fixité, plus grande que celle de l'iode, trouvera dans certains cas des applications particulières.

M. *Jules Guérin* demande si M. Davaine a inoculé le liquide de la pustule maligne ; il rappelle que M. Raimbert (de Châteaudun) avait établi, comme résultat de ses expériences, que l'inoculation du liquide de la pustule maligne ne donnait pas le charbon ; il fallait, suivant lui, inoculer sous la peau la pustule elle-même. Les faits auraient-ils changé depuis la publication de l'ouvrage de M. Raimbert? A-t-on constaté que le liquide de la pustule fût virulent et contînt des bactéridies?

M. *Davaine* répond que les faits n'ont pas changé ; mais, depuis vingt ans, on sait mieux ce que l'on fait, on a mieux précisé les conditions des expériences. On sait, aujourd'hui, que le meilleur moyen de faire absorber le virus charbonneux est de l'étendre d'eau.

M. *Lancereaux* désirerait savoir si M. Davaine a fait des expériences comparatives pour bien déterminer la valeur du traitement de la pustule maligne par les injections d'iode. A-t-il comparé un animal inoculé, puis traité par les injections d'iode à un autre animal abandonné à lui-même après l'inoculation du virus charbonneux.

M. *Davaine* dit qu'il a fait un mélange du virus charbonneux et de l'iode dans des proportions diverses, et qu'il a cherché à déterminer la valeur antiseptique de cet agent, ainsi que du sublimé et du suc de la feuille de noyer.

M. *Raynaud* demande si l'on pourrait faire des injections plus concentrées.

M. *Davaine* répond qu'il y a tout avantage à faire une injection plus concentrée, à la condition qu'elle soit supportée par les tissus.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Rapport sur les maladies régnantes : M. E. Besnier. — De la fièvre typhoïde en Algérie par M. Sorel (rapport) : M. Lereboullet. — Communication pathologique des deux oreillettes : M. Bucquoy. — Mort subite dans la néphrite interstitielle : M. Debove. — Un cas de lèpre : M. Vallin (discussion). — Rétrécissement de l'artère pulmonaire : M. Rathery.

M. *E. Besnier* fait connaître quelques points de son rapport sur les maladies régnantes pour le second trimestre de 1880. La température moyenne a été de 13°,2 et la hauteur des eaux de pluie, encore inférieure à la moyenne normale, de 116 millimètres. La tension électrique est restée faible. Les vents, variables en avril, ont soufflé nord-est en mai et est en juin. La mortalité a dépassé de plusieurs milliers le chiffre moyen calculé sur les huit dernières années. Les fièvres éruptives ont suivi leur marche saisonnière normale : la variole, de 1760 cas dans le premier trimestre, sur lesquels 317 décès, est descendue à 1350 cas dont 286 suivis de mort. La rougeole, la scarlatine et l'érysipèle ont suivi leur courbe ascensionnelle : la rougeole, du chiffre de 80 malades dans le trimestre précédent, a atteint celui de 203 ; la scarlatine de 56 s'est élevée à 122, et l'érysipèle de 236 à 320. La décroissance habituelle s'est produite pour la fièvre typhoïde : 247 décès dans le premier trimestre, 159 dans les trois derniers mois.

— M. *Lereboullet* lit un rapport sur un mémoire de M. Sorel, médecin-major à Sétif, mémoire intitulé : *Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie*. Cet intéressant travail, riche en observations et en documents épidémiologiques, soulève une question médicale des plus importantes, celle de l'étiologie de la dothiénentérie. En analysant les observations de fièvre typhoïde dite palustre, M. Sorel cherche à établir que le miasme tellurique agit à la façon d'un poison et ne saurait constituer un milieu capable d'influencer la marche de la fièvre typhoïde. A l'Académie de médecine, il y a trois ans, dans la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, l'opinion générale lui attribuait un caractère spécifique, miasmatique et médiatement contagieux ; le professeur Chauffard seul affirmait que la fièvre typhoïde vient en nous de mille sources et que l'organisme vivant, maître de ses déterminations pathologiques, même lorsqu'elles sont sollicitées par un agent spécifique et contagieux, crée de toutes pièces la maladie. En 1869, M. Colin, dans son *Traité des fièvres intermittentes*, cherchait à établir une filiation continue entre les fièvres rémittentes telluriques et la fièvre typhoïde, niant la spécificité de cette affection ; en 1878, il ajoutait, dans son travail sur *la Fièvre typhoïde dans l'armée*, que dans les formes les plus fébriles de l'impaludisme, la rémittente et la continue, le miasme palustre provoque le miasme humain et détermine la fièvre typhoïde palustre, maladie qui n'est pas composée de deux éléments distincts, mais qui conserve presque toujours l'empreinte de son origine ; cette théorie tend à renverser les idées généralement admises sur la genèse des maladies spécifiques et sur la nature des virus et des miasmes. Analysant ces différentes opinions, M. Sorel cherche à démontrer les différences épidémiologiques des deux pyrexies, qui ne se montrent pas aux mêmes mois de l'année ni dans les mêmes localités, la dothiénentérie sévissant surtout dans les grands centres d'agglomération. La forme intermittente de la

fièvre au début, ainsi que la marche rémittente de la deuxième période, dite fièvre de résorption secondaire, peuvent s'observer en dehors de toute influence maremmatique; les défervescences brusques consignées dans quelques courbes thermiques, précédant le stade des oscillations descendantes, sont suivies dans la dothiénentérie d'oscillations intermittentes qu'on ne retrouve pas dans les cas d'accès palustre à forme algide. M. Sorel reconnaît la difficulté du diagnostic, dans les contrés où règnent les deux affections, lorsque la fièvre paludéenne abandonne ses allures intermittentes caractéristiques pour prendre la marche pseudo-continue et s'accompagner des signes ordinaires de début de la dothiénentérie; ce n'est qu'après plusieurs jours d'observation minutieuse que la durée et la marche du cycle fébrile pourront permettre un diagnostic à peu près certain. En un mot, il ne lui semble pas démontré l'existence d'une fièvre typhoïde palustre, c'est-à-dire consécutive à une intoxication tellurique, provoquée par elle et due à la combinaison du miasme palustre avec le miasme humain. Suivent des faits d'importation et de contagiosité de la dothiénentérie dans des localités jusque-là indemnes. Après avoir rappelé les différents titres scientifiques de l'auteur, M. Lereboullet conclut : 1° au renvoi du mémoire au comité de publication; 2° à l'inscription de M. Sorel sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Ces conclusions sont adoptées.

— M. *Bucquoy* présente une pièce anatomique offrant un exemple de communication pathologique entre les deux oreillettes. Une jeune fille de quatorze ans, pâle, lymphatique, sans antécédents scrofuleux, n'ayant jamais eu de palpitations ni de cyanose, entrait en 1874 à l'hôpital Cochin, avec de l'oppression, des palpitations cardiaques et de l'œdème des jambes : on constatait un souffle systolique à la pointe. Bientôt se montrait, à la suite d'une rougeole contractée dans le service, de l'anasarque avec albuminurie. Sortie six mois après, elle revenait consulter en 1875 et 1876 pour les mêmes symptômes, qui lui rendaient sa profession de domestique très pénible. En novembre 1878, elle fut reçue de nouveau à Cochin avec de vives douleurs dans le côté gauche du thorax, des palpitations, une notable oppression et un peu de toux; on percevait alors une forte impulsion du cœur, un frémissement cataire très intense s'étendant à toute la région antérieure gauche du thorax au niveau des trois premières côtes, et un souffle présystolique rude, offrant le roulement continu du bruit de diable et simulant un frottement; ce fut même la première interprétation de ce bruit qui avait presque autant d'étendue que le frémissement. Quelque temps après le frémissement diminuait d'intensité et l'on entendait dans le deuxième espace intercostal gauche un bruit plus soufflant, systolique, semblant se localiser au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire, et perceptible en arrière du thorax. En 1879 apparaissaient des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, des irrégularités menstruelles, de la toux, et l'examen révélait de la submatité aux sommets des poumons avec de la respiration soufflante surtout à gauche. Sortie de nouveau de l'hôpital, elle y revenait une dernière fois en 1880: on constatait toujours le même souffle cardiaque et tous les signes de la tuberculose pulmonaire à la troisième période; l'albuminurie avait diminué. Elle mourut épuisée par la fièvre hectique le 14 juin.

A l'autopsie : adhérences des deux poumons surtout à droite; noyaux caséeux volumineux, cavernules. Cœur petit (250 grammes); pas de traces de péricardite. Léger épaississement du bord libre de la valvule mitrale dont l'orifice est de 85 millimètres; orifice aortique sain. Le cœur droit est égal en volume au cœur gauche, l'orifice tricuspide sain, ainsi que celui de l'artère pulmonaire qui n'est nullement rétréci; le tronc pulmonaire n'offre aucune lésion; le canal artériel n'est pas perméable. L'anneau de Vieussens, très élargi, circonscrit une étendue double de la normale et ne forme de relief musculaire qu'en avant et en bas; à ce niveau la cloison interauriculaire offre un large hiatus d'un centimètre au moins; en haut elle est amincie et présente deux petits pertuis séparés par un pont que forme l'adossement des endocardes; en bas elle offre une disposition réticulée, ne se rattachant à l'anneau que par quelques minces filaments séreux. Foie gras; reins congestionnés; petites rates supplémentaires. Cette observation est surtout intéressante par le développement tardif d'une lésion ordinairement congénitale et accompagnée de rétrécissement pulmonaire, affection dont on percevait dans ce cas tous les signes, mais que n'a pas confirmée l'autopsie, et par la disparition presque complète des lésions de l'endocardite mitrale qui avait signalé le début des accidents. M. Bucquoy pense que, vu la simultanéité de contraction des deux cœurs, le courant sanguin devait s'établir du cœur gauche dans le droit par suite de la différence de tension dans les deux oreillettes. La terminaison par tuberculose pulmonaire à forme caséeuse, qui plaidait en faveur du rétrécissement pulmonaire, est ici très remarquable, puisque c'est du sang rouge de l'oreillette gauche qui se rendait anormalement dans le poumon, le mettant dans des conditions toutes différentes de celles produites par la sténose pulmonaire.

M. *Maurice Raynaud* s'explique mal un bruit *systolique* dans ce cas. L'absence de cyanose semblerait indiquer que, dans les cas de persistance du trou de Botal, elle résulte du rétrécissement pulmonaire concomitant.

M. *Damaschino* croit l'interprétation physiologique donnée par M. Bucquoy de la direction du courant sanguin anomal, parfaitement exacte.

M. *Ollivier* regrette qu'on n'ait pas essayé, en plongeant le cœur dans l'eau, si la valvule mitrale était réellement suffisante, un souffle systolique aussi rude cadrant mal avec la communication interauriculaire et la faiblesse de la contraction des oreillettes.

— M. *Debove* a observé à Bicêtre trois cas de mort subite chez des vieillards paraissant jusque-là assez bien portants, et dont l'autopsie a révélé une néphrite interstitielle avec hypertrophie du cœur gauche. Cette terminaison, inconnue dans les autres formes de néphrites, doit être imputée à l'hypertrophie cardiaque, et est à rapprocher des cas de mort par syncope dans l'hypertrophie de cause valvulaire.

M. *Landouzy* a trouvé des lésions identiques à l'autopsie d'une femme morte subitement sans cause connue à l'hospice d'Ivry.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande si ces malades n'avaient pas pris d'opium; la mort subite ayant suivi parfois l'administration de cette substance, même à faibles doses, dans le cours d'une néphrite scléreuse.

M. *Debove* est certain que, dans les trois cas dont il a parlé, aucune préparation opiacée n'avait été ingérée.

— M. *Vallin* présente un malade récemment arrivé de Cayenne et atteint de lèpre. Cet homme, né de parents alsaciens, présente une hyperesthésie extrême des extrémités amenant une incoordination des mouvements qui avait fait, à Cayenne, porter le diagnostic d'ataxie locomotrice; la percussion légère sur le bout des doigts produit une sensation de brûlure très douloureuse; cette hyperesthésie plus ou moins marquée s'étend à presque toute la surface cutanée; le froid et le chaud déterminent une impression pénible, mais identique. Trois semaines après son arrivée en France, apparurent des taches rouges sur le corps, se transformant bientôt en papules légèrement saillantes, peu indurées, circinées, avec un centre pâle frappé d'anesthésie; huit jours plus tard, les testicules devenaient volumineux, indolores à la pression; ils ont un peu diminué depuis. On constate encore une légère atrophie musculaire des mains. Cet individu raconte avoir

vécu pendant plusieurs années dans une intimité complète avec un jeune nègre, mort il y a un an après avoir présenté des symptômes d'hyperesthésie, puis de la rétraction des doigts, des ulcérations et de l'anesthésie terminale.

M. *Rendu* fait remarquer l'intérêt qu'offre ce cas au point de vue de la contagion possible de la maladie. Il a vu autrefois à l'hôpital Saint-Louis un soldat d'infanterie de marine atteint de lèpre anesthésique, et qui avait vécu pendant trois mois, à Taïti, dans une famille indigène dont un membre était lépreux.

M. *E. Besnier* rappelle qu'il y a bien peu de temps encore la contagion de la lèpre semblait inadmissible, mais que depuis les recherches histologiques entreprises cette année en Suède et Norvège, une nouvelle voie s'ouvre à l'étude de la contagion possible de cette maladie; on n'en connaît certes pas encore le mode, mais la route est tracée. L'hyperesthésie dans le cas présent est remarquable, vu sa rareté; mais la lèpre est loin d'être une dans sa symptomatologie et les différentes descriptions prouvent bien cette variabilité des formes. Il n'est d'ailleurs pas très surprenant que le développement et l'infiltration des cellules constituant la lésion lépreuse se soient localisés d'emblée sur le système nerveux avec une remarquable intensité : on comprend que, suivant la localisation exacte du tissu morbide, des phénomènes anesthésiques ou hyperesthésiques puissent être engendrés. M. E. Besnier soigne actuellement un ouvrier maçon, habitant Boulogne-sur-Seine depuis vingt ans et originaire de Plaisance en Italie; cet homme n'a jamais vu de lépreux, la lèpre est inconnue dans son pays et néanmoins il est atteint de cette grave maladie.

M. *Vallin* a observé dernièrement un cas de transmission de la lèpre du mari à la femme. Il se demande s'il faut isoler le malade qu'il vient de présenter.

M. *E. Besnier* ne croit pas l'état de la question de contagion assez avancé pour que l'on soit en droit de séquestrer un individu. A l'hôpital Saint-Louis, où se trouvent en permanence des lépreux, il n'a jamais observé de fait de contagion dans leur entourage. L'inoculation ne lui semble pas le mode de contage probable, il pense qu'il faut des rapports plus intimes et plus prolongés; cependant une réserve est nécessaire, car l'incubation paraît devoir être de longue durée.

M. *Vallin* demande si dans le cas actuel l'acide phénique serait de quelque utilité.

M. *E. Besnier* a toujours obtenu de bons effets de ce médicament, qu'il donne dans des cas semblables en pilules de 10 centigrammes, élevant progressivement la dose jusqu'à 1 gramme ou 1gr,20. Il n'a jamais vu dans ces conditions se produire d'accidents.

M. *Joffroy* a soigné un malade atteint de lèpre anesthésique sans aucune trace d'hyperesthésie et qui offrait un peu d'atrophie musculaire d'une éminence thénar. Cet individu avait vécu en Allemagne pendant plus d'un an avec une femme, sa maîtresse, qui n'a présenté aucun symptôme d'infection.

M. *Landouzy* signale, sur le sujet, la thèse récente d'un externe des hôpitaux, originaire du Vénézuela, et atteint lui-même de cette affection, qui aurait été très-améliorée par le traitement avec le hoàng-nan du Tonkin.

M. *Hillairet* a vu trois lépreux venant des environs de Nice, et rapporte que cette maladie paraît prendre de l'extension en Italie depuis une douzaine d'années sur le littoral voisin. Il a observé à Paris un jeune enfant lépreux, né à Cayenne de parents français non lépreux et dont les frères et sœurs restés en Guyane avaient une parfaite santé. Mais la mère lui avoua qu'avant la naissance de cet enfant, pendant une absence de deux ans de son mari, elle avait eu des rapports avec un individu qu'elle sut plus tard être atteint dès cette époque de lèpre au début. La non-infection de la mère et la transmission à l'enfant sont d'un grand intérêt.

— M. *Rathery* présente un malade atteint d'atrophie du membre supérieur gauche et du côté correspondant du thorax à la suite de paralysie infantile. Ce malade offre en outre un souffle systolique nettement localisé au foyer de l'artère pulmonaire et est atteint de tuberculose non douteuse.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Après la lecture du procès-verbal de la précédente séance, M. le président lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Broca, et lève la séance en signe de deuil.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Sur un trématode parasite : M. Mégnin.— Modifications du sang sous l'influence de l'oxygène et de l'arsenic : M. Hayem. — Deux cas de pachyméningite hémorrhagique : M. Magnan. — Circulation de certains reptiles : MM. Regnard et Blanchard. — Filets vaso-dilatateurs de la langue chez la grenouille : M. Laffont. — Tumeur du lobule pariétal inférieur avec aphasie, cécité des mots et hémiplégie droite : M. Déjerine. — Appareil pour les études de thermométrie locale : M. Redard.

M. *Mégnin* communique les résultats de recherches anatomiques faites sur un trématode recueilli dans le tube digestif d'un mulet.

Ce même parasite avait été observé chez le cheval et décrit en 1877 par Cobbold. MM. Mégnin et Poirier ont rectifié sur quelques points la description de l'auteur anglais, notamment au sujet du *pore génital.*

Ce parasite est le seul trématode connu vivant chez le cheval; il fait le pendant de l'*amphiostomum conicum* du bœuf.

— M. *Hayem* a fait étudier par deux de ses élèves l'action de l'oxygène et de l'arsenic sur la température, la respiration, la circulation et les sécrétions. Les modifications observées ont été peu considérables et en tout cas temporaires. On a vu, par exemple, sous l'influence des inhalations d'oxygène, la respiration et le cœur s'accélérer pendant les inhalations, pour reprendre ensuite leur fréquence normale; le nombre des globules rouges, s'étant élevé légèrement, est retombé à son chiffre initial avec l'oxygène; il s'est abaissé avec l'arsenic. Au point de vue de l'application thérapeutique, il faut donc considérer l'oxygène comme incapable de réparer à lui seul les altérations du sang dans la chlorose; on peut en attendre de bons effets si l'on y joint le traitement par le fer.

— M. *Magnan* expose l'observation de deux malades qui ont présenté des symptômes exceptionnels de pachyméningite hémorrhagique.

Le premier cas se résume ainsi : paralysie générale; attaque épileptique suivie d'hémiplégie gauche; seconde attaque épileptique suivie d'hémiplégie droite et d'aphasie; hématome double de la dure-mère comprimant les deux hémisphères. Adhérences de la néo-membrane à l'arachnoïde et à la pie-mère.

Cette observation montre une nouvelle cause d'aphasie dans la paralysie générale. Jusqu'ici ce syndrome s'est trouvé en rapport, chez les paralytiques généraux, avec des lésions maxima au niveau de l'insula et de la troisième circonvolu-

tion frontale gauche. La compression produite par une pachyméningite hémorrhagique peut également provoquer l'aphasie. Dans le fait précédent, il semble qu'on ne peut rattacher les deux hémiplégies brusques qui se sont successivement produites des deux côtés, qu'aux hémorrhagies méningées qui ont successivement comprimé les deux hémisphères cérébraux.

Dans le second cas, il s'agit des accidents observés chez un alcoolique chronique à la suite d'un choc violent sur la tête : le malade présentait de l'obtusion intellectuelle et une céphalalgie persistante; il fut atteint bientôt d'hémiplégie gauche avec contracture du bras droit. A l'autopsie, on trouva les lésions d'une pachyméningite hémorrhagique du côté droit avec suppuration de l'hématome.

Le choc reçu sur le côté droit de la tête paraît avoir été le point de départ de la pachyméningite, qui s'est développée du même côté chez ce sujet alcoolique. Mais la suppuration de l'hématome, en l'absence de toute fracture, constitue un fait exceptionnel.

L'hémiplégie du côté opposé s'explique par la présence de l'hématome, qui comprimait l'hémisphère droit; quant à la contracture du bras correspondant, on peut l'attribuer à l'irritation de la dure-mère, ce qui concorde avec les résultats observés par les physiologistes.

— MM. *Regnard* et *Blanchard* ont répété, en explorant les variations de la pression trachéale sur le *Varan du désert*, les expériences qu'ils avaient faites sur le même animal en se servant d'une muselière pour recueillir les traces de la respiration. Les résultats concordent avec ceux qu'ils ont déjà signalés.

Sur ces mêmes animaux, ils ont étudié les phénomènes cardiaques et artériels de la circulation. Le cœur, dont les systoles présentent une phase systolique brusque, suivie d'une phase d'état prolongée, est soumis, comme chez les autres animaux, à l'action directe et réflexe du pneumogastrique. La pression artérielle explorée dans l'aorte gauche s'élève normalement à 6 centimètres de mercure. Quand on irrite électriquement le bout central du sciatique, cette pression subit une chute notable due à l'arrêt réflexe des battements du cœur.

— M. *Laffont* a observé sur la langue de la grenouille des effets vaso-dilatateurs d'une grande netteté en excitant le bout périphérique du nerf formé par un rameau du trijumeau et par un rameau du pneumogastrique : ces filets vaso-dilatateurs sont fournis par le nerf vague.

— M. *Déjerine* cite une observation d'aphasie avec cécité des mots et d'hémiplégie droite chez une femme qui présenta à l'autopsie une tumeur du lobule pariétal inférieur.

L'aphasie s'accompagnait d'une cécité des mots très nette pendant les quinze premiers jours et qui disparut peu à peu. La tumeur trouvée à l'autopsie était un gliôme du lobule pariétal inférieur, du volume d'une mandarine. Les régions motrices du cerveau et la circonvolution de Broca étaient parfaitement saines.

— M. *Redard* expose les détails de construction des appareils thermo-électriques qu'il emploie pour l'étude des températures locales. Il a renoncé aux thermomètres, qui présentent, à son avis, des causes d'erreur considérables, même quand ils sont le plus perfectionnés, comme le thermomètre à cuvette fine connu sous le nom de *thermomètre de Voisin*. Son appareil thermo-électrique se compose de deux boutons fer-maillechort, reliés entre eux à la façon des aiguilles thermo-électriques ordinaires, et mis en rapport avec un petit galvanomètre portatif, à fil gros et court. Les boutons sont aplatis de manière à pouvoir s'appliquer sur la peau par une surface de 1 centimètre carré environ, et maintenus en place par des liens à boucle. Le galvanomètre fournit facilement l'indication du 1/40e de degré centigrade.

F. F.

REVUE DES JOURNAUX

Anévrysme de la portion descendante de l'aorte thoracique, ayant produit une communication entre l'œsophage et la bronche gauche. Bride congénitale entre une valvule semi-lunaire et la paroi opposée de l'aorte, par M. Rob. Sam. Archer (de Liverpool).

L'observation du sujet dont M. Archer a fait l'autopsie lui a été communiquée par M. le docteur Edis, et peut se résumer ainsi :

R. P., tailleur, âgé de quarante-deux ans; bonne santé habituelle; s'enivrant rarement, n'ayant jamais fait d'excès alcooliques; souffrant depuis quelques années de ce qu'il suppose être un lumbago. A commencé à vomir le matin, quelques semaines avant l'examen du médecin. Les vomissements sont devenus graduellement plus fréquents et se sont reproduits aussitôt qu'un aliment quelconque solide ou liquide était ingéré. Les matières vomies étaient muco-purulentes. Pas d'autre douleur qu'à la partie supérieure du sternum et dans la région interscapulaire. Résonnance normale des deux côtés du thorax, en avant et en arrière, excepté dans la région douloureuse à droite du sternum. Murmure respiratoire absent dans la région interscapulaire, affaibli à la base du poumon gauche. Bruits du cœur normaux; bruit particulier de cliquet (*clicking sound*) dans la région aortique pendant la systole. Mort d'épuisement.

A l'autopsie : Portions ascendante et transverse de l'aorte légèrement dilatées et athéromateuses; anévrysme fusiforme de l'aorte descendante à sa partie supérieure, adhérent à la colonne vertébrale qui forme la paroi postérieure du sac et dont les quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales sont érodées. A l'intérieur de l'aorte, on a trouvé une bride fibreuse s'étendant du nodule d'Arantius, de la valvule semi-lunaire antérieure gauche au point opposé de la paroi aortique. L'œsophage, comprimé entre le sac anévrysmal et les bronches, communique avec la bronche gauche par un orifice de la grosseur d'un porte-plume ordinaire. Les bronches des deux côtés sont remplies d'un liquide muco-purulent. Engouement pulmonaire double, pneumonie passive surtout dans le lobe inférieur gauche.

L'absence de pulsation anévrysmale et de souffle, rapprochée des vomissements purulents, de la dysphagie, de la douleur interscapulaire, semblait indiquer une tumeur intra-thoracique non anévrysmale, plutôt un abcès du médiastin postérieur qui, ayant perforé l'œsophage, se vidait dans ce conduit. D'après les lésions constatées à l'autopsie, on peut, suivant M. Archer, reconstituer l'évolution des accidents de la façon suivante : Compression de l'œsophage entre l'anévrysme et la bronche gauche; inflammation adhésive de la paroi externe de l'œsophage et de la bronche, suivie d'ulcération et de perforation. La dysphagie et les vomissements alimentaires se sont produits avant l'établissement de la communication broncho-œsophagienne; quand cette communication a été établie, les vomissements sont devenus muco-purulents; ces matières muco-purulentes étaient fournies par les bronches, dans lesquelles pénétraient des substances irritantes et qui se vidaient dans l'œsophage.

Quant au bruit de cliquet particulier entendu sur le trajet de l'aorte, il résultait de la présence de la bride fibreuse signalée dans la cavité aortique, et n'avait aucun rapport avec l'existence de l'anévrysme.

BIBLIOGRAPHIE

Des gangrènes spontanées, par M. le docteur Edouard Rondot. 1 vol. in-8 de 151 pages. Thèse présentée au concours d'agrégation. — Paris, 1880, J.-B. Baillière et fils (1).

Que doit-on entendre par gangrènes spontanées? Doit-on considérer comme telles, ainsi que le fait M. Rondot, toutes

(1) Voyez dans les numéros 16, 19 et 29, les bibliographies déjà publiées sur les thèses d'agrégation de 1880.

celles qui surviennent en dehors des traumatismes? Nous ne le pensons pas. Déjà à ce propos M. Leveran, dans une intéressante critique de la thèse de M. Rondot, a insisté sur ce point en faisant remarquer qu'une gangrène consécutive à une thrombose artérielle ou à une embolie bien constatée, n'est pas plus une gangrène spontanée qu'une gangrène consécutive à un traumatisme ou à une congélation : « La gangrène inflammatoire telle qu'on l'observe par exemple dans certains cas de parotidite, ne nous paraît pas non plus rentrer dans le groupe des gangrènes spontanées »; notre but n'est pas de faire une étude critique d'une thèse très complète, très intéressante, mais simplement d'exposer aussi brièvement que possible les théories et les recherches de l'auteur.

Après avoir spécifié ce qu'il faut entendre par le mot *gangrène*, c'est-à-dire les lésions qui résultent de la suspension du cours du sang, soit dans un membre, soit dans un viscère quelconque, M. Rondot les rapporte soit à la nécrose, soit à la gangrène putride ne survenant que dans les points de l'économie soumis à l'action des gaz ou de l'air et aboutissant dans tous les cas à des eschares, c'est-à-dire à des portions de tissu dans lesquelles les fonctions de nutrition sont abolies. Comme classification, M. Rondot divise les gangrènes en quatre classes : 1° les gangrènes des muqueuses; 2° les gangrènes de la peau, dans lesquelles il range les eschares du décubitus; les furoncles, les anthrax, le phlegmon diffus sont par eux-mêmes de véritables nécroses, mais leur nature *gangréneuse* se manifeste très fréquemment chez les diabétiques : M. Rondot ne s'en occupe qu'au point de vue étiologique; 3° les gangrènes viscérales, dont la plus importante est celle du poumon; 4° les gangrènes des extrémités qu'il divise en gangrène sénile proprement dite, par endartérite hypertrophique avec thrombose, en gangrènes par embolie ou par thrombose des maladies générales et des cachexies, en gangrène symétrique et enfin en gangrène par ergotisme.

Telles sont les variétés de ces gangrènes qui, tout en présentant des signes particuliers, évoluent avec des modalités différentes suivant les maladies générales, fébriles ou non fébriles, les cachexies et certaines intoxications.

Les rapports des gangrènes spontanées suivant les maladies qui les accompagnent, forment un des chapitres les plus intéressants de la thèse de M. Rondot. Il n'est guère de maladies, dit-il, qui ne puissent s'accompagner de gangrène spontanée, mais leur siège et leur fréquence varient pour chacune d'entre elles. On les voit survenir, en effet, à la suite de toutes les pyrexies, surtout quand celles-ci déterminent promptement un état d'adynamie chez des individus déjà soumis antérieurement à des causes débilitantes (fièvre éruptive, fièvre typhoïde, rhumatisme, endocartite ulcéreuse, goutte, choléra, fièvre jaune, diabète, etc.). — Puis M. Rondot étudie l'anatomie pathologique, la symptomatologie, la marche, la terminaison, le diagnostic et le traitement; on comprend que pour ces derniers chapitres il n'ait pu faire qu'une compilation, mais tous les travaux importants publiés sur cette question ont été analysés et discutés; aussi la thèse de M. Rondot sera-t-elle consultée avec fruit.

De la septicémie, par M. le docteur Simon Perret, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon. 1 vol. in-8 de 192 pages. Thèse du concours d'agrégation. — Paris, 1880, A. Delahaye et Lecrosnier.

Si la septicémie a été surtout étudiée par les chirurgiens, elle n'en est pas moins cependant une affection médicale; on comprend, en effet, sous cette dénomination, principalement depuis les travaux de Pasteur et de Chauveau, tous les états pathologiques dus à la présence dans le sang de ferments septiques ou septoïdes, ou simplement de leurs produits. En somme, dit M. Perret, « en mettant dans une classe à part les maladies virulentes proprement dites, dont la vaccine est le type le plus simple et le plus étudié, comme le fait observer M. Chauveau, toutes les maladies infectieuses seraient des maladies septiques ou septoïdes ».

Après un premier chapitre consacré à un historique très complet et très intéressant des diverses théories émises sur la nature de la septicémie, M. Perret aborde la septicémie expérimentale, se déclare partisan des travaux de M. Pasteur pour expliquer la cause des maladies septicémiques; puis il passe en revue l'infection charbonneuse vraie ou maladie bactéridienne, le choléra des poules dont il est si souvent question dans les dernières séances de l'Académie de médecine, l'infection expérimentale produite chez le lapin, l'infection septicémique due aux vibrions septiques de Pasteur, la septicémie par injection à doses élevées (Gaspard, Colin), et l'infection produite par le vibrion pyogénique.

Au point de vue pathologique M. Perret distingue trois septicémies : la septicémie chirurgicale (piqûres anatomiques, fièvre traumatique, septicémie aiguë, gangrène foudroyante, pyohémie, infection putride, érysipèle, fièvre urineuse), la septicémie puerpérale, dont il retrace l'historique avec de grands détails, et enfin la septicémie médicale. Le plus souvent, comme l'auteur l'avoue lui-même, on ne peut émettre que des idées hypothétiques et indiquer la voie dans laquelle on devra diriger les recherches pour arriver à quelques résultats : car dans cette forme de septicémie les rapports étroits qui unissaient l'état du blessé ou de la femme en couches à l'animal en expérience font défaut. Les voies respiratoires permettent l'absorption des substances septoïdes : tel est un premier fait démontré aujourd'hui; la septicémie peut donc être occasionnée par des inhalations de gaz et de miasmes; qu'il y ait dilatations bronchiques, pleurésie purulente, pneumonie, phthisie pulmonaire, c'est-à-dire un foyer purulent quelconque, les ferments pourront se développer rapidement et déterminer des accidents septicémiques. La muqueuse digestive, de même que la muqueuse pulmonaire, absorbe les substances septiques qui sont mises en contact avec elle; ainsi Fodéré cite le fait de plusieurs soldats atteints d'un état grave de gangrène pour avoir mangé de la viande de cheval putréfié (Thèse de Blum, 1870), et Hemmer (1823) rapporte un autre fait d'habitants d'un village qui, ayant fait usage d'une eau altérée par des matières en putréfaction, furent atteints de fièvre septicémique à la suite de laquelle tous les enfants périrent. Puis M. Perret étudie successivement les septicémies des maladies éruptives, des affections du foie et les maladies septicémiques proprement dites (typhus récurrent, endocardite ulcéreuse, fièvre typhoïde, etc.).

Nous espérons que ce trop rapide résumé donnera néanmoins une idée exacte de la remarquable thèse de M. Perret, la plus complète qui ait été faite sur une question encore à l'ordre du jour et sur laquelle l'accord est loin d'être fait.

Les pneumonies chroniques, par M. le docteur J. Regimbeau. 1 vol. in-8 de 150 pages. Thèse pour le concours d'agrégation. — Paris, 1880, J.-B. Baillière et fils.

S'inspirant des leçons de M. le professeur Charcot, leçons professées à la Faculté de médecine (1877 et 1878), M. le docteur Regimbeau admet les divisions nouvelles du professeur. L'auteur distingue les pneumonies chroniques en deux classes : la première comprend les pneumonies primitives ou secondaires simples, qu'il divise en deux variétés : les pneumonies systématiques (la dilatation des grosses bronches avec induration périphérique; la pneumonie lobulaire chronique, la pneumonie lobaire chronique et les pneumonies pleurogènes), et les pneumonies non systématiques (pneumonies

dans le voisinage d'adhérences ou d'épaississements de la plèvre); la seconde concerne les pneumonies consécutives à des lésions pulmonaires d'ordres divers. Ici encore existent deux variétés : dans la première M. Regimbeau range les pneumonokonioses, c'est-à-dire de système bronchique, et les pneumonies lobulaires consécutives aux embolies, c'est-à-dire de système artériel (artère pulmonaire); dans la seconde on comprend les pneumonies non systématiques autour de corps étrangers, de foyers purulents, d'anévrysmes, de kystes, de gommes, de tumeurs de diverses natures, autour des tubercules et des cavernes.

L'auteur ne se dissimule pas les imperfections de la classification que nous venons d'analyser aussi succinctement que possible : Nous savons, dit-il, « quel est l'inconvénient de placer des pneumonies chroniques qui n'ont qu'un rôle très effacé, avant des pneumonies chroniques excessivement graves et qui méritent une étude toute particulière »; mais du moment que la localisation anatomique est considérée comme l'élément constitutif de l'affection, M. Regimbeau a été conséquent avec lui-même, en subordonnant l'étude clinique à la localisation de la lésion.

Dr Joseph Michel.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Chronique de l'étranger.

LES CONGRÈS ÉTRANGERS EN 1880. — ANGLETERRE : LE CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE. — ITALIE : LE CONGRÈS D'HYGIÈNE DE TURIN; CONGRÈS D'OTOLOGIE. — BELGIQUE : CONGRÈS INTERNATIONAL POUR LES QUESTIONS RELATIVES A L'ALCOOLISME. — ALLEMAGNE : EXPOSITION D'ANTHROPOLOGIE.

Nous avons l'habitude de placer chaque année sous les yeux de nos lecteurs le programme des nombreux congrès qui se tiennent dans les différentes villes de l'Europe, et qui fournissent aux médecins de nombreux éléments d'*attraction*. L'année dernière, les plus importantes réunions scientifiques avaient lieu : à Montpellier pour l'Association française; à Cork pour l'Association britannique, et à Amsterdam pour le congrès international des sciences médicales. Nous n'avons à nous occuper cette année que des deux premiers, les congrès périodiques de l'Association internationale n'ayant lieu que tous les deux ans. Nous dirons seulement que cette dernière Association a choisi, après quelques hésitations, la ville de Londres pour son congrès de 1881.

Nous ne parlerons pas, dans cette *Chronique de l'étranger*, du congrès de l'Association française, qui doit avoir lieu à Reims le 12 août prochain, et dont nos lecteurs trouveront dans la *Gazette* un compte rendu détaillé.

— Arrivous donc à l'Association médicale britannique. Cette Société, qui compte près de 7000 membres, et qui constitue la plus importante association médicale du monde entier, tiendra son congrès annuel à Cambridge, du 10 au 13 août, sous la présidence du docteur Humphry, qui occupe avec distinction la chaire d'anatomie de la vieille Université anglaise.

Nous croyons que le comité d'organisation a eu une excellente idée en choisissant Cambridge, et nous sommes assurés que le congrès de 1880 comptera parmi les plus brillants de l'Association. Le vieux centre universitaire de l'Angleterre présente de grands attraits pour le savant et pour le touriste, et nous pensons que les médecins étrangers qui suivent habituellement ces congrès, pourront mettre à profit leur voyage pour visiter en même temps les principaux établissements scientifiques et hospitaliers de Londres. Cambridge ne se trouve, en effet, qu'à 70 kilomètres de la capitale anglaise, c'est-à-dire à deux heures de chemin de fer.

Le bureau du congrès est ainsi composé :

Président élu en 1879 : M. Denis O'Connor, professeur de pathologie interne au Collège médical de la Reine, à Cork.

Président élu pour 1880 : M. Humphry, professeur d'anatomie à l'Université de Cambridge.

Pour faciliter les travaux, on a organisé huit sections devant fonctionner chacune séparément. Voici la composition du bureau de chaque section :

Médecine : Président, M. Edward Paget; secrétaires, MM. Cheadle et Sees.

Chirurgie : Président, M. Willam Savorie; secrétaires, MM. John Chiene et E. Wherry.

Obstétrique : Président, M. U. Playfair; secrétaires, MM. Ingle et Underhill.

Médecine publique : Président, M. W. Acland; secrétaires, MM. Armstead et Walker.

Psychologie : Président, M. Crichton Browne; secrétaires, MM. Bacon et Sutherland.

Physiologie : Président, M. William Rhuterford; secrétaires, MM. Gaskell et Stirling.

Pathologie : Président, sir James Paget; secrétaires, MM. Greenfield et Creighton.

Ophthalmologie : Président, M. William Bowman; secrétaires, MM. Brailey et David Little.

On le voit, les hommes les plus autorisés présideront chacune des sections, et les travaux du Congrès seront aussi intéressants que nombreux. L'espace nous manque pour reproduire le titre des communications annoncées; mais il nous suffira de citer parmi les orateurs inscrits les noms de MM Lister, Henri Thompson, Spencer Wells, Carpenter, Gamgee, Jonathan Hutchinson, Donders, pour que nos lecteurs puissent avoir une idée de la valeur des travaux scientifiques du Congrès de Cork.

Trois adresses inaugurales seront lues à l'ouverture du Congrès par MM. Timothy Holmes (chirurgie), Bradburg (médecine) et Michael Forster (chirurgie).

Enfin des excursions aussi intéressantes que variées ont été organisées par les soins des membres du comité d'organisation.

— Parmi les autres réunions scientifiques qui doivent attirer l'attention des médecins voyageurs, il faut citer en seconde ligne le troisième Congrès international d'hygiène, qui doit avoir lieu à Turin du 6 au 12 septembre, sous le patronage du gouvernement italien. La plupart des Sociétés savantes de France et de l'étranger seront représentées à ce Congrès, organisé par les soins de la Société d'hygiène de Turin, avec le concours du bureau du Congrès international d'hygiène de Paris en 1878.

Disons, en outre, que dans la dernière séance de l'Académie M. Béclard a annoncé que la savante corporation serait officiellement représentée à Turin par M. le docteur Fauvel. Nous ne pouvons qu'applaudir à cet heureux choix.

D'autres congrès importants auront lieu en Italie. Nous signalerons la réunion des médecins otologistes, qui s'étaient constitués en congrès en 1876, à New-York, à l'occasion du centenaire de l'indépendance américaine. Cette réunion aura lieu à Milan du 1er au 4 septembre, en même temps que le Congrès international d'ophthalmologie. Nous en avons déjà fait connaître le programme (n° 22, p. 363).

— Un Congrès international de laryngologie aura lieu à Milan du 2 au 5 septembre 1880; il se réunit, par l'accord unanime de presque tous les spécialistes, dans le but d'inaugurer une série de semblables Congrès qui, secondant les progrès de la science laryngologique, puissent servir de guide aux médecins qui la cultivent.

Le programme de ce Congrès, qui s'ouvrira le 2 septembre 1880, à midi, dans le Palais des Écoles publiques, rue Borgo Spesso, n° 26, contient un grand nombre de communications qui seront faites par les spécialistes du monde entier. Nous relevons parmi les noms des adhérents à ce Congrès ceux de nos compatriotes MM. Krishaber, Manol, Fournié, Thaon, Gouguenheim, Moura, etc.

— La Belgique, qui célèbre actuellement le cinquantenaire de son indépendance, a aussi sa réunion scientifique sous le nom de *Congrès* international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme. Nous croyons être utiles à ceux de nos lecteurs qui s'occupent de ces questions en leur faisant connaître le programme de ce Congrès, qui aura lieu le 20 août :

1° Etudier le moyen d'obtenir des liqueurs distillées qui ne renferment plus d'alcool autre que l'alcool éthylique, et les moyens législatifs et fiscaux à l'aide desquels on pourrait assurer l'emploi exclusif de ce dernier; — 2° Etudier l'action physiologique de l'alcool éthylique pur; — 3° Etudier expérimentalement, sur les animaux, l'action des divers alcools et eaux-de-vie de consommation courante, en se rapprochant le plus possible des conditions qui produisent chez l'homme l'alcoolisme chronique; — 4° Etudier, à l'aide de l'observation clinique et de la statistique, l'influence de l'alcoolisme des parents sur la constitution et la santé de leurs enfants; — 5° Etudier, à l'aide de la statistique, l'influence de l'ivresse et de l'ivrognerie sur la criminalité; — 6° Etudier compa-

rativement le mécanisme de l'impôt sur les spiritueux dans les différents pays et particulièrement en France et en Belgique, et son influence sur la consommation; — 7° Rechercher les moyens législatifs et fiscaux les plus propres à amener le dégrèvement des vins et autres boissons fermentées; — 8° Signaler par quel procédé législatif on pourrait faire rentrer certains alcoolats, alcoolés et éthers, tels que l'absinthe, les vulnéraires, les éthers, etc., dans le groupe des substances médicamenteuses ne pouvant être débitées que par les pharmaciens; 9° Examiner s'il n'y aurait pas lieu d'assujettir les débits qui vendent au détail des boissons distillées à une patente plus forte que ceux où l'on ne consomme que des boissons fermentées; — 10° Etudier les moyens légaux de répression de l'alcoolisme applicables à la Belgique; — 11° Trouver un procédé rapide et pratique pour reconnaître et doser, dans les différentes boissons alcooliques, la nature et la quantité des alcools qu'elles renferment; — 12° Rechercher les moyens de découvrir et de réprimer les sophistications des bières, vins et liqueurs. Voir s'il n'y a pas lieu d'établir des bureaux d'analyse des boissons et des denrées alimentaires.

Questions annexes. — 1° Nomination par le Congrès d'une sous-commission de neuf membres qui serait chargée d'apprécier théoriquement et pratiquement le néphalisme, c'est-à-dire l'abstinence complète de toute boisson alcoolique, et de présenter un rapport sur cette question au Congrès qui suivra celui de 1880; — 2° De l'influence de l'usage du tabac sur l'abus des boissons alcooliques.

L'Académie de médecine a délégué un de ses membres les plus sympathiques, M. Dujardin-Beaumetz, pour la représenter à ce Congrès.

— Du 11 au 16 août se tiendra également à Bruxelles une Assemblée extraordinaire de la Société de médecine publique du royaume de Belgique.

— Enfin nous signalerons, pour clore la série des congrès de 1880, la session extraordinaire de la Société allemande d'anthropologie, qui doit avoir lieu à Berlin le 5 août, et qui doit coïncider avec une remarquable exposition des objets concernant l'anthropologie et l'archéologie.

Nos lecteurs qui désirent profiter de leurs vacances pour faire un voyage scientifique n'ont donc que l'embarras du choix, puisque l'Angleterre, la Belgique, l'Italie et l'Allemagne leur offrent des distractions aussi variées qu'instructives.

A. L.

Inanition prolongée. — Le docteur Tanner, qui a entrepris de ne prendre, pendant quarante jours, aucune autre alimentation que de l'eau froide, a terminé vendredi dernier sa vingt-cinquième journée. Il n'a pu, à cause d'une pluie violente, faire sa promenade habituelle en voiture. Il s'est promené dans une galerie où beaucoup de curieux s'étaient réunis pour le voir. Il faisait évidemment de grands efforts pour montrer devant les spectateurs au moins l'apparence de la vigueur.

Il parcourut la salle lentement et lourdement; ses épaules sont voûtées; il ressemble à un vieillard complètement épuisé. Il n'a parlé que par intervalles et a paru nerveux et très irritable. Son poids était réduit à 131 livres 1/2 anglaises; le pouls, faible et compressible, marquait 72 pulsations; la chaleur interne était de 99 degrés Fahrenheit (37 centigrades), le mouvement de la respiration de 16 par minute.

Quand le dynamomètre fut placé devant lui, il réunit toutes ses forces et le résultat ne fut presque pas inférieur à celui de la semaine précédente; l'indicateur marqua 84 kilogrammes pour la main gauche et 88 pour la main droite. Le tableau sphygmographique révèle la faiblesse du cœur; les angles du tracé sont moins nets et plus arrondis.

Le docteur Tanner n'a pas augmenté la quantité d'eau qu'il absorbe chaque jour. Il y a huit jours il en prenait 39 onces et demie; pendant les deux jours suivants, il en a pris 44 onces en moyenne; le lundi, il en prit 28; mardi, 22; mercredi, 20; le jeudi, moins de 20.

Il est surveillé de très près par les médecins des écoles rivales. Les opinions de ceux-ci sont grandement en désaccord; les uns soutiennent que son sommeil agité, la faiblesse du pouls, les crampes d'estomac, l'assoupissement, l'affaiblissement général et l'irritabilité indiquent qu'on approche d'une crise; les autres affirment résolûment qu'en augmentant la quantité d'eau et en relevant la force morale, le docteur peut arriver sain et sauf au terme de son expérience.

Dans la journée de vendredi, le docteur a dormi de huit heures du matin jusqu'à quatre heures et demie sans interruption. Il a soutenu qu'il ne s'affaiblissait pas, qu'il était aussi fort que jamais; il a fait plusieurs fois le tour de sa chambre, mais cet exercice exigeait évidemment de grands efforts. Ses traits expriment l'angoisse; ses yeux sont hagards, exactement comme le jour où il s'est mis au régime de l'eau. Il pèse maintenant moins qu'il ne pesait alors; il perd une livre par jour, mais il est déterminé à ne pas céder et il a confiance dans le succès final.

Vendredi soir, le pouls donnait 80 pulsations; la chaleur était à 98 2/5 degrés Fahrenheit, le dynamomètre a marqué une pression de 80 kilogrammes avec la main droite.

Les indications du sphymographe sont faibles et irrégulières; quelques-uns des médecins assignent l'irrégularité des battements du cœur à de graves perturbations nerveuses.

Le mal de cœur de la veille est attribué à l'action de l'eau absorbée. Le docteur Tanner admet que l'eau lui fatigue l'estomac; aussi n'en prend-il plus autant qu'auparavant. Par conséquent, sa seule ressource pour les quinze derniers jours de jeûne va lui manquer.

Dans une lettre adressée au *Standard*, un médecin des hôpitaux de Londres soupçonne quelque fraude; il ne croit pas que le docteur Tanner ne prenne réellement que de l'eau; il suppose que quelque autre agent, tel que la caféine, la théobromine (essence de chocolat), entre dans sa nutrition. Dans tous les cas, personne, dit-il, et surtout pas le monde savant, ne peut éprouver la moindre sympathie pour une aussi sotte expérience. Les docteurs de New-York lui paraissent blâmables de se prêter à une pareille folie. Si le docteur Tanner meurt subitement, ce qui peut arriver d'un moment à l'autre, ils auront peu à se féliciter de la surveillance qu'ils ont exercée auprès de lui avec une si cruelle assiduité. On a bien assez de cas pour étudier les phénomènes de l'inanition, causée soit par les maladies, soit par la misère; en quoi, par conséquent, la terrible expérience du docteur américain peut-elle être utile à l'humanité?

Amphithéatre d'anatomie. — Le registre d'inscription pour le concours à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris, qui doit commencer le lundi 2 août 1880, a été clos le 19 juillet. Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Bazy (Pierre), Brun (André), Jarjavay (Louis), Labbé (Charles), Lebec (Édouard), Marchant (Gérard), Quenu (Édouard), Ramonède (Léopold) et Routier (Edmond).

Bureau central. — Le concours pour trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Homolle, Dreyfus-Brissac et Moutard-Martin.

Monument élevé a Broca. — Une commission, chargée par la Société d'anthropologie d'ouvrir une souscription pour élever un monument à la mémoire de Broca, vient de se former. Elle est composée de : MM. Henri Martin, Verneuil, de Quatrefages, Mcnier, Leguay, Topinard, Parrot, Pozzi, Gavarret, Ploix, Magitot. Les souscriptions sont reçues chez M. Masson-Leguay, architecte, 3, rue de la Sainte-Chapelle.

Etuves publiques de désinfection. — Sur le rapport de MM. Pasteur et Léon Colin, le Conseil d'hygiène et de salubrité publique vient d'adopter les conclusions suivantes :

A. Créer sur deux points opposés de la capitale des étuves de désinfection chauffées par la vapeur d'eau et munies de régulateurs qui en limitent la température intérieure à + 100°.

Restreindre absolument l'emploi de ces étuves à la désinfection des effets contaminés par les affections contagieuses : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, fièvre puerpérale, diphthérie, choléra, etc.

B. Déterminer par un règlement spécial : 1° la composition, les devoirs et les droits du personnel chargé du fonctionnement et de la surveillance; 2° les groupes de la population auxquels les établissements s'ouvriraient gratuitement; 3° le mode de rétribution des familles qui n'en bénéficieraient qu'à titre onéreux.

C. Examiner s'il ne conviendrait pas, pour vulgariser plus facilement l'usage de ce système de désinfection, d'affecter spécialement l'un de ces établissements à la population payante en réservant l'autre aux classes qui en auraient la jouissance gratuite.

Hospices d'aliénés. — *Arrêté du préfet de la Seine.* — Art. 1er. Il est créé dans chacun des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, consacrés au traitement des aliénés, un emploi de médecin-adjoint.

Art. 2. Ces emplois seront donnés au concours.

Art. 3. Le programme de ce concours, les conditions d'admission des candidats et le jury seront les mêmes que ceux fixés par l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, pour la nomination de médecins aliénistes dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Art. 4. Les médecins-adjoints, suivant l'ordre d'ancienneté, pourront, en cas de vacance, passer d'un quartier d'hospice à un autre quartier d'hospice.

Art. 5. Les médecins-adjoints des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière seront astreints à la résidence dans l'établissement, lorsqu'elle n'aura été acceptée par aucun des médecins chefs du service.

Art. 6. Les médecins-adjoints du service des aliénés auront, vis-à-vis des médecins chefs de service, la même situation que celle qui est faite aux médecins du Bureau central, par rappprt aux médecins des hôpitaux.

Art. 7. A l'avenir, les médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière seront recrutés parmi les médecins-adjoints de ces mêmes établissements, et cela dans l'ordre d'ancienneté de leur nomination.

Art. 8. Le concours établi par l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 pour la nomination des médecins chefs de service dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière est supprimé.

Art. 9. Le secrétaire général de la préfecture, le directeur de l'administration de l'Assistance publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera soumis à l'approbation de M. le ministre de l'intérieur.

Conseil municipal. — *Hôpital de Forges-les-Bains.* — Sur le rapport de M. le docteur Bourneville touchant le projet d'agrandissement de l'hôpital de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise), le Conseil municipal de Paris a émis un vote favorable : 1° au doublement du nombre des lits (cet hôpital, créé en 1858 et ouvert le 15 octobre 1859, contient actuellement cent douze lits seulement) par la création de deux pavillons isolés pouvant contenir cinquante-cinq lits d'enfants (cinquante-quatre dans les dortoirs, plus une chambre contenant un lit); 2° à l'agrandissement de certains services généraux; 3° à la construction d'une salle d'autopsie. Le rapport fait remarquer, à ce sujet, que la population restreinte actuelle de l'hôpital ne donne que trois décès, deux en moyenne dans une période de cinq ans (1875-1879).

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française tiendra cette année, à Reims, sa neuvième session, du 12 au 19 août, sous la présidence de M. Krantz, sénateur, commissaire général de l'Exposition universelle de 1878.

Les compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder une réduction sur le prix des places pour les membres qui se rendent à ce Congrès, dont le programme, outre un grand nombre de questions annoncées pour les séances des quinze sections, comprend des visites scientifiques et industrielles à Reims et dans les environs, deux conférences (M. Perrier, professeur au Muséum d'histoire naturelle : le *Transformisme*, avec projections ; — M. C. M. Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris : *Les gaz et la matière radiante*, avec expériences), et des excursions : Châlons et le camp d'Attila, Epernay et le château de Baye, Sainte-Menehould et l'Argonne, Saint-Gobain, etc., sans compter une excursion finale aux grottes de Han, en Belgique.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association, 76, rue de Rennes, Paris, ou à M. le docteur Langlet, secrétaire du comité local, à Reims.

Bienfaiteurs de l'Association générale. — Sans attendre l'exemple généreux donné par M. Legrand du Saulle, MM. Diday et Doyon, lauréats du prix Itard, adressaient, le lendemain de la séance annuelle de l'Académie, une somme de 500 francs pour la caisse des pensions viagères. M. le docteur Dujardin-Beaumetz vient de faire également un don de 100 francs à cette caisse, et la Société de Meurthe-et-Moselle un don de 170 francs (résultat d'une quête au banquet annuel).

Distinctions honorifiques. — Parmi les nominations assez nombreuses d'officiers de l'instruction publique et d'officiers d'académie faites le 14 juillet, nous signalerons celles de MM. les docteurs Guyon, Morache, Ollier, Ritter et Poincarré, nommés officiers de l'instruction publique, et celles de MM. les docteurs Bouvyer (de Cauterets), Caradec, Frénoy, Porak, Pamard, Sistach, André, Larcher, Le Dentu, Lecorché, Lannelongue (de Bordeaux), Lescœur, Lépine, Spillmann, Lieutaud, etc., etc., nommés officiers d'académie.

Préfecture de police. — Service médical de nuit dans la ville de Paris (Statistique du 1er avril au 31 juin 1880, par M. le docteur Passant). — Il a été fait pendant le dernier trimestre 1421 visites, savoir : hommes, 507; femmes, 723; enfants au-dessous de trois ans, 191. La moyenne des visites par nuit est de 15 6/10. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 12.

Visites du deuxième trimestre de 1879, 1156. Visites du deuxième trimestre de 1880, 1421. Différence en plus, 265.

Les hommes entrent dans la proportion de 36 pour 100; les femmes, de 51 pour 100; les enfants au-dessous de trois ans, de 13 pour 100.

Comme les trimestres précédents, les maladies aiguës ont donné lieu au plus grand nombre de ces visites. On en trouve d'ailleurs pour toutes sortes de maladies. Ainsi nous relevons des visites de nuit pour un cas de charbon, un cas de paraphimosis, un cas d'orchite, une conjonctivite, etc.

Mortalité a Paris (29e semaine, du vendredi 16 au jeudi 22 juillet 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1130, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 16. Variole, 41. — Rougeole, 44. — Scarlatine, 16. — Coqueluche, 16. — Diphthérie et croup, 35. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 59. — Autres affections générales, 109. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 39. — Diarrhée infantile et athrepsie, 188. — Autres maladies locales : aiguës, 103; chroniques, 156; douteuses, 46. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 37. — Causes inconnues, 4.

Bilan de la 29e semaine. — La mortalité parisienne qui, depuis le milieu de mai, n'avait cessé de décroître progressivement, vient de monter subitement au taux qu'elle avait il y a deux mois. Au lieu de 908 décès que nous avons enregistrés la semaine dernière — chiffre qui pouvait être regardé comme favorable — nous en annonçons 1130 pendant ces huit derniers jours.

Si l'on cherche sur quels âges a porté cette subite aggravation, on trouve qu'elle a pesé plus ou moins sur tous les âges, et que la plupart des maladies y ont contribué; mais que les enfants au-dessous de quinze ans en ont été principalement les victimes; leur mortalité s'est accrue d'un tiers pendant la semaine qui vient de s'écouler.

L'athrepsie a fait pendant cette semaine 70 victimes de plus que pendant la précédente (188 au lieu de 115 et au lieu de 75 à 90 que l'on observait pendant le mois de juin). C'est le chiffre le plus élevé qu'elle ait présenté depuis le commencement de l'année.

La décroissance de la rougeole pendant la semaine dernière n'était que passagère, car elle a atteint et même dépassé le chiffre qu'elle avait précédemment. Au contraire, la diminution de la variole s'est à peu près maintenue cette semaine.

Nous avons déjà signalé l'épidémie de scarlatine qui fait depuis le milieu de mai environ 10 victimes par semaine, au lieu de 1 ou 2 qui sont les chiffres normaux. Le mal tend plutôt à s'accroître, et nous en comptons 16 cette semaine.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris

---

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 5 août 1880.

MAGNÉTISME ANIMAL. — HYPNOTISME.

On s'occupe beaucoup en Allemagne de magnétisme animal, ou, si on l'aime mieux, d'hypnotisme. Voici à quelle occasion. Un « magnétiseur » danois nommé Hansen, qui avait exploité sans grand succès les principales villes d'Allemagne, finit par trouver dans le monde scientifique de Breslau une oreille plus attentive et un accueil plus bienveillant. Les professeurs de l'Université s'imposèrent la tâche d'écouter patiemment le magnétiseur, d'étudier ses procédés et de les employer sur des personnes qui ne paraissent pas suspectes de simulation (entre autres le docteur Kroner, un des aides de clinique les plus distingués de la Faculté de médecine). Il fut bientôt acquis que les médecins pouvaient aussi bien que Hansen, en opérant sur des personnes *prédisposées*, par l'imposition des mains, la friction légère du visage et des yeux, bref les manipulations mesmériennes, mettre ces personnes dans une sorte d'état cataleptiforme, où tous les mouvements volontaires étaient abolis. Il n'en fallut pas davantage pour faire proclamer le médium de Breslau un *Mesmer redivivus*, et déclarer que la question du magnétisme animal se rouvrait avec éclat.

Sans prendre parti dans une question obscurcie de tout temps par un charlatanisme éhonté, comme on s'en convaincra aisément par la lecture de l'article MESMÉRISME du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, il nous paraît intéressant de faire connaître les résultats acquis jusqu'à ce jour par les médecins de Breslau. On trouvera, sans nul doute, qu'ils ont bien des points de ressemblance avec les recherches désormais célèbres de Charcot sur les hystériques, quant au fond. Quelques faits extraordinaires paraissent être simplement le résultat de l'enthousiasme de nos magnétiseurs scientifiques, qui pensent déjà se trouver en possession d'un « troisième mode d'investigation et d'étude des fonctions du cerveau ». Nos confrères feront bien, sans doute, avant de poser des conclusions, de se rappeler l'exemple de « l'honnête et obstiné Husson », dont il est question dans l'article de M. Dechambre.

Les premières recherches furent publiées par le professeur Heidenhain (*Der sog. thierische Magnetismus*, in-8. Leipsig, 1880). Les symptômes principaux de l'état hypnotique seraient, d'après lui :

1° Une dépression plus ou moins considérable des facultés sensorielles; les perceptions existent encore, mais ne sont plus transformées en sensations réelles. Tel un homme plongé dans ses réflexions évite les passants dans la rue sans s'apercevoir de leur présence.

2° Suppression de tous les mouvements volontaires. L'hypnotisé devient un automate qui répète machinalement tous les actes dont il acquiert la vague notion : il marche quand on marche bruyamment devant lui, et quand on le menace du poing, il répète ce geste.

3° Analgésie relative. Toutes les impressions paraissent d'ailleurs perçues moins nettement qu'à l'état normal.

4° Augmentation de la *réflectivité* de tous les muscles striés. Une friction même légère suffit pour amener une contraction tonique de tous les muscles d'un bras.

Les muscles de l'accommodation sont particulièrement sensibles à ce point de vue. Il faut ajouter, comme symptômes accessoires et maintes fois constatés, l'augmentation de fréquence du pouls et de la respiration, et une véritable crise sudorale à la fin de l'accès.

Au point de vue étiologique, les gens pâles, anémiques, sont spécialement prédisposés. L'hypnotisme peut être provoqué soit par la fixation prolongée d'un objet, soit par des excitations acoustiques ou cutanées faibles, etc., en général, par toutes *les irritations sensorielles dont l'action est faible, prolongée, uniforme*. L'essence de cet état consiste en un arrêt de l'activité des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale, produit, par voie réflexe, par les excitations faibles dont il s'agit. Lorsque l'excitation des mêmes nerfs (vue, ouïe, peau) est forte et subite, l'état hypnotique disparaît.

Le professeur Berger s'est occupé de la même question, et expose dans un mémoire présenté à la Société médicale de Breslau le résultat de ses observations. D'après lui, le sensorium n'est pas toujours aboli; bien plus, il est souvent très bien conservé; dans ce dernier cas, l'analgésie est remplacée par de l'hyperalgésie, et le terme d'hypnotisme n'est plus de mise. Aussi propose-t-il avec Heidenhain, pour le remplacer, le mot de *catalepsie expérimentale*. Berger a obtenu, par l'apposition de la main chaude sur la nuque du sujet en expérience, ce singulier résultat d'exagérer l'automatisme dont il a été parlé plus haut. Le sujet répète « comme un phonographe, d'une voix monotone », toutes les paroles prononcées devant lui, même en langue étrangère. Contrairement à Heidenhain, Berger admet « une exaltation fonctionnelle des appareils centraux de l'écorce cérébrale et de la moelle ». En vérité, c'est aller bien vite en besogne!

Weinhold (*Hypnotische Versuche*, etc. Chemnitz, 1880) raconte comment il est arrivé à reconnaître que le magnétisme de Hansen et l'hypnotisme découvert par Braid, en 1841, étaient identiques. Il reconnaît toutefois que la fixation d'un objet lumineux n'est pas indispensable, que les frictions et passes des magnétiseurs suffisent, ou même « la force de

l'imagination ». Mais le premier procédé est de beaucoup le plus actif, surtout chez les personnes qui n'ont pas encore été soumises à l'expérience. Lorsqu'elles ont été une fois hypnotisées, elles conservent pendant des semaines et des mois une prédisposition spéciale qui les rend aptes à retomber rapidement et sous la moindre influence dans le même état. Les caractères de cet état ont été trouvés par Weinhold analogues à ceux indiqués plus haut.

A la suite de la communication de M. Berger, une discussion fort vive fut ouverte à la Société médicale de Breslau, où la question excitait manifestement l'intérêt de tous les assistants. Heidenhain annonce qu'il s'est occupé spécialement du fait de *phonographie* signalé par Berger. Ce phénomène, rebelle à première vue à toute explication scientifique, rappelle cependant jusqu'à un certain point des expériences de Goltz sur les grenouilles. Lorsque l'on extirpe à l'un de ces animaux les hémisphères cérébraux, il coasse toutes les fois que l'on frotte légèrement la peau du dos entre les épaules. Il semble, en résumé, qu'il y a une certaine relation réflexe entre quelques nerfs cutanés et l'appareil moteur du larynx par l'intermédiaire du centre phonateur de la moelle allongée. Une pareille disposition existe peut-être chez l'homme; chez beaucoup de personnes hypnotisées, on détermine l'émission d'un son plaintif en attirant directement en bas la peau qui correspond aux trois dernières vertèbres cervicales. Cette explication de Heydenhain, qui tend à assimiler à des réflexes moteurs la répétition de phrases entières en langue étrangère, n'est aucunement satisfaisante.

Dans la même séance (*Breslauer aertzl. Zchft*, 1880, n° 4), Gscheidlen apprend qu'il a essayé d'hypnotiser des personnes endormies; il n'a pas constaté que la réceptivité fût plus grande que pendant l'état de veille.

Heidenhain et Grützner ont constaté qu'en pratiquant des frictions lentes et douces de la région frontale et occipitale du côté droit, on déterminait à gauche un état cataleptique des extrémités supérieure et inférieure, ainsi qu'une cécité temporaire des couleurs. Quelques-unes de ces personnes ont été examinées par le professeur H. Cohn (*Ibid.*, n° 6). Aussitôt après le début des frictions, on constate une contraction tonique des muscles de l'accommodation (phénomène constant); puis, chez quelques-unes, le sens des couleurs disparaît totalement, tandis que le sens de la lumière et de l'espace demeure intact; l'œil est convulsé sous la paupière supérieure, et les malades perdent connaissance. On peut arriver à hypnotiser l'œil seul, sans participation des extrémités, en échauffant l'autre œil au moyen de la main doucement appliquée. Un homme qui avait perdu depuis sa naissance le sens des couleurs, l'acquit transitoirement dans un œil ainsi hypnotisé.

Ces faits, nous le répétons, ne diffèrent pas essentiellement de ceux qui nous ont été révélés par Charcot, et si nous avons cru devoir les reproduire, ce n'est pas parce qu'ils sont nouveaux pour le public français. Mais il était intéressant tout d'abord de voir confirmer à l'étranger les découvertes de notre savant compatriote, par des hommes d'une valeur scientifique incontestable. Il était nécessaire ensuite de noter un pas en avant, dont l'importance ne peut encore être appréciée : c'est que les expériences de Breslau ont été faites généralement *sur des hommes*. L'hypnotisme tendrait donc à sortir du cadre de l'hystérie, où il était généralement accepté, pour envahir la pathologie et la physiologie, et l'on peut s'attendre à de vives controverses. Nous suivrons attentivement, s'il y a lieu, ce mouvement scientifique, nous promettant de revenir sur les points les plus importants acquis jusqu'à ce jour. (Voy. sur un sujet analogue le compte rendu de la *Société de thérapeutique*, p. 521).

C. Zuber.

ÉTUDES CLINIQUES

MALADIE DU CŒUR. — LÉSIONS MULTIPLES. — BRUITS ANORMAUX INEXPLICABLES.

L'étude sthétoscopique du cœur malade, malgré les progrès incessants qu'elle a réalisés, réserve encore plus d'un déboire au clinicien. C'est un terrain où les surprises ne sont pas rares, et où l'autopsie vient quelquefois renverser les diagnostics les plus sévèrement établis. Il est bon de signaler ces cas de discordance complète entre la lésion constatée sur le cadavre et les signes étudiés pendant la vie, surtout quand l'erreur ne peut être imputée à une observation superficielle, quand le malade a été, à plusieurs reprises, examiné par des cliniciens exercés. Dans les cas de ce genre, il y a une inconnue à dégager, et le meilleur moyen d'y arriver est d'exposer les faits tels qu'ils se présentent sans en forcer l'interprétation.

L'observation que nous présentons est relative à un cas où les résultats de l'auscultation nous paraissent difficilement explicables et sont en désaccord complet avec la nature des lésions révélées par l'autopsie.

Obs. — Le 23 mars 1880, le nommé Queneheux entre à la salle Saint-Louis pour des douleurs articulaires. C'est la première fois qu'il est malade. Ce jeune homme, de constitution assez robuste, est palefrenier à la Compagnie des omnibus; il est souvent exposé à l'humidité et aux courants d'air. A la suite d'un refroidissement subi il y a quelques jours, il a éprouvé des douleurs dans les principales jointures et surtout dans les genoux; en même temps il a eu de la fièvre. Forcé de suspendre son travail, il est venu en voiture à l'hôpital.

Le lendemain de son entrée, on constate un état fébrile assez intense : le pouls est fréquent, la peau moite; les genoux sont très douloureux, sans épanchement; les cous-de-pied le sont également; le malade souffre quand il remue les épaules; anorexie; langue blanche, chargée; constipation. Rien au cœur. (Purgation; potages.)

Le 25 mars, les genoux sont douloureux et tuméfiés. (Salicylate de soude, 6 grammes. Les articulations malades sont enveloppées d'ouate imprégnée de baume tranquille.)

Le 1er avril, les genoux vont mieux, le malade peut les mouvoir; les épaules sont encore prises. *Rien au cœur*. (Même traitement.)

Le 4, le malade n'a plus de fièvre, les épaules seules sont encore légèrement douloureuses. (Salicylate de soude, 4 grammes.)

Le 10, le malade se lève, la fièvre et les douleurs ont complètement disparu. Malgré les recommandations qu'on ne cesse de lui faire, le malade s'obstine à dormir sans être suffisamment couvert, les bras hors du lit, la chemise entr'ouverte.

Le 15, après avoir ainsi dormi auprès d'une fenêtre mal fermée, il est repris de fièvre, et une deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu se déclare. L'épaule et le coude gauche, qui avaient été exposés au courant d'air, sont le siège de vives douleurs. (Salicylate de soude, 4 grammes.)

Le 20, les épaules, les poignets, les genoux sont pris à leur tour. Le malade a toujours de la fièvre. Anorexie complète; soif vive; léger état gastrique. *Rien au cœur*. (Salicylate de soude, 6 grammes.)

Le 24, le malade est oppressé, il se plaint d'une pesanteur derrière le sternum. Rien aux poumons, mais les bruits du cœur s'entendent moins nettement.

Le 26, les épaules sont encore douloureuses; la fièvre est moindre. Le malade accuse depuis hier des palpitations et sent ocmme « une barre au-devant de la poitrine ». A la vue, on constate une légère voussure à la région précordiale : le choc de la pointe se sent dans le cinquième espace intercostal, en dehors et en bas du mamelon; il est moins net qu'à l'état normal. Les bruits du cœur sont sourds, voilés, un peu éloignés de l'oreille, bien qu'on n'entende pas de souffles proprement dits. (Vésicatoire à la région précordiale.)

Le 29, les jointures sont libres, la fièvre est presque complètement tombée. La voussure précordiale est encore plus accusée; elle occupe toute la région cardiaque, et à ce niveau la matité est notablement accrue.

Le 1er mai, même état. Les bruits du cœur sont toujours sourds et mal frappés; de plus, on perçoit au premier temps, à la pointe, un souffle assez dur d'insuffisance mitrale; palpitations. (*Endo-péricardite.*)

Le 3, même état. (Vésicatoire au-devant du cœur.)

Le 15, la voussure précordiale est moindre; le péricarde paraît ne plus contenir de liquide; le bruit de souffle au premier temps, à la pointe, a complètement cessé; les bruits du cœur ne sont plus aussi sourds, la pointe se sent très nettement; mais le choc du cœur se fait sentir dans presque toute l'étendue de la région précordiale, qui est soulevée à chaque révolution cardiaque. Le malade se plaint toujours de palpitations et d'une gêne rétro-sternale.

Du 15 mai au 1er juin, le malade se trouve assez bien, il peut se lever, mais le moindre exercice provoque des battements de cœur très pénibles.

Le 1er juin, en auscultant le cœur, on découvre au *deuxième temps*, immédiatement après le choc de la pointe que l'on perçoit nettement *un souffle râpeux* ayant son maximum à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche, au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire. Au niveau du troisième espace intercostal droit, on constate un double bruit de souffle; au premier temps, un souffle court; au deuxième, un souffle doux, filé, s'étendant le long du bord droit du sternum. Très léger bruit de souffle au premier temps et à la pointe. Le pouls est assez régulier; il devient légèrement bondissant quand on élève le bras du malade. Le tracé sphygmographique permet d'apprécier un très petit crochet d'insuffisance aortique. Enfin, en palpant la région précordiale, la main perçoit un *frémissement cataire* très prononcé, localisé à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche, exactement au niveau du point où existe le maximum de ce souffle râpeux qu'on entend au deuxième temps.

Le 9, l'examen du cœur donne les mêmes résultats. Le malade se plaint d'une toux fatigante et de palpitations. Quelques râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons; quelques-uns dans les sommets, en arrière. (Frictions avec huile de croton.)

Le 17, même état. Le frémissement cataire et le souffle râpeux du deuxième temps semblent plus accentués. (Solution d'iodure de potassium au 1/30.)

Le 25, le malade est mal à l'aise; il a eu des frissons dans la journée et a perdu l'appétit.

Le 26, le malade a de la fièvre et de la diarrhée.

Le 27, pouls, 100; température, 38°,2; anorexie. Le malade a eu un vomissement bilieux. La diarrhée persiste; le ventre est ballonné. Râles de bronchite dans les poumons, en arrière.

Le 28, plusieurs vomissements bilieux dans la journée d'hier. Pouls, 110; température, 38°,1.

Le 29, même état. Température, 38°,2; herpès labialis. Le malade accuse une douleur vive dans la région épigastrique.

Le 30, éruption d'urticaire au front, au cou et autour des deux genoux, à leur face antérieure. Pouls, 100; température, 38°,2. Toujours le même état du côté du cœur.

Le 1er juillet. Le malade a été très agité dans la journée du 30. L'urticaire a disparu en quelques heures. Le soir il a été pris de dyspnée et de cyanose. Il meurt le 1er juillet, à six heures du matin.

Si nous résumons les points importants de cette observation, nous voyons dans une première phase un rhumatisme de moyenne intensité évoluer sans complications cardiaques, et se modifier en une dizaine de jours sous l'influence de doses modérées de salicylate de soude (4 à 6 grammes).

La deuxième phase correspond à une rechute amenée cinq jours après par un refroidissement. Cette fois le cœur se prend. Vers le cinquième jour, nous constatons des signes assez obscurs de péricardite, à laquelle s'ajoute bientôt une légère endocardite. Cette deuxième phase dure environ un mois.

A la troisième phase correspond la cessation des douleurs rhumatismales. Mais la maladie du cœur est installée. L'oppression ne quitte plus le malade. D'abord nous ne trouvons que les signes de l'endo-péricardite et d'une hypertrophie qui se prononce de plus en plus; mais bientôt l'orifice aortique se prend. Une insuffisance aortique avec léger rétrécissement se déclare. Les caractères du pouls, la forme du tracé ne nous laissent aucun doute de ce côté.

En même temps apparaît un symptôme tout à fait exceptionnel : un frémissement cataire très net au niveau de la deuxième côte, à gauche du sternum, au foyer pulmonaire; et un bruit de souffle dur, râpeux, prolongé, dont le maximum est circonscrit par un cercle de la largeur d'une pièce de 2 francs, tracé au niveau de l'articulation sternale de la deuxième côte, un peu au-dessous et à gauche.

Ce souffle râpeux nous paraît occuper le deuxième temps. Nous disons : *nous paraît;* en effet, la plupart des médecins qui ont examiné le malade plaçaient le souffle au deuxième temps. Nous avons à plusieurs reprises ralenti le cœur avec la digitale, et toujours il nous a paru que le souffle était au second temps, se prolongeant d'ailleurs pendant le grand silence, et s'étendant jusqu'au début du premier temps, de façon à simuler un souffle présystolique. Un des médecins, d'ailleurs particulièrement autorisé en pareil cas, qui avaient étudié le malade, plaçait seul le bruit au premier temps. Quoi qu'il en soit, il ne faisait doute pour personne que ce bruit ne fût localisé au foyer pulmonaire. L'hypothèse la plus probable était qu'il s'agissait là d'une lésion de l'artère pulmonaire. L'absence de cyanose ne nous permettait pas de penser à une communication anormale des cavités du cœur.

En somme, avec toutes réserves, notre diagnostic se formulait ainsi : *Péricardite adhésive. Hypertrophie du cœur. Rétrécissement avec insuffisance aortique. Légère insuffisance mitrale. Grosse lésion du côté de l'artère pulmonaire* (?) *Congestion pulmonaire.*

Dans la dernière semaine de son existence, ce malade fut atteint d'une fièvre ortiée avec catarrhe gastro-intestinal. Cet état aigu venait à peine de céder qu'il fut brusquement emporté, probablement par une syncope.

Autopsie. — Elle fut pratiquée avec le plus grand soin par M. Vimont, interne du service. Toutes les parties molles des espaces intercostaux furent préalablement détachées, de telle façon que nous pûmes examiner et dessiner le cœur sur une plaque de verre dépoli sans modifier en aucune façon ses rapports.

Le cœur s'étend du bord supérieur de la seconde côte à la partie supérieure de la sixième; il est à peu près doublé de volume; son bord droit est couché sur le diaphragme. Le poumon gauche le recouvre en haut jusqu'à 2 centimètres du bord gauche du sternum; en bas, il le laisse à découvert dans une étendue de 10 centimètres environ. De haut en bas, le cœur mesure 16 centimètres; transversalement, 13 centimètres.

Le péricarde est complètement adhérent, sans interposition de la plus minime quantité de liquide, sans aucune villosité pouvant

donner lieu à un bruit de frottement. Les adhérences sont minces et le doigt les décolle assez facilement.

Le tissu musculaire est décoloré; la teinte feuille morte très accusée, surtout dans les parties superficielles. Il existe une dégénérescence graisseuse très avancée.

Les orifices sont successivement étudiés : 1° L'orifice aortique est insuffisant; un noyau fibrineux ou plutôt une dégénérescence fibrineuse de la valve gauche rend l'occlusion incomplète, sans déterminer un rétrécissement notable. 2° L'orifice mitral est profondément altéré; un énorme noyau crétacé de la grosseur de la phalange unguéale du pouce occupe l'orifice et a supprimé l'une des deux valves; il en résulte une insuffisance complète, et nécessairement un rétrécissement à bords anfractueux, inégaux, devant donner lieu à un bruit particulièrement rude. Du côté du ventricule, on trouve un infundibulum que le doigt traverse facilement.

Le cœur droit est absolument sain. L'artère pulmonaire ne présente aucune plaque d'athérome. Les valvules, souples, transparentes, fonctionnent parfaitement. L'orifice tricuspide est normal. Aucune communication anormale n'existe entre les oreillettes et les ventricules, entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

Adhérences pleurales assez fermes, surtout à droite. C'est principalement au niveau du diaphragme que les adhérences sont le plus prononcées.

Les poumons sont congestionnés; splénisation à la partie postéro-inférieure; emphysème des bords et des sommets; pas d'infarctus; pas de thrombose dans les vaisseaux pulmonaires.

Le foie, fortement congestionné, pèse 1900 grammes; à la coupe, tissu d'apparence muscade.

La rate, également congestionnée, pèse 450 grammes.

Reins à peu près normaux, sauf un peu de congestion.

Sur beaucoup de points, l'autopsie démentait donc complètement nos prévisions. Nous avons, il est vrai, diagnostiqué l'insuffisance aortique; mais ce léger souffle que nous entendions à la pointe n'était nullement en rapport avec l'énorme lésion mitrale que nous rencontrions.

Quant aux lésions de l'artère pulmonaire que nous comptions trouver, elles faisaient absolument défaut.

Comment s'expliquait ce souffle intense avec frémissement constaté jusqu'au dernier jour dans la région de l'orifice pulmonaire?

Ici nous nous trouvons pris de court. Il ne nous semble pas douteux que le véritable siège était à l'orifice mitral. L'énorme lésion dont il était atteint était particulièrement propre à déterminer un bruit de cette nature. Mais à quoi attribuer ce siège si particulier du souffle ou plutôt du bruit anormal? Le cœur, tout hypertrophié qu'il était, n'était pas déplacé de façon à ce que les foyers de ces bruits anormaux fussent éloignés de leur position habituelle.

Aucune masse ganglionnaire ne comprimait l'origine de l'artère pulmonaire. Nous avons vu que la symphyse péricardique éloignait toute idée d'un bruit extra-cardiaque.

Il nous paraît évident qu'on doit rapporter à la lésion mitrale le bruit pathologique; mais en présence d'une lésion de la nature de celle que nous avons rencontrée, lésion déterminant à la fois une insuffisance et un rétrécissement mitral, il est assez extraordinaire d'avoir trouvé un souffle aussi doux à la pointe et aussi rude à la partie gauche de la base.

En résumé, nous restons en présence d'une lésion mitrale considérable, donnant lieu à un bruit de souffle râpeux occupant le second temps (?) et ayant son maximum à gauche, au niveau de l'articulation sternale de la deuxième côte.

Tel est le fait, quelle que soit l'explication qu'on veut en donner.

BLACHEZ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

M. *de Quatrefages* adresse à M. le président une lettre tendant à provoquer dans les bureaux de l'Académie une souscription, dont le produit sera employé à faire frapper une médaille à l'effigie de M. Milne-Edwards, doyen des zoologistes français, qui vient de terminer son grand ouvrage sur la *Physiologie et l'Anatomie comparées de l'homme et des animaux*.

La proposition est acceptée.

VITESSE DE TRANSMISSION DE L'EXCITATION MOTRICE DANS LES NERFS DU HOMARD. — Note de MM. *L. Frédéricq* et *G. Vandevelde*. L'expérience a porté sur le nerf qui anime le muscle fléchisseur du doigt mobile de la pince. Les auteurs ont eu recours à la seconde des deux méthodes (la méthode graphique) employées par Helmholtz dans ses recherches sur la propagation de l'influx nerveux moteur chez la grenouille.

« A Gand, par une température de + 10°C. à + 12°C. (février et mars 1879), nous avions trouvé que cette vitesse est de 6 mètres environ par seconde. Nous avons obtenu des chiffres plus élevés, 10 à 12 mètres par seconde, dans les expériences exécutées à Roscoff en été (température de + 18° à + 20°). L'excitation motrice se propage donc avec infiniment plus de lenteur chez le homard que chez la grenouille ou chez l'homme. »

SUR LA SENSIBILITÉ DIFFÉRENTIELLE DE L'ŒIL POUR DE PETITES SURFACES LUMINEUSES. Note de M. *Aug. Charpentier*. Dans sa précédente communication (5 juillet 1880), l'auteur avait rappelé que l'œil distingue l'une de l'autre deux surfaces éclairées contiguës, pourvu que leur éclairement diffère au moins de 1/100ᵉ environ. Or il est curieux, dit-il, de voir que cette valeur s'accroît dans de très larges proportions quand les deux surfaces sont suffisamment petites ou, ce qui revient au même, quand on les regarde d'assez loin. Il a constaté ces faits à l'aide d'un appareil contenant une lentille qui produit l'image d'un objet lumineux sur un écran en verre dépoli; en faisant varier à l'aide d'un diaphragme spécial la surface libre de cette lentille, on change dans la même proportion l'éclairement de l'image produite. Or on peut, en collant sur une des faces de cette lentille un petit prisme en verre, d'étendue et d'angle convenables, dévier une portion des rayons lumineux qui tombent sur elle, de manière à former sur l'écran deux images contiguës; il sera, dès lors, facile de faire varier l'éclairement relatif de ces deux images à l'aide du diaphragme mobile contenu dans l'appareil.

L'expérience consiste à rechercher jusqu'à quel point on peut obscurcir ou éclairer l'une de ces deux images par rapport à l'autre sans cesser de les juger également éclairées.

En donnant, dit l'auteur, à chacune de ses deux surfaces lumineuses contiguës la forme d'un carré de 0m,002 de côté, j'ai placé à 3 mètres une personne de vue normale, et j'ai dû augmenter de 60/100ᵉ en moyenne l'éclairement de l'un des deux carrés pour qu'il pût être distingué de l'autre. L'image formée par chaque carré sur la rétine devait avoir alors un peu plus de 10/1000ᵉ de millimètre de côté. Pour une distance moitié moindre (1m,50), et par suite pour une image rétinienne de largeur à peu près double, la sensation différentielle a été de 33/100ᵉ. On voit combien ces nombres sont supérieurs au chiffre moyen de 1/100ᵉ, adopté pour la distinction de plus grandes surfaces lumineuses, chiffre qui, dans les expériences faites sur ces dernières, s'est montré indépendant de l'étendue des objets lumineux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Des lettres de remerciement de plusieurs lauréats de l'Académie ; 2° La relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à la caserne de la Nouvelle-France (Faubourg-Poissonnière), par M. Huguenard, aide-major de 1re classe.

— M. *Léon Colin* offre en hommage une brochure intitulée : *Établissement à Paris d'étuves publiques, pour la désinfection des objets de literie et des linges qui ont été en contact avec des personnes atteintes de maladies infectieuses ou contagieuses.* Cette brochure contient : 1° Un rapport de MM. Pasteur et Léon Colin au Conseil d'hygiène et de salubrité ; 2° Un extrait du procès-verbal de la séance du Conseil d'hygiène, du 11 juin 1880.

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur Bertherand, médecin de l'armée, le discours que ce dernier a prononcé, le 16 mai 1880, à la cérémonie d'inauguration du buste de M. le docteur Baudons, à Alger.

M. *Richet* présente, au nom de M. le docteur Galezowski, une brochure intitulée : *Échelles portatives des caractères et des couleurs pour mesurer l'acuité visuelle.*

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur Gerlier, une brochure intitulée : *Une épidémie tricophytique* à Ferney-Voltaire (Ain). D'après le récit fait par M. le docteur Gerlier, cette épidémie aurait eu pour point de départ la contagion des cas d'herpès, de sycosis et de teigne tonsurante opérée par la rasure ou la coupe des cheveux dans la boutique d'un barbier de Fernay. M. Gerlier ayant signalé à l'autorité la cause originaire de l'épidémie et conseillé des mesures prophylactiques, le barbier, furieux de voir diminuer sa clientèle, afficha sur la place publique un placard qui traitait M. Gerlier de calomniateur. A l'étonnement général, le commissaire de police veilla au maintien de ce placard, avec l'assentiment du maire.

Ainsi, dit M. Bergeron, voilà un médecin qui, pour avoir fait son devoir et tenté d'arrêter les progrès d'une épidémie de teigne, devient la victime de la rancune du barbier, auteur et propagateur de l'épidémie, et cela avec la connivence d'un Conseil municipal, d'un maire et d'un commissaire de police se posant ainsi en conservateurs... de la teigne.

M. *Larrey* demande que l'Académie donne son approbation expresse à la conduite de M. le docteur Gerlier. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. SURDITÉ. — M. *Hardy* présente, au nom de M. le docteur *Mathieu* (d'Estissac), une série d'instruments destinés à recueillir les vibrations sonores et à les transmettre à l'oreille des sourds par l'intermédiaire des dents et des os du crâne.

Ces instruments sont constitués par des morceaux de carton, et ont la forme de cigares ou de fleurs que le sourd tient entre ses dents.

M. *Le Fort* rappelle qu'en appliquant entre les dents du sourd une canne ou tout autre objet analogue dont l'extrémité aboutit au larynx de la personne qui parle, on obtient des résultats semblables à ceux que vient de signaler M. Hardy. Ce procédé était déjà employé par Nélaton.

M. *Larrey* dit qu'il voulait faire la même observation que M. Le Fort. Ce procédé est extrêmement ancien et paraît avoir été connu des Chinois. Il connaît, pour sa part, plusieurs cas où ce procédé a donné des résultats surprenants.

M. *Lasègue* fait remarquer que ce procédé était employé par Beethoven, et qu'il est loin d'être nouveau.

M. *Richet* fait connaître un fait dans lequel un jeune homme, absolument sourd, a pu entendre parfaitement de cette façon. Ce procédé lui a été apporté de Chine par un de ses parents et consiste dans l'emploi d'un petit bâton terminé en fourche, et qui s'applique par son extrémité fourchue sur le larynx de la personne qui parle et dont l'autre extrémité s'introduit entre les dents du sourd.

ELECTIONS. — M. *Azam* (de Bordeaux) est nommé membre correspondant national, après deux tours de scrutin, par 29 suffrages sur 49 votants. M. Ehrmann en avait obtenu 22.

Les candidats étaient présentés par la section dans l'ordre suivant : première ligne, M. Azam ; deuxième, M. Desgranges ; troisième, M. Bourguet ; quatrième, M. Delore ; cinquième, M. Michel ; sixième, M. Cazin. M. Ehrmann avait été adjoint à la liste par l'Académie.

CHARBON ET VIRULENCE. — A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *J. Guérin* rappelle qu'un certain nombre d'expériences pratiquées de 1855 à 1857, par M. Maunoury et Salmon (de Chartres), sont contraires à celles communiquées par M. Davaine. Il en conclut que le diagnostic de la pustule charbonneuse laisse encore à désirer.

M. *J. Guérin* dit en terminant qu'il a toujours l'intention de présenter quelques observations relatives aux dernières communications de M. Pasteur, mais qu'en l'absence de ce dernier, il doit renvoyer à une autre époque l'accomplissement de sa promesse.

PRÉSERVATION DU VIRUS CHARBONNEUX. — M. *Bouley* communique, au nom de M. *Toussaint*, le procédé d'expérimentation dont il avait été question dans la dernière séance. Le procédé consiste à défibriner le sang charbonneux, à le porter ensuite à une température de 55 degrés pour le priver de bactéridiés, et à l'injecter ensuite sous la peau de l'animal que l'on veut rendre réfractaire à l'action de l'inoculation du virus charbonneux.

M. Toussaint avoue que, dans le principe, il n'avait eu aucunement l'idée de poursuivre la découverte d'un vaccin ; il cherchait simplement à fermer la voie à l'absorption du virus charbonneux en provoquant l'irritation et l'obstruction des ganglions lymphatiques des diverses parties du corps par l'inoculation de la matière phlogogène qu'il supposait être introduite dans le sang charbonneux par les bactéridies, principe phlogogène qui persistait après la disparition de ces éléments animés. En voyant les animaux ainsi traités devenir réfractaires à l'inoculation du virus charbonneux, il avait cru d'abord que ce résultat était dû réellement à l'irritation et à l'obstruction du système des ganglions lymphatiques. C'est plus tard qu'il a vu que le sang charbonneux défibriné et porté à une température de 55 degrés était un véritable vaccin, c'est-à-dire un liquide communiquant au sang cette condition particulière, en vertu de laquelle le sang est devenu impropre à entretenir l'activité virulente.

M. Chauveau avait déjà signalé ce fait, à savoir : que l'agneau, né d'une mère inoculée du charbon, était réfractaire à l'inoculation charbonneuse, et n'éprouvait même plus les effets locaux de cette inoculation.

Ainsi, d'après les expériences de M. Toussaint, le sang charbonneux défibriné et privé de ses bactéridies, mais ayant subi, par le contact de celles-ci, une modification encore inconnue dans sa nature, ce sang devient un véritable vaccin qui préserve les animaux de l'inoculation du virus charbonneux.

Toutefois, M. Toussaint signale une particularité intéressante sur laquelle il appelle l'attention comme étant susceptible d'induire en erreur les observateurs non prévenus. L'immunité acquise par le nouveau vaccin est précédée d'une période d'incubation dont la durée est d'environ douze à quatorze jours. Si, pendant le cours de cette période d'incubation, l'expérimentateur venait à inoculer le virus charbonneux, les animaux inoculés, n'ayant pas encore acquis l'immunité vaccinale, seraient exposés à contracter la maladie charbonneuse.

M. *Verneuil* propose d'adresser des remerciements à M. Toussaint pour son intéressante communication.

Après quelques observations de M. *Depaul*, M. *le Président* propose d'insérer *in extenso* la note de M. Toussaint dans le *Bulletin de l'Académie.*

RAPPORTS. — M. *Bouis* donne lecture d'une série de rapports au nom de la Commission des eaux minérales.

Les conclusions de ces rapports sont mises aux voix et adoptées.

HYSTÉRECTOMIE. — M. le docteur *Léon Labbé* communique une *note relative à une modification apportée dans le manuel opératoire de l'hystérectomie appliquée aux tumeurs fibreuses* (*exsanguification de la tumeur*).

La gastrotomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus est une opération qui n'est plus contestée aujourd'hui. La note que M. Labbé communique à

l'Académie n'a donc pas pour but de décrire cette opération, mais simplement de faire connaître une modification importante qu'il a introduite dans le procédé opératoire.

La quantité de sang contenue dans ces énormes tumeurs de l'utérus est toujours considérable, et il est incontestable que la perte de ce sang par le fait de l'ablation de la tumeur, est un facteur dont il est impossible de ne pas reconnaître l'importance; surtout si l'on considère que l'extirpation de ces tumeurs a presque toujours lieu chez des femmes qui sont déjà dans un état de cachexie avancée.

Se basant sur le principe qui avait conduit Esmarch à appliquer un bandage compressif sur les membres à amputer, M. Labbé a pensé qu'on pourrait utiliser le même bandage pour refouler dans la circulation générale le sang contenu dans les grosses tumeurs de l'utérus et pratiquer ainsi une sorte de transfusion.

La malade sur laquelle il a eu l'occasion d'appliquer pour la première fois ce principe, se trouvait dans un état déplorable avant l'opération, et elle a succombé six jours plus tard à des accidents septicémiques; mais M. Labbé a pu constater que l'énorme fibrome sur lequel la compression avait été pratiquée, était complètement exsangue et que près d'un litre de sang avait pu ainsi être restitué à la patiente.

L'idée théorique qui avait conduit M. Labbé à appliquer la bande d'Esmarch pour restituer à la circulation générale, lors de leur extirpation, le sang contenu en si grande abondance dans les fibro-myômes utérins, a trouvé sa justification d'une façon très nette dans le cas qui a été rapporté à l'Académie.

La conformation particulière de la tumeur a fait qu'aucune manœuvre bien particulière n'a dû être mise en usage dans ce cas; mais si l'on avait affaire à une tumeur de forme plus régulière, on pourrait craindre à juste raison que l'application de la bande élastique ne présentât certaines difficultés. Dans ce cas, pour arrêter la bande et lui donner un point d'appui, on devrait traverser la tumeur près de son sommet par une ou plusieurs longues aiguilles métalliques. Plusieurs de ces aiguilles pouvaient même être placées à des hauteurs diverses, de manière à donner des points d'appui à la bande et à empêcher son glissement.

M. Labbé conclut :

1° Qu'il doit y avoir un avantage réel dans les opérations de fibro-myômes utérins volumineux enlevés par la gastrotomie, à restituer à la malade la quantité toujours abondante de sang contenue dans ces tumeurs.

2° Que ce résultat peut être obtenu d'une façon complète en appliquant sur la tumeur la bande d'Esmarch ou toute autre bande douée de propriétés élastiques.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Traitement des fractures. — Hernie étranglée; suture de l'intestin perforé spontanément; réduction; guérison. — Extraction d'un corps étranger articulaire.— Présentation d'une pièce : syndactylie et lipome des doigts soudés.

M. *le Secrétaire général* lit, au nom de M. *Dubreuil* (de Montpellier), membre correspondant, une note sur le traitement des fractures. L'auteur rapporte sept observations, et en conclut que la durée du traitement des fractures peut être notablement abrégée.

M. *Després* ne peut laisser passer sans protestation les observations de M. Dubreuil. La formation du cal demande vingt jours; mais alors l'os n'est pas réellement consolidé. A quelle époque les malades de M. Dubreuil ont-ils pu se servir de leur membre? C'est ce qu'on ne dit pas. Le chirurgien de Montpellier n'a pas découvert un moyen d'abréger la durée du traitement des fractures.

— M. *Terrier* lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Guillaume (de Chaumont). Une femme de cinquante-deux ans portait depuis longtemps une hernie crurale mal contenue; un soir la hernie s'étrangla. Le lendemain matin, on fit inutilement le taxis; la douleur locale se calma bientôt; les accidents généraux étaient presque nuls. On différa l'opération, pensant qu'il s'agissait d'une hernie épiploïque.

Les 9, 10, 11 et 12 avril, état stationnaire. Dans la nuit suivante, un vomissement survint. Le 14, un purgatif resta sans effet. Opération, le 16 avril. Procédé de Lister, sauf la pulvérisation. Le sac herniaire contenait une anse intestinale de 8 centimètres de longueur; elle était étranglée. Une perforation intestinale se produisit en un point très aminci; le chirurgien fit l'avivement et une suture au catgut; l'anse fut réduite dans l'abdomen. Le cours des matières se rétablit bientôt, et le 24 avril la malade était guérie.

M. Terrier répète ce qu'il a déjà dit à propos du fait de M. Cabadé : on ne doit jamais quitter un malade atteint de hernie étranglée avant que la hernie ne soit rentrée.

M. *Verneuil*. Dans ce cas particulier, la pulvérisation phéniquée était essentielle. Autre remarque : le chirurgien constate une perforation de l'intestin, il avive, fait la suture et rentre l'intestin. M. Verneuil n'est point partisan de cette pratique. Dans la perforation *spontanée* de l'intestin, la suture n'a pas grand avantage. Il y a quelques jours, M. Verneuil opère une hernie étranglée, et voit sur l'anse intestinale une petite phlyctène suspecte; il ne réduit pas, et laisse l'intestin à la face interne du sac. Trois jours après il y eut une perforation. Le cours des matières se rétablit. Il est bien difficile d'affirmer que l'intestin n'est perforé qu'en un point, et il est plus sage de laisser l'anse intestinale à la porte. M. Verneuil n'est point d'avis non plus d'établir un anus contre nature; il faut lever l'étranglement et laisser l'intestin dans le sac.

Avec M. Nepveu, nous avons examiné avec soin le liquide contenu dans les sacs herniaires, pour savoir s'il y avait des bactéridies. Dans des cas où il n'existait aucune perforation intestinale, nous avons trouvé dans le sac des bactéridies. Chez une femme, M. Verneuil fit la paracentèse du sac pour un étranglement récent; le liquide contenait beaucoup de bactéridies. Velpeau disait que la sérosité du sac herniaire est souvent très irritante; nous ajoutons à cette donnée la présence des bactéridies. Pour éviter l'action nocive de la sérosité, M. Verneuil fait la toilette de l'intestin et de la face interne du sac avec une solution phéniquée forte.

M. *Trélat* répète depuis trois ans que le chirurgien ne doit pas quitter son malade avant que la hernie soit rentrée. Si l'on temporise trop longtemps, on fait des opérations dans de mauvaises conditions.

Si l'on est en présence d'une perforation ou d'une menace de perforation au niveau de l'anneau trop serré, et si l'on a lieu de craindre que cette perforation ne s'étende, le chirurgien ne doit pas réduire. Si l'on a une perforation sur la convexité de l'anse intestinale, il est rationnel de faire la suture et de réduire, car alors la perforation est bien limitée; ce cas est rare. En un mot, perforation petite et unique, réduire après suture; dans le cas contraire, ne pas suturer, ne pas réduire.

M. *Després*. Dans la perforation intestinale, c'est le péritoine qui cède le dernier; quand le péritoine est intact, on réduit avec succès. Quand il y a écoulement de matières fécaloïdes, une fois la suture fut pratiquée, et deux fois un anus contre nature; les trois malades ont succombé. Aussitôt le sac ouvert, dans l'opération de la hernie étranglée, M. Després fait la toilette de l'intestin avec de l'eau chaude; il débride ensuite.

M. *Terrier*. Quand la perforation est du côté de la convexité de l'anse, c'est qu'il existe une thrombose vasculaire,

une menace de gangrène de l'intestin. Le plus souvent, la perforation siège au niveau du collet du sac; en ce cas, la suture est assez rationnelle.

— M. *Nepveu* lit un rapport sur un mémoire de M. Houzel (de Montreuil-sur-Mer) : extraction de corps étrangers mobiles du genou.

L'opéré, âgé de soixante-dix ans, était atteint d'arthrite sèche et de corps étranger articulaire. Opération par incision directe; guérison.

Voici un autre fait dû à M. Verneuil. Malade entré le 21 février à la Pitié. Il accuse une douleur vive dans le genou, et on constate un corps mobile. Ce corps fut fixé entre les doigts, dans un pli des parties molles; incision; extraction. Pansement antiseptique. Le corps était formé de cartilage hyalin. Guérison. Depuis l'application de la méthode de Lister, l'extraction des corps étrangers articulaires est presque toujours suivie de succès.

— M. *Houel* présente une pièce anatomo-pathologique au nom de M. Viardin (de Troyes). Voici d'abord le moulage de la main d'un enfant de dix ans; on voit une syndactylie et une grosse tumeur occupant la partie externe des trois doigts soudés. Ces trois doigts furent amputés; on laissa le pouce et le petit doigt. Cette tumeur, qu'on croyait être un angiome, est un lipome à graisse huileuse.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Sur la structure des corps jaunes de Dalton : M. Chandelux. — Sur les effets des excitations fortes et faibles du bout central du sciatique sur la sécrétion urinaire : M. Lépine. — Sur les parasites du faisan; sur les parasites trouvés dans les galles phylloxériques : M. Mégnin. — Troubles trophiques réflexes sous l'influence d'une phlegmasie: Absorption du salicylate de soude par la peau : M. Hallopeau. — Régénération de l'œil chez la salamandre aquatique : M. Philipeaux. — Sur l'évolution du membre supérieur : M. Delaunay. — Sur le choc précordial : M. Rosolimos. — Gaz du sang et coloration de la peau chez les sauriens : MM. Blanchard et Reynard.

M. *Chandelux* (de Lyon) adresse une note sur la structure des corps jaunes de Dalton. Ces recherches, faites dans le laboratoire du professeur Renaut, se résument dans les conclusions suivantes : 1° Le corps jaune comme le follicule de Graaf, mûr ou en voie de développement, possède une paroi propre fibreuse, formée par l'accolement de deux feuillets, l'un interne à fibres longitudinales ou méridiennes, l'autre externe à fibres annulaires ou équatoriales. 2° Une couche vasculaire très développée recouvre en dehors la paroi propre; elle envoie des rameaux à l'intérieur du follicule; ces rameaux viennent saillir à l'état de bourgeons à la face interne de la paroi propre; ils se coiffent de la membrane granuleuse, qu'ils refoulent, et l'on a ainsi une série d'éminences ou de papilles vasculaires intra-folliculaires. 3° Au moment de la déhiscence du follicule, des ruptures de vaisseaux se produisent dans les papilles, probablement par suite d'une décompression subite; le sang s'échappe, décolle la membrane granuleuse sur tout son pourtour en s'insinuant entre elle et la paroi propre fibreuse à laquelle elle est accolée; cette membrane est ainsi refoulée au centre du corps jaune, où on peut la retrouver plus tard. 4° Le contenu du corps jaune est un caillot sanguin provenant d'hémorrhagies qui sont successives, ainsi que le montre le degré d'altération beaucoup moindre du sang à la périphérie qu'au centre du corps jaune; ce caillot subira ultérieurement les transformations graduelles qui doivent aboutir à la formation d'une cicatrice fibreuse.

M. Chandelux indique dans le cours de sa note qu'il lui a été impossible de retrouver, soit en dehors de la paroi propre, soit dans son épaisseur, quelque chose qui ressemblât au tissu réticulé du follicule dont Slavjanski a donné la description.

M. *de Sinéty* remarque, à ce sujet, que le tissu réticulé aurait été facilement constaté si M. Chandelux avait suivi la méthode qu'il a indiquée, et qui consiste à laisser séjourner pendant vingt-quatre heures des coupes très fines dans l'alcool au tiers, puis à chasser au pinceau : les éléments cellulaires sont ainsi éliminés, et la couche réticulaire apparaît nettement. M. de Sinéty insiste sur l'existence de cette zone, parce que c'est surtout grâce aux modifications qu'elle subit qu'on peut différencier l'ovaire de la femme enceinte de celui de la femme à l'état de vacuité, et le corps jaune de la grossesse du corps jaune de la menstruation.

— M. *Lépine*, en présentant la thèse d'un de ses élèves, M. Hugonard, attire l'attention sur une partie neuve développée dans ce travail, à savoir : l'effet différent que produisent sur la sécrétion urinaire les excitations faibles ou fortes du bout central du sciatique : une excitation faible, mécanique ou électrique, est suivie d'une augmentation de la sécrétion urinaire, tandis qu'une excitation forte ou moyenne est au contraire suivie d'une diminution de la sécrétion. On avait déjà cherché l'effet des excitations centripètes du sciatique sur la sécrétion urinaire : M. Vulpian note l'absence des modifications de la circulation rénale et de la sécrétion; M. Picard signale les effets vaso-constricteurs et la suspension plus ou moins complète de l'écoulement de l'urine par les uretères, qui s'observent sous l'influence des irritations douloureuses et notamment de la ligature du sciatique. Dans les expériences de M. Hugonard, dirigées par M. Lépine, on a pu établir, comme il a été dit plus haut, la différence des effets dans leurs rapports avec la différence d'intensité des excitations.

M. *Laborde* fait remarquer que, du moins dans la note remise par M. Lépine, il n'est pas question du resserrement réflexe des uretères, qui existe, comme on peut s'en assurer; phénomène qui peut entrer en ligne de compte dans les suspensions de l'écoulement de l'urine produites par les irritations périphériques.

— M. *Mégnin*. Le *Syngamus trachealis* (Siebold) est un parasite nématoïde qu'on trouve surtout dans la trachée des gallinacés. Il s'y fixe, et l'accumulation d'un certain nombre de ces parasites cause la mort des animaux par asphyxie. C'est ainsi que sont décimées actuellement les faisanderies des environs de Paris et du centre de la France. M. Mégnin, étudiant les conditions du développement du *Syngamus trachealis*, a reconnu que la femelle, dont la vulve est absolument oblitérée par le mâle qui y est appendu, ne peut pondre ses œufs; il faut, pour que les œufs soient mis en liberté, que le corps de la femelle soit détruit. Sur le sol humide, les œufs conservent leur vitalité, et les oiseaux, les ingérant avec des matières alimentaires, leur fournissent un milieu d'évolution favorable. L'embryon traverse les parois du tube digestif et tombe dans les sacs aériens, d'où il gagne la trachée.

— Dans les *Comptes rendus hebdomadaires de l'Académie des sciences* (séance du 28 juin dernier), on lit une note de M. P. Pichard, dans laquelle l'auteur rapporte qu'il a saisi, dans les galles des feuilles de vigne attaquées par le phylloxera, de petits acariens rouges occupés à sucer le corps des femelles pondeuses du destructeur des vignobles. M. P. Pichard a reconnu chez ces petits acariens les caractères du genre Trombidion, mais il n'a pu en déterminer l'espèce.

M. Mégnin, qui a reçu de la même région (Vaucluse) les mêmes acariens, a pu y reconnaître la larve hexapode du Trombidion soyeux (*Trombidium holosericeum* L.), dont il a étudié les métamorphoses il y a quatre ans (*Annales des sciences naturelles*, 1876). Cette larve hexapode n'est autre que le Rouget (*Aoutat*, *aouti* des campagnards), petit être microscopique qui s'attaque à l'homme, au chien, au lièvre, au lapin, aux campagnols, etc., et aux insectes à corps mou.

Il serait à désirer que la multiplication de cet acarien fût en rapport avec celle du destructeur de la vigne; malheureusement ses moyens de reproduction sont loin d'être aussi variés, car la femelle du Trombidion soyeux ne pond guère qu'une centaine d'œufs dans son année. De plus, cette femelle ne suce que des feuilles, et sa larve, qui seule est carnassière, reste à la surface de la terre et ne peut faire aucun mal aux phylloxeras des racines.

— M. *Hallopeau* communique d'abord une observation de troubles trophiques réflexes survenus chez un saturnin à la suite d'une phlegmasie déterminée par l'électrolyse. Ces troubles trophiques consistaient en un phlegmon gangréneux des membres inférieurs. Le traitement par l'eau-de-vie camphrée a été suivi de guérison.

A la demande de M. *Dumontpallier*, qui s'informe de l'état de la sensibilité dans le membre où se sont produits les troubles trophiques réflexes, M. Hallopeau répond que, dans un cas analogue (mammite réflexe), communiqué à la Société, il n'y avait pas de modifications de la sensibilité.

M. Hallopeau confirme ensuite par des observations personnelles les faits relatés par M. Bochefontaine sur l'absorption du salicylate de soude par la peau. Après avoir appliqué sur la peau atteinte d'érysipèle, chez un enfant, une solution de salicylate au 1/20, on a retrouvé la substance dans les urines.

— M. *Philipeaux* a voulu vérifier l'exactitude de ce fait généralement admis, que l'œil de la salamandre aquatique se régénère après avoir été enlevé. Il a vu se reproduire les humeurs de l'œil quand il avait évacué le contenu du globe oculaire, en laissant la coque en place; mais il n'a observé aucune trace de régénération après avoir enlevé le globe de l'œil tout entier.

— M. *Delaunay* expose la suite de ses recherches sur l'évolution, et traite des particularités relatives à l'évolution du membre supérieur.

— M. *Rosolimos* continue ses communications sur la théorie du choc précordial.

— MM. *Blanchard* et *Regnard* ont poursuivi leurs recherches sur les Sauriens. Le sang de ces animaux contient beaucoup moins d'hémoglobine que celui des grands mammifères; il absorbe, à volume égal, cinq fois moins d'oxygène que le sang de ces derniers; la quantité de fibrine contenue dans 1000 grammes de sang est de 5gr,55, proportion considérable qui rend compte de la facilité avec laquelle s'opère la coagulation; enfin, en évaluant la masse totale du sang par la méthode colorimétrique, MM. Blanchard et Regnard ont noté que, toutes proportions gardées, la quantité de sang est beaucoup plus considérable chez le Varan que chez les mammifères.

Les auteurs ont confirmé sur ces sauriens les conclusions de M. Bert et de M. Pouchet sur l'influence qu'exercent les centres nerveux sur la coloration.

F. F.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Anomalie d'un Agaricus viridis : M. Chatin. — Histologie de la glande vulvo-vaginale : M. de Sinéty. - Bromure d'éthyle chez les épileptiques : MM. Bourneville et d'Olier. — Contracture par la percussion du ligament rotulien : M. François-Franck. — Répartition des températures superficielle et profonde chez les animaux soumis à la réfrigération : M. François-Franck. — Température rectale chez l'homme refroidi artificiellement : M. Dumontpallier. - Des valvules et du muscle cardiaque pendant la systole ventriculaire : M. Onimus.

M. *J. Chatin* présente un *Agaricus viridis*, sur lequel s'est développé un réceptacle secondaire avec inversion de la couche hyméniale.

— M. *de Sinéty* a repris l'étude de la glande vulvo-vaginale au point de vue histologique. Ses recherches l'ont amené à constater plusieurs faits nouveaux et peuvent se résumer ainsi : quand on examine des coupes comprenant toute l'épaisseur de la glande, on voit qu'au lieu de former un organe limité, entouré d'une enveloppe fibreuse, l'organe est, au contraire, diffus, formé d'un grand nombre de grains glandulaires disséminés, souvent séparés les uns des autres par du tissu connectif et des fibres musculaires striées. Les lobules sécréteurs sont tapissés d'une couche d'épithélium caliciforme, identique à celui que l'auteur a décrit dans le col de l'utérus; cette identité des organes sécréteurs correspond à l'identité des produits sécrétés. Les lobules viennent s'ouvrir, indépendamment les uns des autres, dans un canal excréteur commun, soit directement, soit par une sorte de sinus intermédiaire. Cette disposition rend peut-être compte de la formation de certaines fistules vulvo-vaginales à orifices multiples, communiquant les unes avec les autres, et survenues à la suite de l'inflammation des glandes de Bartholin. M. de Sinéty pense aussi que certains kystes de la partie antérieure du vagin peuvent se développer aux dépens des lobules glandulaires disséminés qui constituent les glandes vulvo-vaginales.

— M. *d'Olier* communique, au nom de M. *Bourneville* et au sien, les résultats de recherches poursuivies depuis deux mois sur l'action du bromure d'éthyle dans l'hystérie et l'épilepsie.

1° Chez les hystériques, les attaques ont été presque constamment supprimées quand on administrait le médicament au début de l'attaque.

2° Chez les épileptiques, l'accès étant à la période tonique, l'action du bromure d'éthyle s'est manifestée, dans quelques cas, par la cessation des convulsions et la production d'une résolution musculaire complète; souvent les accès ont paru diminuer d'intensité et de durée; quelquefois l'effet n'a pas été appréciable.

— M. *François-Franck* signale la production d'une contracture localisée dans un membre postérieur à la suite de la percussion répétée du ligament prétibial chez le chien; cette contracture n'apparaît que chez les animaux qui ont subi une lésion de la moelle à la partie supérieure, et elle correspond à une exagération considérable du pouvoir excito-moteur. Des faits semblables ont aussi été observés par l'auteur chez le chat, à la suite de l'hémisection de la moelle à la partie supérieure de la région dorsale, et dans le membre du côté correspondant à l'hémisection. La contracture ainsi produite se forme graduellement, pour ainsi dire, à mesure qu'on réitère la percussion du tendon du triceps crural; elle dure quelques minutes et cesse spontanément.

Enfin, sur des chiens qui sont atteints de dégénération secondaire du fascicule postérieur du faisceau latéral de la moelle, à la suite de la destruction de tout ou partie de la zone motrice du cerveau, on peut provoquer la contracture par le même procédé, après avoir donné à l'animal une dose excessivement faible de strychnine, insuffisante chez un chien normal pour produire de semblables effets. Ceci a son importance quand on se reporte aux phénomènes d'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle observés par M. Charcot sur des malades atteints de dégénération médullaire avec lésion commençante des cornes antérieures.

— M. *François-Franck* fait une seconde communication sur la répartition des températures superficielle et profonde chez les animaux soumis à la réfrigération graduelle avec son appareil à courant d'eau.

L'animal ayant le tronc tout entier enveloppé de l'appareil, et la tête libre ainsi que les membres, se refroidit rapidement dans ses parties profondes; la température de l'oreille s'abaisse aussi très vite. A un moment donné, on observe ce phénomène paradoxal que la température des viscères abdominaux descend au-dessous de celle du pavillon de l'oreille.

Ce phénomène *de croisement des températures* s'observe aux environs de 24 degrés. Au premier abord le fait paraît étrange, et on pourrait être tenté de l'expliquer par la fabrication énergique de chaleur dans les parties périphériques qui ne sont pas directement soumises à l'action réfrigérante. Mais, en y réfléchissant, on voit que la perte de chaleur par les tissus exposés à l'air libre, à une température moyenne de 16 à 17 degrés, doit être beaucoup moins rapide que celle des organes abdominaux soumis à l'influence immédiate de l'appareil réfrigérant.

— M. *Dumontpallier*, après avoir rappelé quelques faits relatifs à la décroissance parallèle de la température axillaire et de la température rectale chez l'homme soumis à l'action de la couverture tubulaire à courant d'eau, insiste sur un fait qui lui paraît avoir une importance sérieuse au point de vue des théories de la fièvre; les sujets soumis à la réfrigération par la surface du corps présentent un abaissement de la température rectale. Or, dans les théories de Traube, Marcy, etc., on admet que le froid périphérique est suivi d'un réchauffement central; il faudrait donc modifier la théorie, puisqu'elle paraît en désaccord avec les faits observés.

M. *François Franck* soumet, à ce sujet, quelques remarques à la Société. M. Dumontpallier, dit il, établit entre l'état des régions périphériques au début de l'accès de fièvre et sous l'influence de la couverture réfrigérante une similitude qui n'est point acceptable.

Que se passe-t-il au début de l'accès? Les vaisseaux de la peau se resserrent, la circulation superficielle s'atténue, *la déperdition de chaleur par les surfaces diminue*. Il n'est donc point étonnant que le sujet, perdant moins et continuant à fabriquer de la chaleur, emmagasine cette chaleur et présente une élévation de la température centrale. Telle est, en deux mots, la théorie proposée par Marey pour l'explication des phénomènes initiaux de l'accès. Mais quand on soustrait à un sujet une grande quantité de calorique en l'enveloppant d'une couche d'eau froide, il est clair que, perdant par les surfaces une quantité exagérée de chaleur, il doit se refroidir dans les parties profondes. Ces deux conditions, que M. Dumontpallier assimile, sont donc exactement inverses l'une de l'autre, et les faits observés avec la réfrigération artificielle ne peuvent en rien modifier les idées théoriques.

M. *Joffroy* rappelle, à propos de la même question, l'influence que les excitations cutanées exercent sur la circulation et la calorification. Il croit que la plus grande part doit être faite aux phénomènes d'ordre nerveux dans les modifications de la température qu'on observe en agissant sur la peau.

M. *Laborde* exprime le regret qu'on assimile toujours la température rectale à la température centrale; pour lui, la véritable température centrale est la température musculaire.

— M. *Onimus* insiste sur le rôle prédominant de la contraction des fibres musculaires du cœur dans les changements de diamètre des orifices pendant la systole ventriculaire. Il croit qu'on a fait jouer aux valvules un rôle exagéré, et qu'on s'est trop empressé de généraliser à tous les animaux ce qu'on a observé sur le cœur de quelques-uns.

F. F.

Société de thérapeutique

SÉANCE DU JUILLET 28 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

La xylothérapie : M. Dujardin-Beaumetz. — Théorie de la métallothérapie par M. Maggiorani (Rapport) : M. N. Gueneau de Mussy. — Traitement de l'angine diphthéritique, par M. Brame (Rapport) : M. E. Labbée.—De l'instinct du malade en thérapeutique : M. Guyet.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente à la Société un nouvel appareil hydrothérapique de M. G. Bozerian, offrant l'avantage d'être réduit à son minimum de volume, puisque c'est dans le bassin métallique lui-même que les différentes pièces peuvent se renfermer; il rappelle qu'à l'hôpital Saint-Louis on emploie un autre appareil hydrothérapique du même inventeur, et dans lequel c'est la pression alternative des pieds du malade qui fait fonctionner la pompe.

— M. Dujardin-Beaumetz donne lecture d'une note relative aux recherches faites par un de ses élèves, M. Jourdanis, sur *les propriétés esthésiogènes de certains bois appliqués sur la peau* ou *xylothérapie*. Il rappelle que depuis les travaux de MM. Burq, Charcot et Dumontpallier, l'influence des plaques de métal et des aimants sur l'anesthésie ou la contracture est un fait bien connu; depuis longtemps d'ailleurs, avec les révulsifs tels que vésicatoires ou sinapismes, on avait produit des effets analogues; il vient aujourd'hui montrer qu'on obtient les mêmes résultats au moyen de substances tout autres. M. Jourdanis a employé, ainsi que Hugues Bennet l'avait fait dès 1878, les plaques de bois directement appliquées sur la peau, et a constaté qu'on rappelait ainsi la sensibilité chez les malades anesthésiques plus promptement qu'au moyen des métaux. Tous les bois n'agissent pas avec la même intensité; on peut les classer, au point de vue de l'efficacité de leur action, dans l'ordre suivant: quinquina, thuia, bois de rose, acajou, pitch-pin, noyer, érable, pommier; on n'obtient aucun effet sensible avec le peuplier, le frêne, le palissandre et le sycomore. On a objecté que la pression de la plaque suffisait à ramener la sensibilité; mais avec du marbre, une pierre quelconque, on n'obtient aucun résultat. Dans aucun cas, l'auteur n'a produit de phénomènes de transfert : la première sensation qui est rendue est la sensation de pression au point d'application, la peau devient rouge et les piqûres faites auparavant pour constater l'anesthésie s'entourent d'une aréole érythémateuse et parfois laissant écouler un peu de sang; bientôt, en moins de dix minutes parfois, la sensibilité cutanée se généralise; mais il faut reconnaître que comme thérapeutique ce procédé a peu de valeur, car chez toutes les hystériques hémianesthésiques mises en expérience, le retour de la sensibilité a été très fugace. On ne peut, dans ce cas, invoquer les courants électriques qui se produisent par l'emploi des métaux impurs, non plus que la différence de température entre la plaque et la peau, car alors pourquoi le peuplier n'agit-il point comme le quinquina? Du reste, en élevant la température de la plaque de bois, on obtient toujours le même résultat Hugues Bennet croit (*Journal of neurology*, octobre 1878) à des phénomènes dépendant de l'*expectant attention*, de l'imagination, dirions-nous; la vascularisation de la peau, la rougeur, l'écoulement sanguin, peuvent-ils admettre une semblable cause?

— M. *N. Gueneau de Mussy* lit un mémoire dans lequel il résume les idées de M. Maggiorani, de l'Académie de Rome, sur la métallothérapie. D'après cet auteur, on aurait vainement recherché l'existence de courants électriques chez diverses hystériques très influencées par les plaques d'or et de zinc, résultat confirmé par le professeur Schiff, bien qu'il ait constaté dans quelques cas, ainsi que M. Regnard l'a démontré, l'existence de courants de très minime intensité; ces courants, du reste, lui auraient paru plus marqués, chez un sujet donné, avec les métaux qui n'agissaient en rien sur l'anesthésie. L'interposition entre le métal et la peau d'une lame de caoutchouc ou de plusieurs épaisseurs d'une étoffe de soie n'empêche pas d'ailleurs les effets esthésiogènes, qu'on obtient également en employant des révulsifs tels que l'eau chaude ou la laine chauffée à une température élevée. De quelle façon agissent donc ces différents modificateurs de la sensibilité? M. Maggiorani trouve la réponse à cette question dans l'hypothèse émise par le professeur Schiff: les différents corps n'agissent qu'en produisant des vibrations moléculaires très rapides en rapport avec le mouvement vibratoire moléculaire du système nerveux; les caractères de ces vibrations étant variables pour chaque substance et sans doute aussi

pour l'appareil nerveux de chaque sujet, on comprend l'espèce d'affinité individuelle pour tel ou tel métal. Cette théorie repose sur ce fait physique incontestable que tous les corps sont animés de vibrations moléculaires continues et transmissibles. Expérimentant d'après ces principes les effets des vibrations d'un diapason, l'auteur a vu chez huit hystériques non anesthésiques des fourmillements et de l'analgésie se montrer sur le bras introduit dans la caisse d'harmonie de l'instrument ; dans tous les cas, l'imminence d'une attaque convulsive a obligé d'interrompre l'expérience; les phénomènes observés ne sont-ils pas simplement ceux qui accompagnent le début d'une crise hystérique provoquée par le bruit du diapason? Chez une femme hémianesthésique, non prévenue de l'expérience, la sensibilité a été ramenée par un aimant situé à 6 mètres de distance et dont le pôle sud se reliait par un fil de zinc à un gobelet de même métal tenu par la malade, mais isolé de la peau par une étoffe de soie. Le fil, d'abord placé près de l'aimant, n'y fut fixé, à l'insu de cette femme, qu'après un certain temps pendant lequel aucune modification ne s'était produite; un quart d'heure après, la sensibilité réapparaissait progressivement. M. Gueneau de Mussy pense que dans bien des cas l'*expectant attention* peut avoir une grande influence sur les diverses manifestations sensitives; il croit que la vascularisation cutanee peut aussi dépendre en partie de cette cause, mais il ne pourrait en être de même de la disparition de l'achromatopsie.

M. *Duhomme* se demande si les bois qui agissent le mieux n'offrent pas des conditions particulières de conductibilité à l'égard de l'électricité ou de la chaleur. L'anesthésie produite par les basses températures, soit naturelles soit artificielles, ne dépend-elle pas d'une simple déperdition de calorique?

M. *Dujardin-Beaumetz*. Avec les plaques de bois, il n'y a aucun courant électrique; quant à la température, elle est la même pour tous les bois qui, cependant, diffèrent dans leur action ; on ne peut du reste assimiler ces faits à ceux produits par un froid ou une chaleur intense et très différents de la chaleur cutanée.

M. *Féréol* a observé avec un bracelet de liége, dédoré par l'usage et le temps, les mêmes effets que lorsqu'il était recouvert d'une feuille métallique; le liége semble donc aussi ramener la sensibilité. L'hypothèse de Schiff est certainement séduisante, mais ne peut-on y voir l'aveu de notre ignorance et ne vaudrait-il pas mieux la reconnaître franchement?

— M. *E. Labbée* fait connaître une communication de M. Brame à propos du traitement de l'angine diphthéritique préconisé dans une précédente séance par M. Créquy. A l'ablation de la fausse membrane et aux badigeonnages avec le tannin, procédé douloureux pour le patient et dangereux pour l'opérateur, M. Brame préfère le collutoire à l'iodure argentique naissant. On l'obtient au moyen de deux solutions, l'une de 178 grammes de nitrate d'argent dans 500 grammes d'eau distillée, l'autre de 169 grammes d'iodure de potassium dans la même quantité d'eau. On doit faire avaler aussitôt après au malade de petits morceaux de glace et prescrire en outre des boissons et gargarismes très chauds, et de fréquentes pulvérisations avec de l'eau de goudron au dixième.

— M. *Guyet* présente à la Société un travail sur l'*Instinct du malade en thérapeutique*, concluant à ce que les manifestations instinctives à l'égard de l'alimentation ou de l'ingestion de certaines substances, bien qu'étant parfois contraires à l'hygiène ou à la saine thérapeutique, sont souvent à prendre en considération et à utiliser comme un précieux guide dans le traitement de la maladie ou mieux encore du malade. Il sollicite le titre de membre titulaire de la Société. Le mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Duhomme, Dujardin-Beaumetz et E. Labbée.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée. La Société s'ajourne au mois d'octobre.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Apparition de la fièvre récurrente dans l'Allemagne du Sud, par M. Friedriech.

Vers la fin de décembre 1879, on observa à la clinique de Heidelberg quelques cas pathologiques qui différaient complètement des maladies communes dans le pays et se trouvèrent être, après un examen minutieux, du typhus récurrent. Fièvre violente, sans exanthème ni diarrhée, durant deux ou trois jours en moyenne, se terminant par une défervescence rapide et réapparaissant au bout de six jours d'intervalle. Spirilles dans le sang, pendant et après les accès de fièvre, tuméfaction notable du foie et de la rate. Ces premiers cas furent observés, au nombre de trois, dans une famille de chaudronniers ambulants : ils furent suivis, dans le courant de janvier et février, de cinq autres observés chez des ouvriers.

Une enquête minutieuse ne permit pas de déterminer exactement l'origine de cette très légère manifestation épidémique : tout ce que l'on apprit fut que toutes les personnes atteintes étaient arrivées depuis peu à Heidelberg, venant de la direction de Darmstadt. A-t-on observé, dans cette dernière ville, des cas de fièvre récurrente? On l'ignore.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présente pour la France l'apparition de la fièvre récurrente si près de nos frontières, dans un pays où elle était complètement inconnue jusqu'à ce jour. (*Deutsch. Archiv für klin. Medizin*, t. XXV).

Nous apprenons d'un autre côté (*Berl. klin. Woch*, 1880, n° 23), par une communication faite par le docteur Leo à la Société de médecine de Bonn, que le premier cas connu de fièvre récurrente dans cette ville a été observé dans le courant de décembre 1879, sur un pêcheur hollandais qui venait de Wiesbaden. La nature de la maladie ne paraît pas douteuse.

De l'emploi des bandes de caoutchouc en chirurgie, par M. Paul Bruns.

Un chirurgien de Boston, du nom de H. A. Martin, a inventé des bandes dont on vante les avantages en Allemagne et en Angleterre. Elles se composent de simples lames de caoutchouc sans interposition d'étoffe et se distinguent de tous les produits similaires du commerce par leur extrême élasticité et leur longue durée.

Leur emploi est surtout indiqué dans les cas d'ulcères de la jambe. On fait un premier tour sur le cou-de-pied, puis on enveloppe peu à peu le membre, sans faire de renversés, jusqu'au genou où l'on fixe au moyen d'un lacet. On n'interpose rien entre l'ulcère et la bande qui doit être enlevée, lavée et séchée tous les soirs. Dès les premiers jours, on constate, en même temps qu'une abondante sécrétion de la plaie, un ramollissement des bords lardacés de l'ulcère. Plus tard se montrent des granulations de bonne nature et la cicatrisation s'établit. On peut compter en moyenne que la guérison survient en un nombre de semaines double de celui des centimètres de diamètre de la plaie. Après avoir rapporté sommairement dix-sept cas de guérison, Bruns conclut que la plus grande partie des ulcères de la jambe sont susceptibles de guérir par ce moyen. « La valeur éminemment pratique du procédé, dit-il, consiste dans son extrême simplicité : de plus, le malade n'est pas retenu un instant dans son lit et peut vaquer à ses affaires, considération importante pour la classe ouvrière, plus particulièrement sujette à cette maladie. » Le même procédé peut être employé utilement dans les cas de varices volumineuses ou d'eczéma chronique des extrémités inférieures ou même d'éléphantiasis de la jambe et d'arthrites de diverses articulations. (*Berlin. klin. Woch.*, 1880, n°s 25-26.)

La mort subite dans la pleurésie, par M. LEICHTENSTERN.

Mémoire volumineux sur un sujet peu étudié en Allemagne, et dont il est intéressant de connaître les conclusions :

1° La mort subite (ou la syncope grave) peut tenir à des embolies pulmonaires ou à des thrombus volumineux formés dans l'oreillette droite par suite du ralentissement de la circulation. Cette cause est généralement admise et l'on comprend que ces thrombus, lorsqu'ils existent, sont particulièrement dangereux à la suite de la thoracentèse, qui accélère notablement la circulation et peut détacher les concrétions fibrineuses du cœur. C'est une erreur de croire (avec Bartels) que les épanchements du côté gauche agissent plus sur la circulation que ceux du côté droit : c'est le contraire qui a lieu, d'après les expériences de l'auteur. Jamais, même lorsque le cœur est repoussé à son maximum vers la droite par un épanchement gauche, on n'observe un coude appréciable de la veine cave inférieure : tout au plus la veine est-elle légèrement tordue et sa courbure exagérée. D'ailleurs, sur les cinquante-deux cas relatés dans la science on compte trente et une fois des épanchements pleurétiques à droite et vingt et une fois à gauche. Le danger de ces derniers est donc purement imaginaire.

2° Le même accident peut tenir à une embolie des artères cérébrales : l'embolie provenant de thrombus nés dans l'oreillette gauche ou dans les veines pulmonaires en partie comprimées. Une observation personnelle.

3° Dans un grand nombre de cas, la cause de la mort subite est impossible à déterminer. L'autopsie indique souvent des lésions, quelquefois très graves (dégénérescence du muscle cardiaque, œdème pulmonaire ou cérébral, etc.), mais n'explique pas la rapidité de la mort. Notre ignorance à ce sujet est d'autant plus regrettable que dans les cas dont il s'agit, l'épanchement est souvent de peu d'importance.

4° Un certain nombre de décès subits ont été attribués tout simplement à l'*anémie* cérébrale. Et cependant cette cause ne peut agir mortellement que si :

a. Le ventricule gauche étant mal rempli, la pression aortique diminue.

b. S'il existe un épuisement extraordinairement rapide des centres nerveux du cœur et de la respiration, et de la faiblesse du muscle cœur.

Dans le premier cas, qui accompagne toujours les épanchements volumineux, une foule de circonstances peuvent déterminer, brusquement et transitoirement, une anémie complète du cœur gauche et, par suite, du cerveau ; une toux spasmodique, les efforts de défécation, les vomissements, etc., et même les changements d'attitude dans le lit. Mais il se faut garder d'exagérer : dans beaucoup de cas, les circonstances dont il s'agit font défaut. De sorte que l'on arrive à la conclusion suivante : la mort subite est la suite d'une dégénérescence ou d'une insuffisance musculaire du cœur, une mort par le cœur ; la cause prochaine de cette paralysie *subite* nous échappe ;

5° L'*œdème* cérébral ou pulmonaire n'a qu'une importance secondaire, étant généralement un phénomène agonique. Ceci ne s'applique pas à l'œdème consécutif à la thoracentèse. Il faut, en tous cas, lorsque l'on pratique cette opération, éviter que le malade soit assis, par crainte de l'anémie cérébrale.

Il est arrivé quelquefois que, lors de l'irrigation forcée de la cavité pleurale, on a observé des cas de syncope mortelle. S'agit-il alors d'une commotion mécanique directe du cœur spécialement épuisable, ou d'un *shock?* C'est ce qu'il n'est pas facile de dire, quoique les convulsions générales, épileptiformes, qui ne manquent jamais dans ces cas, indiquent une origine centrale. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXV, p. 325.)

BIBLIOGRAPHIE

(Suite et fin.)

Des paralysies dans les maladies aiguës, par M. le docteur Louis LANDOUZY, médecin des hôpitaux. Thèse d'agrégation. 1 vol. in-8 de 362 pages. Paris, 1880. J.-B. Baillière et fils.

M. Landouzy, après avoir fixé les limites dans lesquelles peut être renfermée la question des paralysies dans les maladies aiguës, c'est-à-dire les troubles moteurs dans leur subordination immédiate ou éloignée aux maladies aiguës, écarte les paralysies sensitives, c'est-à-dire les anesthésies, et les paralysies vaso-motrices : il ne s'en occupe que dans leurs rapports avec les autres troubles paralytiques. L'histoire clinique des akinésies dans les maladies aiguës, dit M. Landouzy, nous paraît comporter l'étude de paralysies qu'il serait peut-être permis, vu leurs manières si dissemblables de subordination aux pyrexies, de ranger sous les épithètes suivantes : paralysies accidents des maladies aiguës ; paralysies épilogues des maladies aiguës ; paralysies évoquées par les maladies aiguës.

Parmi les maladies aiguës s'accompagnant de paralysies, la diphthérie occupe la place la plus importante, d'abord à cause de la fréquence de la paralysie comparativement à celle qu'on rencontre dans les autres maladies aiguës, et aussi à cause des conséquences qu'elle entraîne avec elle. Si, en effet, la guérison est fréquente dans la paralysie diphthéritique, non seulement elle est lente à obtenir, mais encore elle n'est pas la règle : sur 117 observations analysées par M. Landouzy, on trouve en effet 16 cas de mort, ce qui se rapproche de la moyenne donnée par Lorain et Lépine, qui dans leur article arrivent aux conclusions suivantes : 12 morts sur 100. La terminaison fatale arrive alors soit brusquement, par le fait d'un accident inhérent aux paralysies elles-mêmes, soit lentement, par le fait de l'anémie, de la cachexie, du fait de l'immobilité à laquelle le malade est condamné par suite même de sa paralysie et par suite de la gêne que cette dernière apporte à la déglutition. Indépendamment des troubles de la motilité du côté du larynx et du pharynx, la diphthérie s'accompagne parfois de troubles oculaires qui surviennent en général dès le début des accidents paralytiques, peu de temps après la paralysie du voile du palais, un peu avant celle des extrémités inférieures : quelques observations, entre autres celles citées par Maingault, démontrent que ces paralysies oculaires peuvent exister seules, sans qu'il y ait aucun symptôme de faiblesse dans n'importe quel autre organe. D'après M. Landouzy, ces troubles de la vision guérissent toujours dans un laps de temps variant de dix jours à deux mois ; quant à leur nature, on s'accorde à reconnaître que ces troubles oculaires sont en rapport avec la paralysie des troubles de l'accommodation et qu'ils ne dépendent en aucune façon de lésion des milieux ni de la rétine. Voici du reste le tableau dressé par M. Landouzy, concernant la fréquence de paralysie des différents muscles :

Paralysie du voile du palais, 70 ; paralysie généralisée, 64 ; amaurose, 39 ; paralysie des membres inférieurs, 13 ; strabisme, 10 ; paralysie des muscles du cou et du tronc, 9 ; troubles de la sensibilité sans affaiblissement musculaire, 8 ; anaphrodisie, 8 ; paralysie du rectum, 6 ; paralysie de la vessie, 4.

Les deux derniers chapitres de la thèse de M. Landouzy sont consacrés à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des paralysies dans les maladies aiguës, et à des considérations générales sur le diagnostic, le pronostic et le traitement dans les maladies aiguës. On comprend la difficulté d'un semblable travail ; il nous suffit, pour donner une idée de la théorie adoptée par l'auteur, de citer une sorte d'exposé qu'il en trace lui-même (p. 248) : « Tout ce que nous a révélé

la clinique ne permet guère d'établir, *à priori*, ni au point de vue symptomatique, ni au point de vue de la physiologie pathologique, les distinctions si tranchées entre les paralysies de la période de début, d'état ou de convalescence. Toutes ces paralysies, qu'elles soient précoces ou tardives, complètes ou incomplètes, fugaces ou persistantes, simples ou mêlées de perversions sensitives ou trophiques, relèvent de troubles fonctionnels ou nutritifs dont le mode d'apparition, la forme, l'étendue et le siége semblent liés à la nature de la maladie aiguë, quelle que soit, du reste, sa période d'évolution. Tout ce que l'on peut dire de plus général, c'est que les troubles paralytiques du début des maladies semblent moins profonds, moins fixes, moins tenaces, plus rapides dans leur apparition et dans leur départ que les paralysies de la période d'état ou de convalescence, et encore ces différences que l'on cherche à établir entre toutes les paralysies des maladies aiguës. sont-elles loin de comporter les indications pronostiques qu'on a voulu leur attacher. »

Quant à des conclusions, comme M. Landouzy l'a déclaré lui-même dans l'argumentation de sa thèse, nous n'en trouvons pas, et M. Landouzy n'a pas voulu en donner : presque tous les points étudiés dans le cours de ce travail sont encore trop soumis à l'hypothèse pour qu'il soit possible actuellement d'établir des règles entre les symptômes reconnus d'une part et les lésions soupçonnées d'autre part.

Des différentes formes de la broncho-pneumonie, par M. le docteur Alix Joffroy, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8 de 234 pages, avec 13 figures. Thèse d'agrégation. — Paris, 1880, A. Delahaye et Lecrosnier.

Malgré les nombreux travaux publiés sur cette question, principalement dans ces dernières années, la thèse de M. Joffroy n'est pas seulement une compilation, mais elle renferme un certain nombre de recherches originales. Ce qu'il faut louer avant tout, ce sont les relations que l'auteur a voulu établir entre les symptômes d'une part et les lésions d'autre part, en cherchant à déterminer les lésions et les symptômes transitoires depuis le début de la maladie jusqu'à sa période d'état. L'anatomie pathologique occupe ainsi un rôle des plus importants; M. Joffroy, s'inspirant des recherches de Legendre, Rilliet et Barthez, et plus récemment de son maître M. le professeur Charcot, décrit d'abord la structure du lobule pulmonaire en insistant sur ce point capital qu'on peut reconnaître dans le lobule deux grandes régions conjonctives, l'une périphérique, *espace conjonctif périlobulaire* de M. Charcot renfermant la veine pulmonaire ; l'autre centrale, *espace conjonctif intralobulaire* renfermant l'artère et la bronche; puis il aborde l'étude des lésions élémentaires de la broncho-pneumonie en distinguant les formes anatomiques qui correspondent aux formes cliniques de la maladie. « Il n'y a pas dit-il, de broncho-pneumonie sans bronchite, et en conséquence, si celle-ci n'est pas la lésion la plus importante, elle est du moins une lésion nécessaire. » Or la lésion est constituée essentiellement par la présence du pus dans les appareils terminaux des conduits aériens, c'est-à-dire dans les alvéoles de l'acinus. Pour expliquer la pathogénie de cette lésion deux hypothèses sont en présence; dans la première (Fauvel, Hardy et Behier) il ne s'agit que d'une conséquence mécanique de l'inflammation bronchique : les petites bronches étant oblitérées par le muco-pus, l'air ne peut plus les traverser pour parvenir jusqu'aux alvéoles pulmonaires et chaque effort inspiratoire n'aura d'autre résultat que de repousser le pus vers la périphérie et finalement dans l'acinus; dans la seconde (Legendre et Bailly, Vulpian, Cornil, Damaschino, etc.), il y a dilatation des vésicules par le pus; mais celui-ci, au lieu de venir des bronches, a pris naissance sur place et provient de l'inflammation des parois alvéolaires. Quant à la bronchite, elle atteint le parenchyme alvéolaire, soit par continuité, soit à distance; mais dans tous les cas les altérations du parenchyme pulmonaire, quelle que soit la forme qu'elles revêtent, sont de nature phlegmoneuse. M. Joffroy étudie chacune des formes que peut revêtir la broncho-pneumonie; pour lui la splénisation est une pneumonie épithéliale; le centre du nodule est d'emblée le siège d'une inflammation phlegmoneuse. « Les noyaux de broncho-pneumonie et les foyers de splénisation constituent deux lésions différentes, généralement associées, marchant souvent parallèlement, toutes deux de nature inflammatoire, l'une dépendant d'une inflammation phlegmoneuse, l'autre d'une inflammation épithéliale. Chacune de ces lésions est liée à un mode pathogénique différent. Enfin la splénisation peut facilement persister et passer à l'état chronique et alors, comme dans toute cirrhose épithéliale, la prolifération du tissu conjonctif prend la première place. »

Telles sont les parties les plus essentielles de la thèse de M. Joffroy, une des meilleures sans aucun doute qui aient été présentées au dernier concours; nous ne pouvons que donner une idée bien relative d'un travail volumineux qui représente lui-même, indépendamment d'un travail personnel, une compilation très complète de tous les mémoires publiés sur cette question aussi bien en France qu'à l'étranger.

De la chlorose, par M. le docteur Robert Moriez, chef de clinique à Montpellier. 1 vol. in-8 de 164 pages avec figures et tableaux. Thèse d'agrégation. — Paris, 1880, G. Masson.

« Nous nous proposons, dit M. Moriez, de faire ressortir la puissante individualité de la chlorose, attestée par son étiologie, ses lésions, ses symptômes et son traitement, et de démontrer que, dégagée des états morbides avec lesquels elle a été trop longtemps confondue, la chlorose n'est pas une maladie banale, mais une affection *totius substantiæ*, spécifique. » Les deux parties les plus intéressantes de cette thèse sont celles qui ont rapport à l'anatomie pathologique et à la physiologie pathologique. Les diverses théories émises sur la chlorose peuvent être ainsi résumées : la chlorose dérive d'un trouble de la menstruation, elle est une cachexie, elle est une affection nerveuse, elle est une maladie tantôt inflammatoire, tantôt organique, et enfin elle est une maladie d'évolution. Pour M. Moriez la nature de la chlorose ne saurait être douteuse. De par l'anatomie pathologique, l'étiologie et la symptomatologie, la chlorose est une anémie névropathique : elle est une anémie essentielle et elle est une névrose. Souvent à l'occasion de la puberté elle est, en outre, une maladie de développement, liée à l'évolution des organes de la génération. Il ne s'agit donc plus de considérer la chlorose comme un simple symptôme, mais comme un ensemble de symptômes unis par un lien commun qui en fait une affection spéciale.

La composition chimique du sang dans la chlorose, le nombre des globules rouges contenus dans un volume déterminé de sang, la valeur physiologique de ces globules sont autant de questions sur lesquelles on n'est pas encore fixé; aussi M. Moriez se contente-t-il de résumer les travaux de Hoppe-Seyler, Bouchard, Quinquaud, Hayem et Malassez; la *Gazette* a eu assez souvent l'occasion de les analyser pour qu'il soit inutile de les retracer de nouveau. On trouvera, du reste, dans la thèse de M. Moriez un résumé très complet et très clair de toute cette question, ainsi que des indications thérapeutiques qui en dérivent.

Des températures basses centrales, par M. le docteur Victor Hutinel, médecin des hôpitaux. I vol. in-8 de 244 pages. Thèse d'agrégation. — Paris, 1880, A. Delahaye et Lecrosnier.

Que doit-on entendre sous la dénomination de températures centrales? Les trois termes dans lesquels se résume le problème de la chaleur animale sont la production, la déperdition et la régulation du calorique : car si la production et les pertes varient d'un instant à l'autre, la température change cependant peu, grâce à l'influence régularisatrice des centres nerveux, on doit donc entendre sous le nom de température basse celle qui est inférieure à la moyenne normale, moyenne non encore définitivement fixée, puisqu'on la fait varier selon les auteurs de 36°,8 à 38 degrés. M. Hutinel pense qu'il ne faut pas assigner à la moyenne normale un chiffre précis; ainsi pour Wunderlich la température normale varie entre 36°,6 et 37°5; pour M. Hutinel la température rectale ne doit guère baisser au-dessous de 37 degrés.

M. Hutinel divise son sujet en trois parties : les températures basses en dehors des états morbides; les températures basses dans les états morbides, et enfin les températures basses dans les intoxications. Dans le premier groupe, en dehors des états morbides, les deux grandes causes de déchéance sont l'inanition et l'action du froid extérieur, qui détermine un abaissement de température proportionnel à la durée et à l'intensité de l'action du froid. Citons à ce propos une expérience de Leube, qui, expérimentant sur des prisonniers français malades, trouva humain et intéressant de les placer sur des coussins remplis d'un mélange de glace pilée et de sel marin présentant une température de — 10 degrés. La chaleur centrale baissait de 1 à 2 degrés chez ces pauvres victimes; la dépression était plus forte dans l'aisselle que dans le rectum. Deux des malades sur dix contractèrent des pneumonies, deux autres eurent le typhus.

Les dépressions thermiques qu'on observe dans les états morbides sont le plus souvent de causes complexes.

Passant en revue les affections des divers organes, M. Hutinel note que les affections du tube digestif ne donnent pas très souvent lieu à des abaissements notables de la chaleur rectale : il y a cependant quelques exceptions dues principalement à l'inanition et à des déperditions exagérées. Dans les affections des voies respiratoires, au contraire, la température monte toujours et parfois à un degré très élevé, degré variable selon la gravité du catarrhe et la résistance du sujet (bronchites, grippe, pneumonies, etc.); mais, cependant, dans le cours même d'une inflammation pulmonaire, on peut observer parfois une véritable chute de la température, chute extrêmemant rapide et passagère, pouvant amener des variations de 1°,5 à 4 et 5 degrés (Wunderlich) et atteindre la température du collapsus. Les affections cardiaques présentent aussi des variations thermométriques variables; mais, comme le dit M. Charcot, un alanguissement de la circulation porté à un haut degré est une circonstance très défavorable à l'accomplissement des actes chimiques qui entretiennent la chaleur du corps. Parmi les lésions qui atteignent le cœur, les unes ont un effet rapide; d'autres, au contraire, produisent lentement leurs résultats fâcheux ; mais entre ces deux extrêmes dont la rupture du cœur et les affections valvulaires sont les types, il existe des intermédiaires nombreux. Or, qu'ils soient tardifs ou immédiats, les désordres produits par ces lésions aboutissent assez souvent à l'abaissement de la température.

M. Hutinel consacre un chapitre intéressant aux températures basses dans les affections rénales et dans les affections du foie : *A priori*, dit-il, quant on songe à l'importance de la glande hépatique, où la bile est sécrétée, où la matière glycogène se forme en abondance, où le sang subit des modifications importantes, où l'on a placé la source de l'urée, il est naturel de croire que les lésions de cet organe doivent entraver profondément la nutrition et peut-être retentir sur la calorification.

Dr Joseph Michel.

Index bibliographique.

Des méthodes, des procédés, des appareils et des instruments employés pour pratiquer l'embryotomie, par le docteur Pierre Thomas, ex-interne provisoire des hôpitaux. — In-8 de 136 pages. Paris, 1879, A. Delahaye.

Dans cet ouvrage l'auteur donne une description très complète des nombreux procédés qui ont été proposés jusqu'à ce jour. Après avoir analysé tous ces procédés, il propose les règles suivantes pour la pratique de l'embryotomie :

La ficelle-scie est le meilleur moyen de section du cou ou du tronc du fœtus : c'est un moyen simple, elle coupe rapidement et sans se rompre les os et les parties molles du fœtus.

Le crochet de Braün modifié est l'instrument le plus simple et en même temps le plus sûr pour conduire la ficelle-scie autour du cou du fœtus. Si le cou est inaccessible au crochet de Braün et que l'on soit obligé d'agir sur le tronc, l'embryotome de M. Tarnier ou celui de M. Thomas sont les moyens les plus rapides et les moins dangereux pour faire la section du tronc dans toute son épaisseur. On les appliquera avec douceur et sans aucune violence. Si l'épaule est un obstacle pour l'introduction de la branche antérieure, on la désarticulera.

Lorsqu'il sera impossible de placer un de ces embryotomes autour du tronc du fœtus, on sera obligé d'employer les ciseaux de P. Dubois pour sectionner le tronc, ou bien on recourra à l'un des procédés ayant pour but et pour résultat définitif la version ou l'évolution forcées.

M. Thomas donne, en outre, dans son travail, la description de deux appareils nouveaux dont il est l'inventeur et qui facilitent d'une manière notable la pratique de l'embryotomie.

De la vaginite aigue ou chronique, par le docteur Emile Montagard. — In-8 de 70 pages. A. Delahaye.

L'auteur étudie dans cette excellente monographie les causes de la vaginite, et arrive à formuler dans les propositions suivantes les règles qui président au développement de cette affection.

Il n'existe pas de virus blennorrhagique capable d'engendrer une vaginite virulente.

L'existence de ce virus ne ressort d'aucun fait. Il n'est pas nécessaire d'en invoquer l'existence pour expliquer les différents phénomènes de la maladie.

La vaginite se compose d'un ensemble de lésions et de symptômes qui tous peuvent être rattachés à une phlegmasie simple, et elle n'en présente aucun qui ne rentre dans l'ordre habituel des phénomènes propres à une phlegmasie.

Il est des vaginites qui se produisent sous l'influence d'excitations simples ou d'agents irritants d'ordres divers.

Il est des vaginites qui résultent d'une contagion, mais qui ne se différencient nullement des premières, soit par une seule lésion, soit par un seul symptôme. Si la contagion prend souvent part à la genèse de la vaginite, souvent, plus souvent à notre avis, elle n'y joue aucun rôle. La cause principale de la vaginite, comme de toutes les affections blennorrhagiques, c'est l'excès vénérien plus encore que la contagion. Il existe une vaginite liée à la grossesse survenant par le fait seul de la gestation et que l'accouchement suffit à faire disparaître.

La vaginite de grossesse ne se distingue en rien de toute autre vaginite, excepté par son mode de guérison, pour ainsi dire spontané, au moment de l'accouchement.

La vaginite est quelquefois sous l'influence du vice dartreux; ce qui le prouve, c'est qu'elle résiste à tous les traitements ordinaires et cède facilement à celui de la diathèse qui lui a donné naissance.

Nous recommandons particulièrement le travail de M. Montagard aux praticiens qui s'occupent spécialement des affections des voies génitales de la femme; ils y trouveront d'excellentes indications sur l'étiologie et le traitement de la vaginite chronique, si souvent rebelle à la thérapeutique ordinaire de ces affections.

De l'occlusion de l'utérus et de l'hystérotomie vaginale, par le docteur Louis Pirou, in-8° de 100 pages. — Liège, Vaillant-Carmanne.

L'oblitération complète du col utérin est un accident pathologique tellement rare que Jouliu a pu dire, dans son traité d'accouchements (Paris, 1867, p. 850), « que les observations qui en ont été publiées ont été accueillies avec une certaine méfiance et que les auteurs classiques, tout en admettant leur possibilité, n'osaient point trop se prononcer sur leur valeur ».

Il est cependant hors de doute aujourd'hui que cette lésion peut exister : des exemples bien constatés en ont été rapportés par les auteurs les plus dignes de foi, parmi lesquels on doit citer en première ligne M. Depaul, qui a fait paraître en 1860 un mémoire complet sur l'oblitération du col de l'utérus chez la femme enceinte.

Ayant lui-même observé dans sa pratique obstétricale un cas d'occlusion complète de la matrice, il a été amené à faire une étude spéciale de cette lésion insolite, de cette cause inusitée de dystocie, qui est bien de nature à embarrasser le praticien lorsqu'il la rencontre pour la première fois. En effet, nos traités d'obstétrique insistent peu sur cet accident qui réclame pourtant une sérieuse attention et, en général, une prompte intervention, et les rares monographies qui s'en sont occupées sont éparses dans les annales de la science et inconnues de la plupart des praticiens.

L'occlusion de l'utérus tantôt dépend d'un vice de conformation de l'organe et les enfants l'apportent en venant au monde, tantôt elle est le résultat d'autres maladies, inflammations, ulcérations, altérations organiques, etc.

Dans le premier cas, elle est dite congénitale, et, dans le second, accidentelle ou acquise. On devrait peut-être donner à l'occlusion du premier genre le nom d'imperforation et réserver à celle du second genre celui d'oblitération proprement dite.

L'auteur décrit d'abord l'occlusion utérine congénitale, puis il traite de l'occlusion accidentelle ou acquise, en envisageant cette lésion non seulement au point de vue de l'accouchement, mais aussi en dehors de tout état de grossesse.

En somme, le mémoire de M. Pirou constitue une excellente monographie qui sera très utilement consultée par le praticien qui aurait à traiter un cas d'occlusion utérine.

Étude sur les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde et spécialement sur les plus rares d'entre elles, par le docteur Guillermet, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8° de 84 pages. — Paris, 1879. V.-A. Delahaye et Cᵉ, et E. Lecrosnier.

D'après l'auteur, les symptômes de la fièvre typhoïde peuvent être ramenés à deux mécanismes : lésions congestives, lésions destructives. C'est aux premières qu'il faut rattacher les complications pulmonaires.

Le poumon est toujours congestionné dans la fièvre typhoïde. Ces congestions pulmonaires ont au début des caractères de mobilité qui permettent de les déplacer ; de là l'utilité des révulsifs cutanés. Plus tard, la congestion pulmonaire n'est plus causée par un mouvement fluxionnaire, mais par stase. L'état de dégénération du cœur est la cause la plus fréquente de cette stase. La stase sanguine amène la splénisation, l'œdème quelquefois aigu et l'infiltration sanguine du poumon. La splénisation s'accompagne de catarrhe bronchique, auquel on peut attribuer l'emphysème observé quelquefois. Le poumon s'enflamme quelquefois; mais cette inflammation est rarement franche : elle prend le type de la pneumonie lobulaire, lobaire ou interstitielle.

La pneumonie véritable est rare dans la fièvre typhoïde. Le plus souvent il s'agit de fausses pneumonies. Si l'on observe une pneumonie vraie avec hépatisation, c'est après le quatorzième jour de la maladie et dans la convalescence. La tuberculose s'observe assez fréquemment à la suite de la fièvre typhoïde. Les complications les plus rares de la fièvre typhoïde sont la pneumonie primitive, la pleurésie, l'hémoptysie sans tubercules, le pneumothorax, les infarctus et les gangrènes pulmonaires.

La pneumonie primitive, dans la fièvre typhoïde, est une affection rare, et il est souvent difficile de démontrer l'antériorité de la fièvre typhoïde.

Nous avons cru devoir résumer dans ces quelques lignes la substance de cet excellent mémoire, qui est écrit avec un grand sens clinique et qui fait le plus grand honneur à son auteur.

Étude sur la région périnéale de l'homme, par le docteur de Chacon. — In-8° de 87 pages. Paris, imprimerie Lahure.

Après avoir étudié et décrit avec soin chacune des parties qui composent le plancher périnéal, l'auteur s'est attaché à en tirer des déductions importantes au point de vue clinique.

C'est surtout au point de vue de la taille uréthrale qu'il a cherché à utiliser cette étude anatomique, et ses principales déductions sont les suivantes :

Que dans tous les procédés opératoires il faut, pour arriver jusqu'à la portion membraneuse de l'urèthre, diviser successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, un premier plan fibreux, une couche musculaire, un second plan fibreux, et enfin une seconde couche musculaire ;

Que pour ne pas blesser l'artère superficielle du périnée, l'incision de la peau et de la couche sous-cutanée doit se terminer au milieu de l'espace compris entre l'anus et l'ischion ;

Que pour éviter le bulbe et l'artère transverse profonde, l'incision doit porter au niveau ou en arrière de l'entre-croisement des muscles superficiels ;

Que chez les vieillards, on devra modifier le point de départ des incisions à cause de la diminution que subissent à cet âge les espaces bulbo-anal et bulbo-rectal, par suite du développement de l'extrémité postérieure du bulbe.

Dans une autre partie de son mémoire, M. Chacon, l'auteur, étudie avec soin les marches des infiltrations urineuses et la propagation des collections purulentes. Il arrive également sur ce point à des déductions d'une grande valeur clinique et que nous signalons tout particulièrement à l'attention des praticiens.

VARIÉTÉS

Congrès international d'hygiène de Turin en 1880.

Le programme du Congrès international d'hygiène de Turin est ainsi fixé :

Lundi 6 septembre. — Séance solennelle d'ouverture, en présence de S. M. le roi Humbert Iᵉʳ. — Discours de M. le sénateur Ferraris, syndic de la ville. — Discours de M. le docteur Fauvel, président du Comité français. — Discours de M. le docteur baron Maydell (de Saint-Pétersbourg). — Discours de M. le docteur Finkelnburg (de Berlin). — Discours de M. J. G. Jäger (d'Amsterdam). — Discours de M. le docteur J. Félix (de Bucharest). — Discours de plusieurs autres délégués au nom de leurs nations.

Rapport du Comité d'organisation : Election du bureau. — Election d'une Commission pour examiner les sujets de discussion présentés *extra ordinem* (art. XIV du règlement). — Election d'une Commission chargée de formuler les conditions du concours pour le prix de 2500 francs accordé par le Conseil de la province pour être décerné en 1882 à l'auteur *d'un livre utile à l'hygiène des populations des campagnes.*

A l'issue de la séance, constitution des bureaux des sections et préparation des travaux.

Mardi 7, *Jeudi* 9, *Vendredi* 10 et *Samedi* 11. — Séances des sections le matin ; assemblées générales dans l'après-midi.

Mercredi 8. — Excursion.

Jeudi 9. — Assemblée de l'Association internationale pour l'eau potable. Conférence de M. J. G. Jäger.

Samedi 11. — Séance de clôture.

Dimanche 12. — Excursion à Milan pour assister à une expérience de crémation.

Le Congrès tiendra ses séances générales au palais Carignan; les séances des sections auront lieu à l'Université. L'exposition nationale des beaux-arts de Turin restera spécialement ouverte pendant la durée du Congrès.

En arrivant à Turin, les membres du Congrès sont priés de se rendre au palais municipal (Palozza di Citta), afin de recevoir un *guide* préparé par l'administration et de recevoir toutes les indications nécessaires. Des billets circulaires de chemin de fer à prix très réduits entre la France, l'Allemagne et l'Italie seront très probablement mis à la disposition des membres du Congrès par les soins du comité de Turin. Une réduction de 30 pour 100 est dès à présent accordée sur tous les chemins de fer et les bateaux à vapeur italiens. On est prié d'apporter des modèles, plans, appareils, instruments et livres se rapportant à l'hygiène. Les correspondants des journaux, dès qu'ils se seront fait connaître au

Comité d'organisation jouiront de toutes les prérogatives accordées aux membres du Congrès. Les cartes et le programme seront d'ici à quelques jours adressés à tous les membres adhérents. Pour plus amples renseignements s'adresser à M. le professeur Pacchiotti, sénateur, 25, via San Francesco di Paola, à Turin.

Hygiène publique. — Sur le rapport de MM. Pasteur et Léon Colin, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité vient d'adopter les conclusions suivantes :

A. — Créer sur deux points opposés de la capitale des étuves de désinfection, chauffées par la vapeur d'eau et munies de régulateurs qui en limitent la température inférieure à 100 degrés au-dessus de zéro. Restreindre absolument l'emploi de ces étuves à la désinfection des effets contaminés par les affections contagieuses, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, fièvre puerpérale, diphthérie, choléra, etc.

B. — Déterminer par un règlement spécial : 1° la composition, les devoirs et les droits du personnel chargé du fonctionnement et de la surveillance ; 2° les groupes de la population auxquels les établissements s'ouvriraient gratuitement ; 3° le mode de rétribution des familles qui n'en bénéficieraient qu'à titre onéreux.

C. — Examiner s'il ne conviendrait pas, pour vulgariser plus facilement l'usage de ce système de désinfection, d'affecter spécialement l'un de ces établissements à la population payante, en réservant exclusivement l'autre aux classes qui en auraient la jouissance gratuite.

Concours d'agrégation. — Sont institués agrégés des Facultés de médecine (section des sciences anatomiques et physiologiques et des sciences physiques) pour en exercer les fonctions du 1er novembre 1880 au 1er novembre 1889, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Arloing (Saturnin), Carles (Pierre-Paulin), Chapuis (Jean-Adolphe-Achille-Abraham), Garnier (Léon), Hanriot (Adrien-Armand-Maurice), Remy (Charles-Auguste), Testu (Jean-Léo), Viault (François-Gilbert).

Chefs de clinique. — Le concours pour les places de chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

Clinique médicale : Chefs de clinique, MM. les docteurs Cuffer et de Beurmann; chefs de clinique adjoints, MM. les docteurs Brissaud et Clauzel de Boyer.

Clinique des maladies des enfants : Chef de clinique, M. le docteur Cossy; chef de clinique adjoint, M. le docteur Decaisne.

Clinique des affections cutanées et syphilitiques : Chef de clinique, M. le docteur Barthelemy; chef de clinique adjoint, M. Dreyfous.

Clinique d'accouchements : Chef de clinique, M. le docteur Ribemont; chef de clinique adjoint, M. le docteur Porak.

Clinique d'ophthalmologie : Chef de clinique, M. le docteur Bellouard; chef de clinique adjoint, M. le docteur Bacchi.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1881, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 12 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 6 septembre jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'internat et la nomination des internes aura lieu le lundi 11 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves externes de deuxième et troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 4 septembre jusqu'au samedi 25 septembre inclusivement

Faculté de médecine de Lyon. — M. Gangolphe est nommé troisième prosecteur d'anatomie, pour une période de deux ans, en remplacement de M. Mondon, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Davezac, docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Nusse, démissionnaire. M. Dubreuilh, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef de clinique adjoint (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Sabatier, agrégé libre de la Faculté, est rappelé à l'exercice jusqu'au 1er novembre 1880. Il est, en outre, chargé d'un cours complémentaire d'histoire naturelle médicale à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — M. Looten, chef de clinique médicale, est chargé, en outre, pour un an, de conférences sur les maladies des enfants, en remplacement de M. Castiaux.

École de médecine d'Amiens. — M. Debionne (Jules-Louis), pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie et toxicologie, pharmacie et matière médicale, hygiène et thérapeutique et histoire naturelle pour une période de neuf années. M. Debionne est nommé, en outre, chef des travaux chimiques à ladite École pour une période de six années.

École de médecine de Besançon. — M. Tailleur, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle pour une période de neuf années.

École de médecine de Tours. — M. Grandin, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de chimie et d'histoire naturelle pour une période de neuf ans.

Ministère de la guerre. — *Concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.* — Un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira : à Paris, le 17 août 1880 ; à Lille, le 23 du même mois ; à Nancy, le 26 du même mois; à Lyon, le 31 du même mois; à Marseille, le 4 septembre; à Montpellier, le 9 du même mois ; à Toulouse, le 13 du même mois ; à Bordeaux, le 17 du même mois; à Nantes, le 21 du même mois; à Rennes, le 24 du même mois.

Concours. — Le lundi 6 décembre 1880, un concours sera ouvert à la Faculté de médecine de Lyon pour la nomination de trois élèves internes appelés à faire le service de médecine de l'asile de Bron.

Hospice de la Reconnaissance. — Le concours pour la nomination à la place vacante de médecin de l'hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin), à Garches (Seine-et-Oise), s'est terminé le 20 juillet 1880 par la présentation de M. Gilles, interne de quatrième année des hôpitaux de Paris, qui devra, selon les termes du règlement, obtenir le titre de docteur en médecine avant de pouvoir entrer en fonctions.

Légion d'honneur. — M. Bayol (Jean-Marie), médecin de 1re classe de la marine. Services exceptionnels rendus au Sénégal, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nécrologie. — M. Sarraméa, docteur en médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, est décédé dans cette ville le 1er juillet. M. Sarraméa était né en 1813, à Ambarès (Gironde) MM. les docteurs Douaud, Vergely et Demons ont prononcé des discours sur sa tombe.

Maladies des yeux. — Lors des derniers conseils de révision qui ont eu lieu au Palais de l'Industrie, on a été frappé du nombre considérable des maladies d'yeux pour le XIIIe arrondissement de Paris, classe de 1879.

Sur 655 jeunes gens inscrits du XIIIe arrondissement, 87 ont été exemptés, dont 30 pour maladies d'yeux, ainsi réparties : rétinite, 2; taies des cornées, 13; hypermétropie, 5; strabisme, 2; cataracte, 2; myopie, 3; perte de l'œil, 3. En outre, on a compté 6 scrofuleux.

Les années précédentes on n'avait compté — pour affections de

la vue (XIII° arrondissement) — que : 6 exemptions en 1878 sur 546 jeunes gens inscrits; 10 exemptions en 1877, sur 530 jeunes gens; 6 exemptions en 1876, sur 534 jeunes gens; 7 exemptions en 1875, sur 460 jeunes gens; 7 exemptions en 1874, sur 475 jeunes gens; 10 exemptions en 1873, sur 451 jeunes gens; 7 exemptions en 1872, sur 453 jeunes gens; 2 exemptions en 1871, sur 499 jeunes gens; 8 exemptions en 1870, sur 480 jeunes gens; et 9 exemptions en 1869, sur 426 jeunes gens.

On s'est demandé ce qui a pu provoquer un pareil excédant sur les dix années précédentes, et d'où provient cette aggravation pour le XIII° arrondissement. Est-ce l'insalubrité du quartier à l'époque de la naissance des enfants qui a influé sur leur organisme? C'est peu probable, vu la statistique des années précédentes.

Aujourd'hui, du reste, le XIII° arrondissement est percé de larges avenues : l'avenue des Gobelins et l'avenue d'Italie, les boulevards Arago, Saint-Marcel, de la Gare, d'Italie et de l'Hôpital; il est aussi bien aéré que n'importe quel quartier de Paris.

Nous signalons le cas du XIII° arrondissement aux études et aux recherches de nos savants spécialistes.

Mortalité a Paris (30° semaine, du vendredi 23 au jeudi 29 juillet 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1101, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. Variole, 50. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 14. — Coqueluche, 12. — Diphthérie et croup, 52. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 152. — Autres tuberculoses, 50 — Autres affections générales, 122. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 40. — Diarrhée infantile et athrepsie, 228 — Autres maladies locales : aiguës, 75; chroniques, 134; douteuses, 48. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 30. — Causes inconnues, 1.

Bilan de la 29° semaine. — La forte mortalité que nous constations la semaine dernière se maintient entre 1101 décès que nous avons cette semaine et 1130 que nous avons eus la semaine dernière; la différence est trop faible pour que nous ayons à en tenir compte.

Si nous analysons les deux chiffres suivant l'âge des décédés, nous arrivons à un résultat plus digne d'intérêt : c'est que généralement la mortalité s'est accentuée aux mêmes âges que pendant la semaine précédente.

Dans notre dernier bulletin, nous constations que la mortalité des enfants s'était surtout accrue. Cette semaine elle continue à augmenter encore : 281 enfants de 0 à 1 an sont morts cette semaine, tandis que l'avant-dernière semaine n'en comptait que 184. La mortalité des adultes, quoique toujours élevée, a plutôt diminué depuis la semaine dernière. Quant aux vieillards, l'augmentation, d'ailleurs insignifiante, que leur mortalité présentait la semaine dernière, s'est modifiée dans un sens favorable. Elle est aujourd'hui à son minimum, puisque nous n'avons enregistré que 152 décès de vieillards au-dessus de soixante ans, au lieu de 200 environ qui se produisaient chaque semaine pendant le mois de juin, et au lieu de 350 et 400, chiffres habituels pendant les mois de l'hiver.

Ces variations sont conformes aux lois générales de la statistique humaine, d'après lesquelles l'été est funeste aux jeunes enfants et, au contraire, très favorable aux vieillards, quoique, d'après des recherches datant déjà de quelques années, les influences saisonnières soient moins accentuées à Paris que dans la France en général; on voit pourtant qu'elles ont une grande importance dans notre ville, surtout quand on les analyse semaine par semaine et lorsque l'on a affaire à des années présentant, comme celle que nous traversons, des températures extrêmes.

L'athrepsie (diarrhée infantile) est toujours la cause principale de la mortalité des enfants du premier âge. Le chiffre déjà si élevé de 188, qui était celui de la semaine dernière, s'est encore élevé : il est de 228 cette semaine. Les autres maladies de la première enfance ont plutôt tendance à diminuer.

Mais plusieurs maladies épidémiques et notamment le croup (qui a fait 52 victimes, chiffre supérieur à la moyenne qui est de 30 environ) et la fièvre typhoïde contribuent à grossir la mortalité des autres âges; la scarlatine, dont nous avons déjà constaté les méfaits, reste stationnaire. Enfin, on exagère quelquefois trop la décroissance de l'épidémie de variole. Elle a fait cette semaine encore 50 victimes, chiffre un peu moindre, sans doute, que ceux de cet hiver, mais qui paraîtra bien élevé cependant. si on songe qu'en temps ordinaire la ville de Paris n'en présente ordinairement que 4 en moyenne.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay, avec figures dans le texte. Tome VI°, fascicule 2 : Maladies de l'abdomen (fin). Maladies du bassin. Maladies de l'anus et du rectum. Paris, G. Masson. 4 fr.

Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et les animaux sauvages avec lesquels ils peuvent être en contact, par M. P. Mégnin, lauréat de l'Institut. *Insectes, Arachnides, Crustacés.* 1 vol. in-8, avec un atlas de 26 planches lithographiées. Paris, G. Masson. 20 fr.

Études médicales sur Barèges, par le docteur Armieux. 2° édit. revue et augmentée, 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 7 fr. 50

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. Thèse présentée au concours pour l'agrégation et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur André Boursier. 1 vol. gr. in-8. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme, par M. le docteur C. Smith. Tome Ier. Anatomie, urologie, affections de l'urèthre. 1 vol. in-8 avec 49 figures intercalées dans le texte. Paris, V. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.

Du passage de quelques médicaments dans les urines, modifications qu'ils y apportent, transformations qu'ils subissent dans l'organisme, par M. le docteur Bruneau. 1 vol. in-8. Paris, V. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur E. Delefosse, et recueillie par M. E. Piogey. 1 vol. in-8 de 111 pages et 10 fig. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

De l'hydrorrhée pendant la grossesse, par le docteur Strapfer. 1 vol. in-8 de 104 pages. Paris, H. Lauwereyns. 3 fr.

Botanique cryptogamique pharmaco-médicale, programme raisonné d'un cours professé à l'École supérieure de pharmacie de Paris, par M. Léon Marchand. Premier fascicule : Introduction à l'étude des cryptogames. 1 vol. grand in-8, avec 30 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane. Application des découvertes de M. Pasteur à la pathologie des pays chauds, par M. le docteur F. Burot. 1 vol. in-8 de 535 pages, avec tableaux, tracés et planches lithographiées dont une en couleur Paris, O. Doin. 10 fr.

Essai critique sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, par M. le docteur Roger (du Havre). In-8. Paris, O. Doin. 75 c.

Du traitement de la diphthérite par les applications locales de bromure de potassium pur, par M. le docteur H. Peyraud (de Libourne). 1 vol. in-8. Paris, O. Doin. 2 fr.

De la mort par infection purulente dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur Gandy. 1 vol. in-8 de 60 pages. Paris. O. Doin. 2 fr.

Étude bibliographique et clinique du nitrite d'amyle, par M. le docteur Ozil. 1 vol. grand in-8 de 160 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

De l'érysipèle chez les varioleux, par M. le docteur Cavaré. In-8 de 63 pages, avec tracés. Paris, O. Doin. 3 fr.

Les systèmes d'évacuation des eaux et immondices d'une ville, par M. le docteur Van Overbeck de Meyer. In-8 de 100 p. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Échelles portatives des caractères et des couleurs pour mesurer l'acuité visuelle, par M. le docteur Galezowski. In-8 oblong, avec 34 planches. Paris. J. B. Baillière et fils. 2 f. 50

La syphilis, son histoire et son traitement (méthode anglaise), par M. le docteur James Tartenson. 1 vol. in-8 de 238 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

De l'infection purulente ou pyohémie, par M. le docteur Maurice Jeannel. Ouvrage couronné par la Société de chirurgie (prix Gerdy). 1 vol. in-8 de 550 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 7 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 12 août 1880.

LA RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE CRIMINELLE

Deux circonstances récentes ont ramené l'opinion publique sur une des plus redoutables questions qui puissent se poser devant la science et devant la société : celle de la responsabilité criminelle. D'un côté, la presse s'est émue de l'acquittement et des grâces accordés dans ces derniers temps à des assassins, à des empoisonneurs, que la nature de leurs forfaits semblait parfois ranger parmi les pires de leur espèce. De l'autre, un nouvel élu de l'Académie française choisissait l'occasion d'une séance solennelle et d'un rapport sur les prix de vertu, pour signaler les défaillances de la justice et accabler de ses sarcasmes la sensiblerie des jurés, des avocats et des médecins.

Nous lisons dans le *Journal des Débats :* « La prétention de mesurer le degré de responsabilité et de libre arbitre des *déments* de toute sorte..... est dangereuse, et doit aboutir à l'impunité d'une bonne moitié des criminels. L'article 64 du Code pénal dit qu' « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu est en état de démence au temps de l'action » ; mais il s'agit ici d'un cas extrêmement rare, de celui où le prévenu est dans un état de démence évident, état qui entraîne l'inconscience absolue, et par suite le défaut de raisonnement et d'intention. C'est méconnaître à la fois le texte et l'esprit de la loi que d'acquitter, comme nous le voyons faire trop souvent par certains jurys, sur les témoignages ordinairement peu concordants de médecins prétendus psychologues, des criminels qui sont loin d'avoir perdu la raison. Dans la voie où les tribunaux et les jurés à leur suite se sont engagés, on peut aller fort loin; le champ de l'irresponsabilité peut s'agrandir indéfiniment; à la folie caractérisée et constante on veut ajouter la folie partielle et passagère, la monomanie, l'épilepsie, l'hystérie et une foule d'autres états compatibles avec la raison habituelle et par conséquent avec la responsabilité. Cette tendance nous semble déplorable et très propre à compromettre le salut social, autrement intéressant que l'état pathologique d'un criminel. »

Et le rapport de M. V. Sardou sur les prix de vertu contient ce qui suit : « On aimerait à se persuader que ces monstres dont les crimes nous épouvantent sont des *monstres* en effet, dans la propre acception du terme : c'est-à-dire des êtres hors nature, dont la difformité morale est tout accidentelle. Le scélérat ne serait plus qu'un fou !... Quel soulagement ! Mais aussi quelle tendance à l'absoudre et, d'entraînements en entraînements généreux, à le voir non seulement sans colère, mais presque avec attendrissement ! Voyez, sous l'influence de cette mode humanitaire qui s'est infiltrée partout dans nos mœurs et que nous subissons à notre insu, comme en toute affaire criminelle la victime est vite oubliée, le meurtrier captivant toute notre attention !... Ce malheureux est-il bien responsable?... La nature n'est-elle pas pour les trois quarts dans son forfait, et la société pour le reste ?... Auquel cas il serait à peu près innocent ! La justice inquiète interroge la science : « L'accusé a-t-il sa raison ? » La science répond : « Oui », — répond : « Non », — un peu à l'aventure; le jury s'émeut, l'avocat s'attendrit, et la rigueur de la loi cède à l'entraînement général et à la plus puissante de toutes les pressions : celle des idées régnantes.

» Passe encore si ces dangereuses théories n'avaient pour effet que de nous apitoyer mal à propos sur quelque scélérat...; mais elles ont de plus graves conséquences. De l'indulgence pour le crime, elles nous font glisser tout doucement à l'ingratitude pour la vertu... Si le criminel n'est pas bien coupable de céder à son penchant instinctif vers le mal, l'homme bienfaisant n'a pas grand mérite à suivre son élan naturel vers le bien. Et, s'il n'a pas grand mérite, on ne lui doit pas grande reconnaissance. »

Ces deux passages, en raison même de leurs sources, expriment très bien les préoccupations qui ont fini par envahir et sérieusement inquiéter le public honnnête, celui qui tient à son champ, à sa maison, à son argent et à sa peau; celui qui sert de sujet d'expériences à messieurs les criminels et qui est la victime de leurs « maladies ». Voilà pourquoi nous les avons reproduits.

Il faut se demander d'abord, comme l'a fait M. Dally dans un remarquable mémoire lu en 1879 à la *Société médico-psychologique,* ce que veut la loi pénale, quel but elle se propose en infligeant une peine à qui a violé ses prescriptions. Là-dessus, on a beaucoup discuté sans beaucoup s'entendre. Assurément la doctrine de J. Bentham, qui tire le droit de pénalité uniquement de l'utilité sociale, s'est infiltrée dans notre Code; mais, dans sa teneur, elle est repoussée, croyons-nous, par la plupart des criminalistes. Pour ceux-ci, la peine nécessaire à la préservation de la société n'en est pas moins *expiatoire.* Le mot est juste dans un sens restreint, dans le sens en quelque sorte humain. La véritable expiation d'autrefois était une réparation, et la peine était la rançon; elle effaçait la faute. De là tant d'autels expiatoires. Mais il est vrai de dire au moins que nos peines juridiques participent, quoi qu'on en ait, de la punition. Récompenser le bien, punir le mal sont deux actes corrélatifs et aussi inséparables dans la conscience sociale que dans la conscience individuelle. Le caractère de la punition, du châtiment était manifeste dans les sévices judiciaires du fanatisme religieux contre l'impiété; il l'est encore de nos jours dans les sévérités de la loi contre les atteintes à la religion

ou contre le scandale de l'attentat aux mœurs; il l'est d'ailleurs toutes les fois que les juges abaissent ou élèvent la peine, en matière de délit comme en matière de crime, en proportion du degré présumé de culpabilité; toutes les fois encore qu'ils prononcent, contre un criminel, la peine de l'amende pécuniaire, qui, à aucun titre, n'est de nature ni à offrir une réparation digne de la société, ni à prévenir la récidive de la faute.

A nos yeux donc, la loi punit, et la peine, en son sens juridique, ne dément pas son sens grammatical. Mais, hâtons-nous de le reconnaître, la loi n'enferme pas sa pensée dans cette sphère de l'idéal et de l'absolu; elle ne se substitue pas à la divinité; elle ne *venge* pas les injures faites à son nom; elle n'a pas besoin d'être *apaisée*. Non, elle a un but plus pratique et, répétant dans ses dispositions celles même de la nature humaine, elle s'applique à satisfaire tout à la fois et le besoin de la justice et le besoin de la sécurité matérielle de l'individu. En d'autres termes, elle a en vue quand elle punit : premièrement de rassurer la société en lui faisant sentir que quelqu'un veille sur ses intérêts; secondement de placer sous les yeux de tous l'exemple des châtiments auxquels s'exposent ceux qui causent à la communauté sociale un préjudice quelconque; troisièmement enfin, dans certains cas graves, de mettre les malfaiteurs hors d'état de recommencer. Or, c'est seulement en se pénétrant bien de ce triple but de la loi qu'on peut arriver à faire la part des nécessités particulières et diverses que peut rencontrer le juge dans l'exercice de son ministère, et à faire une appréciation saine de la question qui nous occupe. Si la loi gradue à la fois le crime et la peine, si elle admet des circonstances aggravantes et des circonstances atténuantes, il est certain qu'une de ces circonstances les plus légitimes, les plus conformes à la morale universelle, est celle qui se tire de l'état mental de l'acusé, de sa responsabilité ou de son irresponsabilité, totales ou partielles. Nous ajoutons partielles, en dépit de cet article 64 du Code pénal qui limite l'irresponsabilité au cas de *démence*, parce que (et on l'a trop oublié) ce n'est pas au nom de cet article, mais au nom de la disposition générale relative à la nature des *circonstances*, — circonstances non définies et laissées à l'appréciation du jury, — qu'on tient compte des désordres mentaux qui ne vont pas jusqu'à l'inconscience. Il reste seulement à examiner si l'on ne donne pas quelquefois à ces éléments de la cause une importance abusive. D'un autre côté, et ceci rentre dans l'observation précédente, il importe de ne jamais perdre de vue la nécessité supérieure d'entretenir, par l'exemple d'une sévérité salutaire, dans la communauté sociale la confiance en la protection de la justice, et dans les cœurs pervers la crainte du châtiment. Ce n'est pas nous qui rendons le problème complexe, qui mettons en présence des intérêts différents et, à certains égards, contraires : c'est la loi elle-même et c'est la nature des choses. Et voilà pourquoi, tant que la législation sera ce qu'elle est, le mal dont on se plaint ne pourra être entièrement évité.

Maintenant, que veulent l'écrivain anonyme du *Journal des Débats* et l'orateur de l'Académie française?

Véritablement ces messieurs en prennent à leur aise. Il semble, à les entendre, que l'aliénation se reconnaît à première vue. Les personnes étrangères à la médecine se font généralement une idée très fausse de l'aliéné, et ce sont les formes les plus dangereuses de l'aliénation qu'ils méconnaissent particulièrement. Un homme dont la figure est calme, la tenue correcte, les réponses précises, qui soutient avec aisance une conversation sérieuse, qui évite même avec adresse de tomber dans les pièges qui lui sont tendus par son interlocuteur, ne passera jamais auprès d'une personne étrangère à l'art pour un aliéné. Certaines formes de délire partiel ne se découvrent qu'à un observateur exercé.

L'alcoolisme et l'épilepsie sont particulièrement, pour le médecin aliéniste, une source féconde en difficultés de toute nature. L'homme qui, sous l'influence de l'alcoolisme, se sera livré aux violences les plus condamnables, au meurtre même, deviendra quelques jours après absolument inoffensif, et manifestera les regrets les plus sincères des actes qu'il aura commis et qu'il renouvellerait sous l'influence de la même excitation. Encore ici peut-on invoquer cette opinion que l'alcoolique est doublement coupable en s'abandonnant à une passion qui peut le conduire au crime, et qu'il ne mérite par conséquent aucune indulgence.

Mais il en est tout autrement de l'épilepsie. Ici, la responsabilité est absolument nulle. L'homme placé sous l'influence d'une crise épileptique ne s'appartient plus, et nous ne parlons pas seulement de l'épilepsie à grand tableau, caractérisée par l'attaque avec perte de connaissance, spasmes toniques, etc., mais de ces formes beaucoup plus effacées qu'on désigne sous le nom de vertige, de petit mal, d'épilepsie larvée. Les attaques peuvent être très éloignées. Dans leur intervalle le malade ne diffère en rien d'un homme en état de parfaite santé. C'est quelquefois un homme distingué par son esprit, un artiste, un savant. Or, cet homme, sous l'influence du mal qu'il ignore, que personne ne connaît autour de lui, peut commettre, sans que rien l'y ait préparé, quelque crime absurde, monstrueux, révoltant. Il a obéi à une impulsion subite, irrésistible. Plus tard, quand il est mis en demeure de fournir quelque explication, il reste muet, incapable d'alléguer le moindre motif, de présenter la plus faible excuse.

En face d'un de ces criminels contre lesquels l'opinion publique se soulève avec énergie, pour lesquels elle réclame une punition exemplaire, immédiate, le médecin cherchera toujours la maladie et la trouvera souvent. Quelquefois le moindre indice le mettra sur la voie : une incontinence d'urine nocturne chez un homme vigoureux et parfaitement sain; un acte déraisonnable sans conséquences graves commis antérieurement; des bizarreries de caractère désignées sous l'indulgente rubrique « d'originalités » ; autant de points de repère qui le guideront dans cette recherche laborieuse et le conduiront à établir victorieusement l'absence complète de responsabilité chez le prévenu.

Nous renvoyons ceux auxquels ces idées paraîtraient exagérées aux traités de médecine mentale. Ils verront combien de faits militent à l'appui. Le traité de la *Folie lucide* du docteur Trélat présente à ce point de vue des observations bien saisissantes. Chaque jour les faits divers: *Crimes, accidents*, en offrent des exemples.

Tout dernièrement, un homme, sous l'influence d'une excitation subite, peut-être de l'ivresse, s'élance dans la rue armé d'un couteau dont il menace les passants. Il frappe mortellement un agent de police qui veut l'arrêter. On ne trouve aucune raison à cet acte homicide. Cet homme est d'une famille d'aliénés; sa sœur est internée à Sainte-Anne, atteinte de folie mélancolique.

Un autre, jeune encore, est poursuivi dès l'âge de quinze ans par des impulsions homicides. L'idée d'assassiner sa mère l'obsède. Il repousse cette idée, s'expatrie, change continuellement de résidence et de profession. A seize ans il est placé dans une maison où se trouve une jeune servante : l'envie le prend de l'assassiner. Huit ou dix fois il la fait

descendre à la cave pour accomplir son sinistre projet, mais il ne peut se décider. Il n'en voulait en aucune façon à cette fille, qui lui témoignait de l'amitié. A l'âge de vingt-trois ans, après une vie d'aventures invraisemblables, il est placé à Paris. Un jour il quitte son patron sous prétexte de faire une course. Il marche jusqu'à la nuit après avoir acheté un couteau pour *tuer quelqu'un*. Il entre le soir chez une fille publique, passe la nuit avec elle, lui montre ce couteau. Il a eu maintes fois l'envie de l'assassiner; mais il ne veut pas être pris pour un voleur. Il la quitte le matin, entre pour déjeuner dans un restaurant, et là frappe mortellement une pauvre fille qu'il n'avait jamais vue et qui nettoyait des couteaux. Il se laissa arrêter sans résistance. Sur le rapport des médecins on l'enferme dans un asile d'aliénés. Il y est atteint de deux accès d'épilepsie. Depuis six ans, sa conduite à l'asile est parfaite. Jamais une plainte ne s'est élevée contre lui. Il est apathique et flâneur. Aucun symptôme morbide depuis cinq ans.

Verra-t-on dans cet homme un criminel véritablement responsable? N'a-t-il pas évidemment agi sous le coup d'une impulsion irrésistible, que celle-ci soit due à l'épilepsie ou à un accès de manie impulsive?

Manifestement, dans les cas de ce genre, la justice ne saurait punir. Là où manque l'intention de nuire, là où manque la responsabilité, il n'y a pas de faute punissable. Mais ce que nous reconnaissons volontiers et avec empressement, c'est que, dans bien des circonstances, certains médecins étendent à des limites excessives la doctrine de l'irresponsabilité et que, à leur suite, des jurés qui eussent peut-être applaudi au coin du feu la *tirade* de l'académicien dramaturge, se laissent entraîner sur place à des sentiments intempestifs de commisération. Nous signalons surtout les cas où l'indulgence est tirée des vices de l'éducation, des chagrins de famille, du fait unique d'antécédents héréditaires, toutes circonstances dont la société, attaquée par un forfait, n'a pas à payer les conséquences. Même au cas de prédispositions maladives et bien avérées, ce sont les circonstances particulières accompagnant l'acte criminel qui doivent décider de la responsabilité. Généralement l'acte qui procède d'une impulsion morbide, revêt des caractères particuliers consistant surtout dans le défaut de mobile appréciable et les inconséquences de la préparation ou de l'exécution. En dehors de ces conditions la responsabilité subsiste. Ne pas la reconnaître, ce serait manquer à ceux des principes de la justice pénale que nous rappelions plus haut et qui se rapportent à la protection des intérêts sociaux.

On voit que nous sommes loin de méconnaître les abus contre lesquels on proteste et que, à nos yeux aussi, une grande porte leur est ouverte par la composition du tribunal. Le jury est sujet à « s'attendrir », c'est vrai. Peu habitué aux ressources de la plaidoirie, aux adresses de la dialectique, aux effets oratoires, au frémissement de la robe et au va-et-vient du bonnet carré; mal gardé contre les émotions de la voix, contre les supplications, contre le souvenir évoqué d'une enfance misérable et abandonnée, d'un vieux père sans ressources, d'une vieille mère que le chagrin va tuer, le jury est assurément moins apte que la magistrature à établir, pour chaque élément qu'on lui donne à peser, le poids juste et la valeur exacte. Mais est-il possible, comme le demande dans le mémoire cité plus haut notre si distingué collaborateur M. Dally, — qui, pour le dire en passant, critique avec autant d'esprit et d'habileté que de résolution le rôle actuel des médecins devant la justice criminelle, — est-il possible de remédier aux abus en soustrayant au jury la question de la responsabilité morale, pour la laisser au juge d'instruction, de telle sorte qu'il ne restât plus devant les assises qu'à trancher une question de fait? Si M. Dally veut bien y réfléchir de nouveau, il reconnaîtra sans doute que ce qu'il demande serait la perversion totale du rôle du juge d'instruction et la suppression même du jury.

En effet, le rôle spécial du juge d'instruction est de réunir les informations et de décider si, oui ou non, il y a, non pas culpabilité, mais *présomption* de culpabilité. Quant à la culpabilité elle-même, c'est le tribunal qui en décidera. Or, puisque l'état mental du détenu est un des éléments d'après lesquels celui-ci sera déclaré coupable ou non coupable, comment admettre que cette question si grave soit résolue d'avance par un juge d'instruction? En réalité, c'est le juge d'instruction qui acquitterait l'inculpé en le déclarant aliéné ou l'enverrait à la mort en le déclarant sain d'esprit, puisque, dans la plupart des cas de cette espèce l'acte criminel est avéré ou même avoué. Nous entendons bien que le juge s'entourerait de médecins experts, comme il peut le faire d'ailleurs en l'état actuel des choses; mais ces médecins, que feraient-ils? Ce qu'ils font toujours : ils donneraient un avis, et ce serait le juge qui prononcerait.

Quant au jury, nous disons que si l'on enlève à sa compétence la question de responsabilité, on le supprime. Qu'est-ce que le jury? Précisément un corps non judiciaire institué pour corriger les préventions supposées du corps judiciaire, pour introduire dans la loi l'esprit à côté de la lettre, pour apprécier autour d'un fait toutes les circonstances susceptibles d'en déterminer le caractère et d'en fixer la portée juridique. S'il ne s'agit plus que de décider sur l'existence de l'acte criminel et sur l'identité du prévenu, ce n'est pas le jury qu'il faut en charger, mais bien les magistrats, qui y sont infiniment plus aptes.

Nous avons soulevé tout à l'heure une question qui, au point de vue des effets de l'irresponsabilité, ne laisse pas que d'être assez embarrassante. Un des buts, avons-nous dit, de la loi pénale, est de mettre le criminel hors d'état de nuire de nouveau. Un mot sur ce point délicat

Admettons qu'il soit reconnu que le meurtrier a agi sous une impulsion morbide plus forte que sa volonté et que la justice l'ait abandonné au médecin. Quelle sera la destinée de ce malade? Au bout de plusieurs années de séquestration, aucun signe de maladie n'a été constaté. Mais qui osera affirmer que toute récidive est impossible et que le meurtrier doit être rendu à la société? Dans l'état actuel des choses, il est bien difficile au médecin de prendre un parti. Ce n'est qu'avec terreur qu'il ouvrira au malade la porte de l'asile, ignorant si les influences nocives supprimées par l'internement, ne détermineront pas un nouvel accès. Doit-il cependant garder indéfiniment un homme qui, pendant plusieurs années, n'a présenté aucun symptôme de maladie mentale? La société n'a-t-elle pas le droit d'exiger qu'on la protège contre une pareille éventualité?

Il serait à désirer que des asiles spéciaux de surveillance, des colonies agricoles ou des ateliers pussent être fondés pour recevoir de pareils malades, qui y jouiraient d'une liberté relative. Rendus à une vie active, livrés à eux-mêmes dans une certaine mesure, ils y passeraient dans des conditions particulièrement favorables le temps nécessaire à l'affermissement de leur guérison, et le médecin pourrait alors avec moins de craintes les libérer définitivement.

B. et A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Remarques pratiques au sujet d'une série d'inoculations de horse-pox, par le docteur Vieusse.

La valeur de l'inoculation du horse-pox, c'est-à-dire de la variole du cheval à l'homme, n'est plus à démontrer. Jenner, dès la fin du dix-huitième siècle, avait parfaitement saisi la propriété que possède le virus *greasien* de pouvoir être inoculé à la vache ainsi qu'à l'homme, et de mettre ce dernier à l'abri de la variole aussi sûrement que le vaccin ordinaire. La filiation entre le cow-pox et le virus équin, très nettement établie par l'illustre médecin anglais, a reçu de nos jours une démonstration éclatante, grâce aux études cliniques de M. Bouley.

Le célèbre académicien a montré avec la dernière évidence que la maladie du cheval, origine de la vaccine, contrairement à ce que pensait Jenner, est une maladie générale qui naît spontanément chez cet animal, qu'elle est facilement transmissible à la vache et à l'homme par inoculation. Nous n'avons pas à revenir sur ces faits, parfaitement établis : notre but est de donner la relation d'un certain nombre d'inoculations faites à l'homme avec le virus de cheval, de faire connaître dans quelles conditions nous avons opéré, de décrire la manière dont les pustules survenues aux points inoculés se sont développées, et de montrer la grande innocuité qui résulte de cette manière d'opérer.

C'est avec le concours obligeant de M. Drecq, vétérinaire en premier au dépôt de remonte d'Aurillac, que l'expérience a été faite, le 24 février dernier.

Les renseignements fournis par ce vétérinaire distingué nous avaient appris que, depuis plusieurs années, il ne s'était présenté parmi les chevaux du dépôt aucun cas de morve ni de farcin, et qu'à sa connaissance ces maladies étaient très rares parmi les chevaux de la localité. Le sujet vaccinifère était un jeune cheval gris de cinq ans, atteint de horse-pox et dans un état de santé habituelle qui ne laissait rien à désirer. L'éruption cutanée était discrète, seulement quelques pustules aux pâturons, tandis que la muqueuse du canal où la langue est logée, la face interne des joues et des lèvres étaient criblées de petites plaies lenticulaires, dont les bords gonflés et enflammés semblaient comme taillés à l'emporte-pièce. Sur la partie gauche de la lèvre inférieure existait une belle pustule arrivée à sa période de dessiccation, et placée de telle sorte qu'en l'attirant légèrement en dehors il était facile de la mettre à l'abri de toute souillure produite par le contact de la salive. La croûte enlevée laissa à nu une petite plaie granuleuse, déprimée en capsule, dont la surface était recouverte par un liquide séreux très limpide. C'est cette pustule qui a servi à faire toutes nos inoculations.

Avant de donner les résultats obtenus, nous devons faire quelques remarques au sujet des vaccinations et des revaccinations subies par les hommes soumis à cette expérience.

Le détachement du dépôt de remonte d'Aurillac se compose en entier d'anciens soldats, qui ont déjà servi dans d'autres corps pendant un temps plus ou moins long, et qui avaient été vaccinés ou revaccinés pendant la première année de leur incorporation. Nous avons donc opéré sur des hommes qui, depuis trois ans au plus, avaient été soumis à l'action du vaccin.

En consultant les livrets des 50 hommes auxquels le virus équin a été inoculé, nous avons trouvé que 14 parmi eux avaient été revaccinés en 1877, 28 l'avaient été l'année suivante, 1 seul en 1879, et 7 enfin n'avaient pas été revaccinés depuis leur enfance. Le résultat inscrit de cette première opération était le suivant : parmi les 14 hommes revaccinés en 1877, 3 seulement le furent avec succès; sur les 28 qui furent revaccinés l'année suivante, 14, c'est-à-dire la moitié, le furent avec succès; le seul qui subit l'inoculation en 1879 donna un résultat négatif. Ce qui donne au total : 43 revaccinations, 17 succès et 26 insuccès.

Si maintenant nous faisons le dépouillement du résultat obtenu sur ces mêmes hommes avec le horse-pox, nous trouvons : sur les 14 hommes revaccinés en 1877, et qui ont donné alors 3 succès et 11 insuccès, nous avons obtenu 8 succès, parmi lesquels il est intéressant de compter les 3 militaires chez qui la première revaccination pratiquée au corps avait réussi.

Sur les 28 hommes revaccinés en 1878, et qui à cette époque ont présenté un nombre égal d'insuccès et de succès, nous obtenons avec le horse-pox 9 succès, dont 5 pour ceux qui avaient été primitivement inoculés avec succès, et 4 pour ceux qui, à la même époque, avaient subi cette opération sans succès. Le seul homme qui fut revacciné en 1879 sans succès l'a été également sans succès avec le virus équin. Enfin sur les 7 hommes qui restent, et qui depuis l'enfance n'avaient pas été revaccinés, l'inoculation avec le horse-pox a donné seulement 2 succès.

En additionnant ces divers résultats, nous avons : pour les 43 hommes revaccinés pendant ces trois dernières années avec le virus humain : succès, 17; insuccès, 26; l'inoculation avec le virus animal nous donne 17 succès et 26 insuccès. Enfin sur les 7 hommes qui n'avaient pas été revaccinés depuis l'incorporation, l'inoculation avec le horse-pox a donné seulement 2 succès. Nous avons donc, sur un total de 50 inoculations faites avec le horse-pox, 19 succès, ce qui donne 38 pour 100 de succès.

Le tableau ci-dessous montre d'un seul coup d'œil le résultat de ces diverses opérations :

Hommes revaccinés en 1877 avec le vaccin humain : 14. — Succès obtenus, 3; insuccès, 11.

Les mêmes, revaccinés le 24 février 1880 avec le horse-pox : 14. — Succès obtenus, 8; insuccès, 6.

Hommes revaccinés en 1878 avec le vaccin humain : 28. — Succès obtenus, 14; insuccès, 14.

Les mêmes, revaccinés le 24 février 1880 avec le horse-pox : 28. — Succès obtenus, 9; insuccès, 19.

Homme vacciné en 1879 avec le vaccin humain : 1. — Insuccès.

Le même, vacciné le 24 février 1880 avec le horse-pox : 1. — Insuccès.

Hommes vaccinés le 24 février avec le horse-pox : 7. — Succès obtenus, 2; insuccès, 5.

Au total, sur 43 vaccinés avec le vaccin humain, 17 succès, 26 insuccès. — Sur 50 vaccinés avec le horse-pox, 19 succès, 31 insuccès.

Analyse faite de ces différents résultats, et en tenant compte de cette circonstance que le plus grand nombre des sujets de notre expérience avaient perdu, dans une première revaccination, une bonne part de leur aptitude à contracter la maladie vaccinale, il est hors de doute que le horse-pox a sur l'homme une action au moins égale à celle que possède le virus humain. Comment se fait-il que l'on se serve si rarement du virus équin pour les vaccinations et les revaccinations que les médecins militaires sont obligés de pratiquer chaque année? La difficulté de se procurer ce virus n'est pas la seule raison : car dans tous les dépôts de remonte, ainsi que dans les dépôts des différents corps de troupe à cheval, il n'est pas d'année où l'on n'observe sur les jeunes chevaux une épidémie de horse-pox. Si donc, ainsi que nos confrères de l'armée, nous avons souvent hésité à nous servir de horse-pox pour les vaccinations et les revaccinations prescrites par les circulaires ministérielles, c'est qu'en usant de ce moyen nous craignons, pour la plupart, de communiquer en même temps que le virus vaccin une maladie virulente bien plus redoutable que la vaccine. Cette crainte, qui éloigne le médecin vaccinateur de l'emploi du virus équin, semble devoir être fortifiée par la lecture des œuvres de Jenner, Loy, Bouley, etc.

Jenner, dans les cas d'inoculation que le hasard lui avait permis d'observer, avait été frappé des symptômes par lesquels se caractérise la maladie que les hommes peuvent contracter en s'inoculant accidentellement le virus équin. Il déclare que des ulcères se produisent aux points où l'inoculation s'est faite, que ces plaies déterminent ensuite l'inflammation des glandes lymphatiques du bras et des aisselles, des douleurs dans les membres, des frissons suivis de chaleur, etc.

L'émule de Jenner, Loy, qui, plein de confiance dans la théorie de son illustre compatriote, inocula au bras d'un enfant la matière prise sur les talons d'un cheval affecté de *grease*, décrit de la manière suivante les symptômes observés : « Le troisième jour, la pustule était entourée d'un peu d'inflammation; le quatrième, elle était fort élevée, et le cinquième on y apercevait une vésicule de couleur pourpre; le sixième et le septième, la vésicule a augmenté et est devenue plus foncée; l'enfant a eu des frissons, des nausées et des vomissements. Ces symptômes ont été suivis de beaucoup de chaleur, de mal de tête et d'une respiration accélérée, le pouls était fréquent, » etc. (*Account of some experiments on the origine of cowpox.* Wity, 1801; cité par Bouley.)

Une inoculation également accidentelle, produite par le *grease* du cheval, a mis M. Bouley à même de vérifier la justesse de la description des deux médecins anglais. Je transcris, en l'abrégeant, l'observation de ce savant. Il s'agit de l'élève Amyot, qui, en pansant le membre postérieur droit d'un cheval atteint d'une éruption très confluente de horse-pox, s'inocula le virus par une blessure située à la face dorsale de la première articulation interphalangienne du petit doigt de la main droite. Le troisième jour, Amyot eut un peu de malaise; le huitième jour, des pustules se montrèrent à la main gauche, au front, au nez. Le dixième jour, des lymphangites se déclarèrent, les deux membres supérieurs se tuméfièrent et devinrent très douloureux, ainsi que les ganglions des aisselles des deux côtés.

Cet état de maladie se prolongea jusqu'au dix-huitième jour, et ce ne fut que quinze jours après que les pustules se cicatrisèrent.

Ces faits ont évidemment frappé les observateurs, et les ont peu encouragés à employer le horse-pox dans la pratique des revaccinations. Cependant, un homme très versé dans l'étude des virus, Auzias-Turenne, disait dans son livre : *Les virus au tribunal de l'Académie*, publié il y a bientôt vingt ans : « Chaque virus a son terrain. Le cheval, d'où le vaccin tire son origine, est le véritable terrain de son développement. Pour faire du bon vaccin, il suffit d'inoculer du mauvais vaccin à l'espèce chevaline. La vache n'est pas un bon terrain pour le vaccin; on fait fausse route depuis soixante ans en faisant des tentatives pour régénérer le vaccin sur la vache, soit par des inoculations de virus varioleux, soit par des inoculations de vaccin emprunté à l'espèce humaine. » Aussi, pour avoir du bon vaccin dans tous les pays et à toutes les époques de l'année, conseille-t-il : 1° d'inoculer du vaccin, n'importe lequel, à un jeune cheval bien portant, bien nourri et exempt de toute affection variolique antérieure; 2° au besoin, d'inoculer la matière de la pustule produite au siège d'inoculation sur ce cheval à un autre cheval placé dans les mêmes conditions. Le premier et surtout le second de ces chevaux fourniront, par leurs pustules d'inoculation, plutôt que par celles qui pourraient survenir ailleurs, un puissant vaccin; et comme ces chevaux seront bien portants, on pourra sans crainte leur emprunter le vaccin directement, c'est-à-dire sans aucun intermédiaire. Ces conseils, venus d'un homme si compétent et qui connaissait à fond les maladies virulentes, auraient dû encourager les plus timorés et leur montrer que l'inoculation du virus équin, faite dans des conditions qui seront spécifiées plus loin, est sans danger pour l'homme; que les symptômes graves présentés par les personnes qui s'étaient inoculé accidentellement le horse-pox, étaient dus à une autre cause que le virus lui-même.

A quoi faut-il donc attribuer les accidents graves qui sont survenus à la suite des inoculations fortuites de horse-pox? Une matière autre que le virus a-t-elle été inoculée en même temps? ou bien, le virus du cheval exerce-t-il sur l'homme une action trop puissante qui rend son emploi dangereux? La lecture des observations de Jenner, de Loy et de Bouley nous édifie complètement à ce sujet.

Les inoculations accidentelles rapportées par le célèbre médecin anglais auquel nous devons la découverte de la vaccine, ainsi que celles de Loy, se rapportent à des hommes dont le métier était de soigner des chevaux. C'est en pansant ces animaux atteints de *grease*, c'est-à-dire présentant cette affection décrite sous le nom de *mal des talons*, *eaux aux jambes*, affection caractérisée par une éruption pustuleuse confluente au niveau du pâturon, laquelle, arrivée à la période de suppuration, détermine en ce point une violente inflammation avec mortification des tissus; c'est en soignant les chevaux atteints de ce mal que quelquefois les personnes appelées à s'en approcher s'inoculaient, en même temps que le virus, le pus provenant de la plaie. Pareille chose est arrivée au jeune Amyot, qui, en donnant des soins à un cheval qui avait subi l'opération du javart, s'est inoculé à la fois le horse-pox et la sanie provenant de la plaie d'opération.

Si les observations d'inoculation de horse-pox dues au hasard sont faites pour rendre les médecins craintifs pour ce mode d'inoculation, les expériences faites directement avec la lymphe de la pustule d'un cheval dont la santé ne laisse rien à désirer, qui vit dans un milieu où depuis longtemps on n'a constaté aucun cas de morve ni de farcin, sont au contraire très encourageantes.

Depuis la mémorable discussion qui eut lieu en 1863, à l'Académie de médecine, au sujet de l'origine du vaccin, plusieurs inoculations de horse-pox ont sans doute été faites; mais les résultats de la plupart de ces expériences n'ont pas été publiés.

M. Bouley, dans son savant article HORSE-POX, du *Dictionnaire de médecine vétérinaire*, paru en 1871, ne signale aucune statistique relative à l'étude de l'inoculation du virus équin faite directement à l'homme. Nous ne connaissons, au sujet de ces expériences, que la note du docteur Pingaud, lue à l'Académie de médecine dans la séance du 3 juin 1879, par M. le médecin inspecteur Legouest.

Notre regretté confrère, ayant eu l'occasion d'observer à Sétif, au mois de février 1879, une épidémie de horse-pox, choisit pour vaccinifère un jeune cheval dont la santé habituelle et les antécédents n'étaient pas douteux. L'éruption cutanée était discrète, quelques pustules existaient aux pâturons; mais toute la muqueuse de la bouche offrait une éruption des plus nettes. C'est le liquide séreux d'une de ces pustules qui fut inoculé à sept recrues du 10e régiment de hussards qui n'avaient jamais été vaccinées. 4 de ces soldats servirent à vacciner 64 hommes, parmi lesquels 8 n'avaient jamais été vaccinés; le résultat fut 40 succès, ce qui donne un total de 64 pour 100 de succès. Aucun homme n'éprouva le moindre accident; chez quelques sujets les boutons prirent l'aspect furonculeux.

Voici les conclusions adoptées par l'auteur :

« L'inoculation de horse-pox à l'homme est sans danger, si l'on prend soin de recueillir le liquide séreux et transparent que renferment les vésicules perlées de la bouche du cheval. Elle donne des résultats bien supérieurs à ceux qu'on obtient par les moyens ordinaires.

» Le succès de l'inoculation exige des précautions particulières, indiquées par la configuration et le siège des boutons de horse-pox.

» Le virus équin peut être inoculé sans crainte de transmettre la morve, alors qu'il n'existe pas depuis longtemps un seul cas de morve dans la localité, alors que le horse-pox se développe à l'état épidémique sur les jeunes chevaux bien nourris et bien portants, alors que l'éruption buccale, *qui fait*

rarement défaut, se présente avec des caractères anatomiques qui ne sauraient laisser subsister le moindre doute sur leur nature.

» Dans ces conditions, on sera autorisé à faire bénéficier l'homme de l'action d'un agent préservateur de la variole bien autrement puissant et sûr que ne l'est le vaccin cultivé sur la vache ou sur l'enfant. »

Ces conclusions du travail du docteur Pingaud sont très rassurantes, et faites pour engager à l'avenir les médecins à employer le virus équin pour les revaccinations.

Les conclusions que nous adopterons après avoir exposé le résultat de nos expériences avec le horse-pox, sont en tout conformes à celles que nous venons de mettre sous les yeux du lecteur.

Sur les cinquante inoculations que nous avons pratiquées avec le concours de M. Drecq, vétérinaire de l'armée, nous n'avons vu se produire aucun accident. Les points où les piqûres avaient été faites se sont enflammés le troisième jour après l'inoculation. On voyait à cet endroit une auréole rouge, peu douloureuse à la pression et dont le diamètre était à peine d'un demi-centimètre. Le lendemain, la rougeur n'avait pas augmenté en étendue; le point inoculé était un peu plus saillant et formait sur la peau un relief très apparent. Ce ne fut que le cinquième jour qu'une vésicule se montra au point d'inoculation; le septième jour, elle prit une forme très caractéristique, et le huitième jour, elle offrait la forme et l'apparence de la pustule vaccinale; toutefois ses dimensions étaient beaucoup moindres.

Une chose nous a surtout frappé dans l'évolution des pustules que nous avons produites avec le horse-pox, c'est la bénignité qu'elles ont constamment montrée.

Sur aucun homme soumis à cette expérience, nous n'avons jamais observé d'accident d'aucune sorte; l'inflammation s'est toujours maintenue au point inoculé, et jamais ne s'est étendue au delà. Dans aucun cas nous n'avons vu survenir ni rougeur autour de la pustule, ni lymphangite, ni gonflement des ganglions axillaires, etc.

La fièvre, les malaises, les frissons, l'inflammation locale qui accompagnent si souvent l'éruption vaccinale consécutive à l'inoculation du virus humain, ne se sont jamais produits à la suite de nos inoculations de horse-pox.

Nous avons en outre observé sur la moitié des hommes chez esquels l'inoculation n'avait pas donné de pustules véritables, une légère inflammation au point inoculé, qui survenait le troisième jour pour disparaître le huitième.

L'étude qui précède nous permet de formuler les conclusions suivantes :

L'inoculation du virus équin à l'homme peut être faite sans crainte de transmettre la morve ou le farcin, lorsque le horse-pox règne à l'état épidémique sur les chevaux bien portants et que depuis plusieurs années il ne s'est pas produit un seul cas de morve ou de farcin dans la localité; cette inoculation est sans danger pour l'homme, si l'on a la précaution de prendre le liquide séreux que fournissent les vésicules qui se développent sur la partie externe de la muqueuse de la lèvre du cheval. Il ne faudra jamais prendre le virus des vésicules qui se développent dans le canal de la bouche du cheval où la langue est logée, ou celles qui se trouvent à la face interne des lèvres: car indépendamment de la difficulté que l'on éprouverait pour charger la lancette, il est impossible de prendre du virus parfaitement pur, la salive du cheval se trouverait toujours mélangée à ce liquide;

Le virus équin, pris dans ces conditions, ne provoque jamais les accidents qui surviennent à la suite des inoculations dues au hasard;

Comme l'avait déjà signalé Auzias-Turenne, le horse-pox a une action autrement puissante que le cow-pox et que le virus humain, et, à ce titre, c'est le virus du cheval qui doit avoir la préférence.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Hystéro-ovariotomie césarienne.

Permettez-moi, messieurs, de vous adresser, avec le consentement de ses auteurs, la primeur d'une *opération de Parro* (*hystéro-ovariotomie césarienne*) pratiquée à Turin, remarquable surtout par les conditions désastreuses dans lesquelles elle a eu lieu, et le résultat heureux et inespéré dont elle a été suivie.

Obs. — D... Marguerite, âgée de dix-huit ans, admise à jouir de *l'assistance médicale gratuite à domicile*, service qui est sous la direction du *Bureau d'hygiène municipal*, à cause de sa misérable condition de fortune, est une femme d'une constitution chétive, de petite taille, et dont les formes sont frêles et peu développées. Elle eut, étant enfant, une *ostéite scrofuleuse* à l'os iliaque droit, qui lui laissa une déformation rachitique du bassin.

Mariée il y a une année, elle devint enceinte peu de temps après, et sa grossesse se passa sans accidents notables; elle n'eut recours pendant ce temps-là à aucune personne de l'art qui aurait pu l'instruire sur les difficultés probables de son accouchement, difficultés qu'elle était bien loin de prévoir.

Le 25 juin passé, dans la soirée, début du travail.

Par une erreur déplorable de la sage-femme et du médecin qui furent appelés, sauf une tentative infructueuse d'application du forceps faite au sixième jour, la malade fut abandonnée pendant huit jours en travail.

Le 3 juillet, vers cinq heures de l'après-midi, le *Bureau municipal de l'hygiène* ayant été averti du fait, trois des médecins qui y sont attachés se rendirent immédiatement au domicile de la malade et, avec le concours de deux autres médecins du *service de la bienfaisance publique*, accourus en même temps, ils procédèrent à un examen rapide dans le but de délivrer au plus vite la pauvre femme, douloureusement impressionnée par l'état de prostration complète dans laquelle ils la trouvèrent.

Ils constatent que l'utérus est contracté, fortement rejeté à gauche, le bassin de forme *oblique-ovalaire rachitique*, petit par arrêt de développement, la cavité pelvienne droite presque annulée et la gauche rétrécie; la tête au détroit supérieur en position *occipito-iliaque droite antérieure, variété frontale*, du côté de la sténose pelvienne; il ne restait par conséquent qu'un petit passage possible par la fosse iliaque gauche. Le fœtus était mort depuis plusieurs jours.

De cet examen, il résultait que la craniotomie avait peu de chances de réussite, et, malgré l'état presque agonisant de la malade, il fut décidé que l'on aurait recours au plus vite à l'opération de Porro, qui seule paraissait offrir une chance de salut.

L'opération fut pratiquée dans le lieu où se trouvait la malade, une mansarde au sixième étage, le même soir, à neuf heures, à la pâle lueur de deux bougies auxquelles les goulots de deux bouteilles servirent de chandeliers.

On s'empressa de se munir des instruments nécessaires à *l'arsenal chirurgical municipal*, ainsi que des objets indispensables pour le pansement de Lister, que l'on se proposait d'appliquer. La femme fut chloroformée jusqu'à la résolution complète.

Les parois abdominales furent ouvertes au moyen d'une incision partant de quatre doigts au-dessus de l'ombilic et arrivant à trois doigts au-dessus de la symphyse pubienne, dans la direction de la paroi antérieure de l'utérus, et parallèle à la ligne blanche dans ses quatre cinquièmes inférieurs, oblique dans le cinquième supérieur et croisant en ce point le muscle droit antérieur gauche de l'abdomen. On put alors extraire très facilement l'utérus de la cavité abdominale. On le serra à sa partie inférieure avec le gros et le petit serre-nœud de Kœberlé (le fil du dernier se cassa), et avec la grosse pince à constriction de Olshausen; on l'incisa largement sur sa paroi antérieure et l'on put extraire un fœtus assez volumineux du sexe féminin, en état de putréfaction avancée. On extirpa ensuite la portion d'utérus qui se trouvait au-dessus des constricteurs, et l'on appliqua au-dessous de ces derniers le *clamp* de Thomas. On enleva alors les constricteurs et l'on compléta l'amputation de l'utérus en extirpant une grande partie du col.

L'opération s'accomplit avec une perte de sang minime. Des

vomissements et des accès de syncope répétés pendant la chloroformisation vinrent interrompre le cours de l'opération.

La plaie abdominale fut réunie par une suture entrecoupée dont les points avaient 1 centimètre de distance et qui comprenait aussi le péritoine. Le pédicule serré par le clamp fut laissé à l'extérieur. On appliqua le pansement de Lister.

L'opération dura en tout 27 minutes; sa suite fut aussi bonne que possible.

Au quatrième jour il y eut un léger écoulement de sang par le vagin. Au cinquième le pédicule, ou pour mieux dire le moignon, étant complètement mortifié, on enleva le *clamp;* au treizième jour on fit l'extraction par la plaie abdominale d'un morceau de tissu nécrosé de la grosseur d'une pomme. Par le vagin, qui communiquait en haut avec le fond de la plaie limitée bien vite par une *péritonite adhésive*, il se fit un écoulement purulent qui dura jusqu'à ces derniers jours.

On observa des symptômes abdominaux de peu d'importance, des coliques, des vomissements. La température se maintint entre 38 et 39 degrés avec une légère augmentation à 39°, 6 et à 40°, 1, le dix-huitième jour après l'opération; mais ce chiffre s'abaissa rapidement dans les jours qui suivirent, et maintenant (vingt-huitième jour de l'opération) la température est normale.

La cicatrisation de la plaie est presque complète en ce moment; l'écoulement purulent par le vagin a cessé entièrement; l'opérée quitte le lit depuis cinq jours, et tout laisse à espérer qu'aucun accident ne reviendra compliquer un aussi heureux résultat.

Cette opération doit être, je crois, la cinquante et unième qui se pratique, elle est la sixième que l'on fait à Turin, la seconde seulement qui soit suivie de succès. Mais c'est la première fois que l'on a opéré dans d'aussi mauvaises conditions par rapport à la femme et au lieu de l'opération. Elle se distingue encore notablement des précédentes par la méthode opératoire que l'on suivit. Elle nous prouve que de simples praticiens, étrangers aux pompes des cliniques officielles et à l'abri des miasmes puerpéraux des maternités, peuvent pratiquer de la haute chirurgie lorsqu'ils sont animés par l'amour de leur art et par le dévouement à l'humanité, nobles sentiments qui rendent l'homme capable des plus grandes entreprises.

La chirurgie française, sœur de l'italienne, recevra avec plaisir la nouvelle d'une opération qui est une preuve de la hardiesse des races latines.

L'opération fut pratiquée par les docteurs Gasca et Copasso, médecins de bienfaisance, Ramello, deuxième directeur du Bureau d'hygiène, Brambilla et Bestente, médecins du même bureau, et Sandino, chirurgien-adjoint à l'hôpital des Saints-Maurice-et-Lazare. Tous contribuèrent à la bonne réussite de l'opération, et par les soins consécutifs prêtés à tour de rôle avec une noble abnégation ils rendirent possible le brillant résultat qu'ils ont obtenu.

Agréez, etc.

Dr V. Demaison,
Médecin du bureau d'hygiène de la ville de Turin.

Turin (Italie), le 1er août 1880.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. E. BECQUEREL.

Etudes sur la marche de l'homme, par M. *Marey*. — Ces études, qu'annonce aujourd'hui l'auteur, seront faites au moyen de l'*odographe*, dont il a donné la description dans un ouvrage intitulé *Méthode graphique* (1878). L'odographe est formé d'un cylindre qui tourne uniformément sous l'influence d'un rouage d'horlogerie placé à son intérieur et d'une plume qui trace sur ce cylindre. La plume s'élève, à chaque pas, d'une petite quantité, toujours la même; ce mouvement lui est communiqué par un petit soufflet à air placé sous le pied, et relié avec la partie supérieure de l'odographe par un tube de caoutchouc qui monte à l'intérieur du pantalon. Cette partie supérieure de l'instrument contient un rouage spécial, chargé de conduire la plume suivant une ligne verticale. Chaque appui du pied, soufflant une petite quantité d'air, fait passer une dent de ce second rouage et fait monter la plume d'une petite quantité. Plus les pas se répètent vite, plus la plume s'élève rapidement parallèlement à l'axe du cylindre.

Si le cylindre était immobile, la plume tracerait une ligne verticale sur le papier qui le recouvre; mais, par l'effet de la rotation du cylindre, la ligne résultante sera oblique; sur une figure jointe au mémoire, on remarque d'abord une ligne horizontale, à gauche et en bas du papier; cette ligne exprime que la plume était immobile et que le cylindre seul était en mouvement; plus loin, dans le sens ordinaire de la lecture, on voit une ligne oblique ascendante résultant des mouvements combinés de la plume et du cylindre: c'est qu'alors on marchait; enfin, une nouvelle ligne horizontale annonce que la marche avait cessé et que le cylindre seul était en mouvement sous l'influence du rouage d'horlogerie.

Le nombre des pas se compte, sur l'odographe, par la projection de la courbe tracée sur l'axe des ordonnées, le temps par la projection de la même courbe sur l'axe des abscisses. Mille pas font élever la plume de 10 centimètres; une heure fait tourner le cylindre de 60 centimètres.

Si le pas d'un homme avait 1 mètre de longueur, 1 kilomètre parcouru ferait donc élever le style de 10 centimètres; mais on constate que pour ce parcours le style s'est élevé de 13, 14 et parfois 17 centimètres: on en conclut que la longueur moyenne du pas était de 76, 71 et même 60 centimètres. Or un grand nombre de circonstances modifient la longueur du pas.

Le pas est plus long en montée qu'en descente, plus long pour l'homme non chargé que pour celui qui porte des fardeaux, plus long pour celui qui a des chaussures à talons très bas que pour celui qui porte des talons élevés, plus long pour le marcheur dont la semelle est épaisse et se prolonge un peu en avant du pied que pour celui dont la chaussure est courte et flexible. Ces faits doivent être analysés avec soin.

D'autre part, la fréquence du pas est un élément non moins important de la question; on l'estime au moyen de l'odographe avec toute la précision désirable. Les moindres changements dans le rhythme de la marche s'accusent par des inflexions de la ligne tracée; celle-ci n'est rectiligne que dans le cas de parfaite uniformité du rhythme du pas; elle présente une concavité tournée en bas si le pas se ralentit.

Il y aura lieu également d'étudier l'influence de la nature du terrain sur lequel se fait la marche, les effets de la température ambiante, de l'état d'abstinence ou de digestion, de fatigue ou de repos du marcheur, etc. On comparera enfin la marche libre à celle dont le rhythme est réglé par le tambour ou par le clairon. Enfin, on suivra les modifications que pourra produire la gymnastique dans la marche des soldats qui seront soumis à ces exercices.

Pour les expériences, on introduit dans la chaussure du marcheur une petite semelle qui porte dans son épaisseur le soufflet relié au tube de l'odographe.

Identité de la septicémie expérimentale aigue et du choléra des poules. Note de M. *H. Toussaint*. — Après plusieurs séries d'expériences comprenant plus de deux cent cinquante cas, l'auteur affirme que, dans la septicémie à forme rapide qui tue le lapin en dix à vingt heures et qui s'inocule si facilement aux oiseaux, existe un microbe de forme et de propriétés bien déterminées, dont l'action est toujours identique, qui est le même que celui du *choléra des poules*. Le choléra des poules n'est donc autre chose que la septicémie aiguë, contractée spontanément par ces oiseaux dans les lieux qu'ils habitent, et il est nécessaire, pour que le choléra existe, qu'il y ait à leur portée des matières en putréfaction.

« J'ai reproduit exactement, dit l'auteur, les lésions du choléra et de la septicémie par l'ingestion de sang ou de matières provenant de septicémiques, et j'ai pu les comparer à ces maladies à l'état spontané. Dans l'un et l'autre cas, tous les ganglions lymphatiques de la tête et du cou sont tuméfiés, durs, marqués de taches sanguines, et l'examen microscopique décèle entre leurs éléments, et surtout dans les follicules, le parasite en quantité prodigieuse, en même temps que des hémorrhagies abondantes siégeant surtout à la périphérie du ganglion. Les deux chaînes ganglionnaires cervicales des oiseaux morts du choléra spontané sont surtout remarquables par le volume, la coloration et les ecchymoses de ces organes; de même chez le lapin pour les ganglions sous-maxillaires et préscapulaires....

» Je conserve des premières et deuxièmes cultures du sang des animaux où les deux parasites (bactéridies du charbon et microbes de la septicémie) sont mélangés. En les inoculant aux moutons, aux chiens ou aux cobayes, ces animaux meurent constamment du charbon, et le nombre des bactéridies reste considérable dans le sang; mais si l'on inocule des lapins, le microbe de la septicémie a bientôt éliminé la bactéridie.

» Les phénomènes que l'on provoque par l'inoculation aux animaux qui résistent sont aussi exactement identiques avec le sang septicémique et celui du choléra. Injecté sous la peau du cheval, de l'âne, du chien, du mouton, le sang septicémique ou celui du choléra provoque la formation d'une tumeur œdémateuse qui se résout en un abcès et qui est accompagnée de phénomènes généraux très graves, sans que cependant le sang possède de propriétés contagieuses. Cette faculté est réservée à la sérosité de l'œdème, et plus tard au pus de l'abcès, qui la conserve même après le retour des animaux à l'état normal. On observe aussi que, si l'on fait sur le même animal réfractaire des injections successives sous-cutanées, la fièvre et les phénomènes locaux s'amendent de plus en plus à chaque inoculation, et bientôt elles ne donnent plus qu'une simple papule ou se comportent comme des piqûres ordinaires. »

Vaccination du mouton et du chien, par *le même*. — Préservation du virus charbonneux, par *le même*. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1880, p. 517).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Une note de M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes), contenant la liste supplémentaire de ses travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national; 2° Une série de lettres de remerciement de divers lauréats de l'Académie.

M. *le Président* annonce que M. le docteur Duboué, membre correspondant à Pau assiste à la séance.

M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. le docteur Duroziez, une brochure intitulé : *Des lésions chroniques du cœur d'origine traumatique;* vingt observations.

M. *Depaul* présente : 1° au nom de M. le docteur Porak, une thèse soutenue au dernier concours pour l'agrégation devant la Faculté de médecine de Paris, et intitulée : *De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur*; 2° de la part de M. le docteur Adrien Schmitz, deux travaux intitulés : 1° *Sur la transposition du cœur et des principaux viscères abdominaux;* 2° *Contribution à l'étude des causes qui peuvent influer sur les résultats des vaccinations et des revaccinations*.

M. *Depaul* présente, en outre, au nom de M. le docteur Ilowitz, professeur de clinique obstétricale à Saint-Pétersbourg, et à l'appui de la candidature de ce savant au titre de membre correspondant étranger, une note, avec planche, relative à un bassin cyphotique, avec rupture de toutes les articulations.

M. *Marrotte* présente une brochure intitulée : *Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne*, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur E. Delefosse, et recueillie par M. E. Piogey, interne des hôpitaux de Paris.

M. *Magne* présente, en son propre nom, une brochure intitulée : *Influence des sexes sur le produit de la conception dans les animaux domestiques.*

M. *Achille Chereau* offre en hommage les articles Obstétrique (histoire) et Odontologie, qu'il a publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

De l'action de l'acide salicylique sur la contraction musculaire, par M. le docteur *Livon* (de Marseille). — L'auteur résume son travail en disant que, « sous l'influence d'une substance telle que l'acide salicylique, qui a une action spéciale sur les centres nerveux, les muscles présentent les phénomènes suivants sur les grenouilles : 1° accroissement de l'excitabilité; 2° phénomène de l'addition latente; 3° excitabilité décroissante; 4° épuisement prompt, mais réparation prompte, ce qui donne lieu au tétanos rhythmique, à la contraction initiale.

Il résulte donc de ces derniers faits que, contrairement à ce que pense M. Ch. Richet, on ne peut plus comparer le muscle cardiaque seulement au muscle de la pince, mais aussi aux muscles de la grenouille, ce qui tendrait à démontrer que, dans le mouvement rhythmique du cœur, il ne faut pas voir une particularité de la fibre musculaire, mais bien une particularité de l'excitation.

Rapports. — M. *Planchon* donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux dont les conclusions négatives sont adoptées.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Nota. — Au sujet de notre compte rendu de la précédente séance, M. Jules Guérin nous prie de faire remarquer qu'il ne s'est pas borné à rappeler les expériences de MM. Maunoury et Salmon (de Chartres), mais qu'il a cité textuellement des passages de leurs mémoires, desquels il résulte que, dans de nombreuses expériences sur l'action virulente du liquide de la pustule maligne et de la pustule elle-même, jamais ils ne sont parvenus à inoculer le charbon avec le liquide de la vésicule, tandis qu'ils ont toujours reproduit la maladie avec la pustule elle-même.

En ce qui concerne les observations sur les travaux de M. Pasteur, il a rappelé que, inscrit depuis trois semaines, il a été obligé, vu l'absence de son collègue, de surseoir provisoirement à ses communications.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Correspondance. — Ligature de l'artère tibiale antérieure pour une hémorrhagie de la pédieuse. — Tumeur de la région parotidienne; des angiomes. — Relations entre la névrite optique et la myélite aiguë. — Pustule maligne traitée par les injections d'iode.

La correspondance comprend : 1° la thèse de doctorat de M. *Piéchaud : De la ponction et de l'incision dans les maladies articulaires;* 2° une observation de M. *Lemay* (de Saint-Sever sur Adour), *hernie étranglée, taxis infructueux, kélotomie;* 3° le discours prononcé par M. *Trélat* sur la tombe de M. Broca.

— M. *le secrétaire général* lit un travail de M. *Fleury* (de Clermont), membre correspondant : *Quelques considérations sur les ligatures d'artères et en particulier sur la ligature de l'artère tibiale antérieure dans les cas d'hémorrhagie.*

Le 1er avril, entrait à l'hôpital de Clermont un enfant de treize ans, qui avait depuis quelques jours une plaie de l'artère pédieuse; l'hémorrhagie primitive avait été arrêtée par la compression, mais des hémorrhagies successives apparaissaient au bout de quelques jours, une tumeur bleuâtre se développait au niveau de la plaie de la pédieuse. M. Fleury lia la tibiale antérieure à la partie inférieure de la jambe; quatre jours plus tard la plaie de la ligature devint le siège d'une hémorrhagie. Ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa; le fil tomba le septième jour. L'enfant quitta l'hôpital le 20 mai, en voie de guérison.

L'hémorrhagie par la plaie de la ligature était le résultat de la section trop rapide de la tibiale par le fil; M. Fleury déclare que la ligature de la tibiale est une mauvaise opération. Pour une plaie de l'artère pédieuse donnant lieu à des hémorrhagies successives, il vaut mieux lier de suite l'artère fémorale.

M. *Desprès*. Nous sommes moins disposé que M. Fleury

à lier la fémorale pour une hémorrhagie de la pédieuse; nous préférons faire la ligature dans la plaie.

— M. *Notta* présente une tumeur de la région parotidienne. Une femme de cinquante et un ans avait depuis quatre ans une tumeur de la région parotidienne; la tumeur arriva au volume d'une orange, mobile sous la peau, elle était lisse et molle; M. Notta diagnostiqua un lipome. Opération. Enucléation facile. La masse était formée de kystes multiples remplis de sang.

M. *Després*. Cette tumeur paraît être un angiome caverneux. J'ai voulu enlever une tumeur du cou chez un enfant de quatorze ans; pour les uns c'était un kyste, pour les autres un lipome, ou une tumeur érectile veineuse. La tumeur était située sous la glande sous-maxillaire droite. On trouvait de la fluctuation avec des petits noyaux d'induration, pas de réductibilité. Dés le premier coup de bistouri, il sortit un flot de sang noir; l'opération en resta là. La plaie était en voie de cicatrisation, quand survint une phlébite des veines du cou; le malade mourut.

M. *Th. Anger* a apporté au congrès d'Amsterdam l'histoire d'un kyste parotidien uniloculaire qui guérit par une injection au chlorure de zinc. Th. Anger a rencontré un kyste multiloculaire ayant une structure analogue à la trame présentée par M. Notta, il occupait la région inguinale. Enlevé une première fois, il se reproduisit au bout d'un an. La tumeur fut enlevée en totalité, elle était formée de kystes ayant des parois de tissu caverneux revêtu d'épithélium pavimenteux. Le point de départ était le ligament rond à son insertion au pubis.

M. *Monod*. La tumeur de M. Notta fait partie de la parotide et se rapproche plutôt des adénoïdes du sein que des angiomes.

M. *Trélat*. La transformation kystique des angiomes donne un genre de tumeur particulier: les angiomes caverneux oblitérés et transformés. Mais les angiomes circonscrits ne sont pas des angiomes caverneux, et ils ont l'aspect du tissu de la rate et du rein. Nous ne sommes pas bien fixés sur l'étiologie des angiomes. Les malades ignorent le début du mal et la tumeur pourrait être congénitale.

Les angiomes sous-cutanés circonscrits doivent être traités comme les lipomes, dont ils ont les caractères extérieurs, plus une coloration bleuâtre. M. Trélat a cité trois observations d'angiomes douloureux; mais habituellement ils sont indolores. Tous les malades ont été opérés et tous ont guéri.

M. *Verneuil*. La tumeur présentée par M. Notta est le quatrième spécimen d'un genre spécial de tumeurs que M. Verneuil observe. Une fois, la tumeur située au pli de l'aine fut enlevée par Jobert, qui croyait à une tumeur solide. Une autre fois, Denonvilliers enlève un testicule avec le diagnostic kystes multiples; la tumeur fendue en deux ressemblait à la face interne du ventricule droit du cœur avec ses colonnes. Pour le troisième fait, M. Verneuil ne se souvient plus du siège de la tumeur. Il serait intéressant de faire l'examen histologique de la pièce de M. Notta pour fixer la nature exacte de ces tumeurs.

M. *Trélat*. La discussion ne pourrait que s'égarer, puisque nous ne savons pas encore de quoi est formée la tumeur de M. Notta.

— M. *Chauvel* lit un travail sur le développement simultané de la névrite optique et de la myélite aiguë. Les relations entre les lésions des nerfs optiques et les lésions chroniques de la moelle sont connues; il n'en est pas de même pour les lésions aiguës des mêmes parties. Un soldat d'abord atteint de névrite optique à gauche, fut pris ensuite de myélite aiguë; amélioration sous l'influence d'un traitement par le sublimé et l'iodure de potassium. L'œil droit se prend à son tour. Le malade guérit.

— M. *Chipault* (d'Orléans) adresse une observation de pustule maligne sur l'avant-bras d'une femme enceinte; traitement iodé en injections et en boisson; pansements phéniqués; guérison, la grossesse continuant son cours.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Sur un nouveau compte-globules à chambre humide graduée M. Malassez. — Action des myotiques après la section de la troisième paire : M. Laborde. — Sucre dans la salive : M Ollivier. — Sur le rôle de l'avant-pied dans la marche : M. Onimus. — Sur l'appareil suspenseur des chrysalides : M. Künckel. — Sur les suites de la section des nerfs ciliaires et du nerf optique : M. Redard.

M. *Malassez* présente un nouveau compte-globules dans lequel le mélange sanguin n'est plus introduit dans un capillaire, comme dans son premier appareil, mais dans une chambre humide graduée. Les préparations ont une épaisseur exactement déterminée, le couvre-objet reposant sur des vis qu'on peut faire saillir plus ou moins au-dessus du porte-objet. Grâce à un quadrillage micrométrique, gravé sur le porte-objet, on peut encore limiter des surfaces connues de la préparation et compter facilement les globules sanguins. Le quadrillage est formé de rectangles ayant 1/5 sur 1/4 de millimètre, en sorte que la chambre humide est graduée pour donner des préparations de 1/5 de millimètre où se trouvent comptés les globules sanguins dans 1/100 de millimètre cube. Les procédés de graduation de la chambre humide, les détails des manœuvres opératoires, etc., sont indiqués dans un mémoire qui vient de paraître dans les *Archives de Physiologie*.

— M. *Laborde* a utilisé son procédé de section intra-crânienne du moteur oculaire commun pour étudier le mode d'action des agents qui font resserrer la pupille. Cette opération préalable a pour but de supprimer l'influence du nerf constricteur de l'iris et de déterminer si une substance myotique agit à la périphérie ou dans les centres nerveux. Si on injecte sous la peau d'un lapin ainsi préparé 5 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine dans un centimètre cube d'eau, au bout de trois ou quatre minutes, on voit se resserrer, au point d'arriver à l'état punctiforme, l'iris du côté opéré qui présentait une dilatation totale. L'effet existe, mais très faiblement du côté sain. Discutant l'interprétation de ce résultat, M. Laborde arrive à éliminer l'action périphérique sur les fibres musculaires, et à admettre qu'il s'agit d'une influence paralysante de la substance sur les filets dilatateurs contenus dans le grand sympathique.

L'action de la morphine paraît différente. Déjà M. Picard a montré qu'elle provoque le resserrement pupillaire en exerçant une action tonique sur la troisième paire; il a émis hypothétiquement l'idée qu'elle pouvait aussi agir sur les filets du sympathique en en affaiblissant l'action dilatatrice. M. Laborde insiste sur la différence radicale qui existe entre l'action des mêmes substances suivant qu'elles sont absorbées à distance de l'œil ou qu'elles pénètrent directement dans la cavité oculaire quand on les dépose à la surface du globe de l'œil.

L'auteur répète avec succès l'expérience sur un lapin qui a subi depuis longtemps la section de la troisième paire.

— M. *Ollivier* a cherché à provoquer par la pilocarpine une salivation abondante chez les diabétiques, afin de rechercher le sucre dans la salive. Il s'est entouré des précautions voulues pour éviter les causes d'erreur que peut entraîner l'acidité de la salive; les malades ont pris de l'eau de Vichy, et c'est seulement après s'être assuré de l'alcalinité de la salive que M. Ollivier a fait la recherche du sucre. Dans un cas seulement il a obtenu la réaction bien évidente.

— M. *Onimus* a pris l'empreinte de la plante du pied aux différentes phases de l'appui dans la marche ; il s'est servi de feuilles de papier enfumé qu'on dépose sur le sol et sur lesquelles on fait appuyer le pied nu du sujet examiné. Il a vu ainsi, contrairement à ce qu'avait avancé Pettigrew, qu'au moment où on se soulève sur l'avant-pied, toute la région des orteils et des métatarsiens se rétrécit. Ces recherches ont été reprises sur des sujets atteints de déformations diverses et ont montré que, suivant la nature de la maladie, tantôt les derniers orteils, tantôt les premiers pressaient seuls sur le sol à la fin de l'appui du pied.

— M. *Künckel*. Réaumur et tous les auteurs après lui admettent que les chrysalides des Papilionides et des Nymphalides s'attachent ou se suspendent par l'extrémité de l'abdomen, par la queue, disent-ils. En réalité il n'y a qu'un phénomène d'adaptation : la chenille s'attache ou se suspend à l'amas de soie qu'elle a filé par les pattes du douzième anneau ; ce sont ces pattes modifiées lors de la métamorphose qui constituent l'appareil suspenseur des chrysalides.

— M. *Redard* expose les résultats de ses expériences sur les suites immédiates ou éloignées de la section des nerfs ciliaires et du nerf optique, et montre à la Société plusieurs chiens qui ont subi ces opérations.

1° *Section isolée des nerfs ciliaires.* — Les nerfs ciliaires sont sensibles. Après leur section totale, la cornée perd immédiatement sa transparence et son éclat habituels. Elle devient insensible. La pupille se dilate. — Si la section n'atteint que quelques filets ciliaires, la pupille devient irrégulière ; quand ce sont les nerfs ciliaires externes qui ont été sectionnés, la pupille est paralysée seulement en dehors et se resserre en dedans sous l'influence de la lumière. — Après l'opération totale, la nutrition de la cornée et du globe oculaire se font régulièrement, à la condition que le traumatisme et l'hémorrhagie rétro-oculaire n'aient point été considérables ; la vision est troublée, mais il n'y a pas de cécité complète; la pupille reste dilatée pendant quatre ou cinq mois. Le point le plus important est le suivant : *La sensibilité revient vers le troisième mois, par places, d'abord, puis s'étend à la totalité de l'œil.*

2° *Section des nerfs ciliaires combinée avec celle du nerf optique.* — Aussitôt après l'opération, anesthésie complète de la cornée avec dilatation énorme de la pupille. — Papille anémiée ; quelques veines gorgées de sang. *Dans un grand nombre de cas la cornée a conservé sa transparence, et le globe oculaire sa forme, sans aucune atrophie. La sensibilité revient par places au bout de trois ou quatre mois ;* elle est complète au bout d'un an, et *les nerfs ciliaires sont régénérés*, comme M. Redard s'en est assuré avec M. Poncet de Cluny.

Ce dernier fait remarquer que le retour de la sensibilité et la régénération parfaite des nerfs suffisent à condamner la section des nerfs ciliaires comme opération chez l'homme.

— Les séances de la Société de biologie sont suspendues jusqu'au 15 octobre 1880,

F.-F.

REVUE DES JOURNAUX

Cas de gangrène spontanée du testicule, par M. Arpad G. Gerster.

La gangrène spontanée du testicule résulte, comme l'ont montré les expériences entreprises sur les animaux, à l'instigation de R. Volkmann, par Miflet (*Arch. für Klin. Chirurg.*, XXIV, 3, p. 399), de troubles circulatoires, et particulièrement d'embolie de l'artère spermatique avec infarctus hémorrhagiques secondaires. On a aussi établi que l'occlusion de l'artère du canal déférent déterminait la perte de vitalité de l'épididyme.

L'observation détaillée de Gerster paraît montrer que la thrombose d'un grand nombre de veines peut résulter de processus inflammatoire (orchite et épididymite), cette oblitération s'accusant par le retour rapide et fréquent de l'hydrocèle ponctionnée. La tension résultant de l'accumulation des produits inflammatoires et la présence d'une hydrocèle ont produit graduellement l'occlusion de l'artère spermatique et du canal déférent, qui a été suivie d'infarctus multiples et de nécrose secondaire. La décomposition du tissu et le développement de gaz peuvent être dûs à l'emploi d'un trocart insuffisamment désinfecté.

Cette observation est accompagnée de figures montrant les altérations des canalicules séminifères et des vaisseaux dans le testicule et l'épididyme. (*The New-York, med. Journal*, n° 6, juin 1880.)

Notes sur un cas de péricardite rhumatismale avec tétanie, par M. Beattie-Smith.

La *tétanie* (Corvisart, 1852) a été mentionnée tout d'abord, en France, par Dance (*Arch. gén. de méd.*, 1831), et étudiée par lui sous le nom de tétanos intermittent. Depuis cette époque, plusieurs auteurs français, et notamment Trousseau, en ont fait l'objet de leurs recherches cliniques. D'après eux, l'état puerpéral, les périodes menstruelles et quelques états diarrhéiques et rhumatismaux exerceraient une influence favorable sur le développement de cette affection spasmodique. Beattie-Smith décrit, à son tour, l'évolution d'un cas de tétanie observé chez une enfant de treize ans, atteinte d'une péricardite rhumatismale avec épanchement et d'insuffisance aortique. L'attaque coïncida avec une violente douleur à la région précordiale, et débuta par des contractions spasmodiques du pouce et des doigts de la main gauche; bientôt, le pouce et les doigts de la main droite furent atteints de la même façon. Vint ensuite la contraction des deux pieds. Un mois plus tard, la malade avait les doigts et le pouce fléchis dans la paume de la main de chaque côté, la main fléchie sur l'avant-bras, et l'avant-bras sur le bras; les orteils étaient en flexion forcée, les talons relevés, les jambes fléchies sur les cuisses et le tronc incurvé à droite. Plusieurs attaques se produisirent, durant dix minutes à chaque reprise, et se terminèrent par un certain relâchement des muscles. Cet état se maintint deux mois environ avec quelques rémissions, les attaques survenant même pendant le sommeil; maintenant, après six mois, l'état s'est amélioré. L'auteur pense qu'il y a un rapport étroit entre la tétanie observée chez cette malade et le rhumatisme ; mais il ne faut point oublier que la malade était albuminurique. (*The British méd. Journal*, 5 juin 1880.)

Sur l'insuffisance aortique et la circulation coronaire, par M. Clifford Albutt.

Dans la seconde édition de son traité sur le cœur et ses maladies, Milner Forthergill développe une opinion de Balth. Foster, sur les rapports du reflux aortique et de la circulation coronaire, qui a paru erronée à Clifford Albutt, et basée sur une conception non moins erronée de la théorie de la circulation.

D'après Forthergill et Foster, l'insuffisance aortique est rapidement fatale, parce que la nutrition du cœur s'altère promptement, le sang passant, sans y pénétrer, au-devant des orifices des artères coronaires. Nous connaissons bien, en France, cette théorie, qui est devenue presque classique : c'est contre elle que s'élève très justement Cl. Albutt. Les raisons qu'il donne pour la combattre sont toutes théoriques;

nous pouvons ajouter que la démonstration expérimentale de la pénétration du sang dans les artères coronaires, comme dans toutes les autres artères, pendant la phase systolique et non pendant la phase diastolique, a été fournie par M. Rebatel dans un travail inspiré par le professeur Chauveau, en 1872 (Th. Paris, doctorat). Cl. Albutt a souvent trouvé les orifices des artères coronaires rétrécis, quelquefois oblitérés par des productions athéromateuses. Cette cause de dégénérescence graisseuse du cœur n'est probablement pas la seule, dit l'auteur, mais elle paraît être assez fréquente. Son opinion sur ces différents points est corroborée par celle du docteur Stone, qu'il cite en terminant. (*The British med. Journal*, 5 juin 1880. Communication faite au congrès de l'Association britannique, Cork, août 1879.)

Apoplexie pulmonaire par affection du cœur,
par M. W. R. Thomas.

L'auteur cite deux cas d'apoplexie pulmonaire consécutifs, l'un à une bronchite avec dilatation et dégénération graisseuse du cœur droit, l'autre à une insuffisance mitrale. Dans le premier fait, l'épanchement sanguin forma un coagulum à la partie inférieure du poumon droit et, agissant comme un corps étranger, provoqua une pneumonie du voisinage, dont le début fut signalé par une augmentation subite de la fréquence du pouls. Dans le second cas, l'hémorrhagie est attribuée à l'excès de pression intra-pulmonaire produite par le reflux mitral dans des vaisseaux affaiblis et dilatés. (*The British med. Journ.*, 5 juin 1880.)

Cas de cirrhose du foie chez un enfant âgé de trois mois,
par M. Thomas Oliver.

Une femme bien constituée, mais d'aspect cachectique, présenta son enfant, qui souffrait à la moindre pression sur l'abdomen, avait le ventre gros et saignait souvent du nez. L'enfant mourut après avoir présenté les symptômes ordinaires de la cirrhose du foie, et l'autopsie confirma le diagnostic. Ici, l'alcoolisme ne pouvait être invoqué, et l'auteur, guidé par les faits rapportés par Schüppel et Wilks, est disposé à admettre la syphilis congénitale, même en dehors de toute manifestation cutanée, comme la cause de la cirrhose observée chez l'enfant dont il cite l'observation. (*The British med. Journ.*, 5 juin 1880.)

Sur un symptôme négligé du cancer du sein,
par M. Herb. L. Snow.

L'auteur signale un gonflement de l'humérus du côté correspondant à la glande malade et qui s'accompagne de douleur à la pression. On l'observe au niveau de la grosse tubérosité et du tiers supérieur de l'os. Quand on exerce une forte pression, la malade accuse une vive douleur qui s'étend à une distance variable du point comprimé et de la région où le gonflement est apparent. Ces phénomènes de gonflement et de douleur sont rarement produits par les mouvements du bras, et n'ont point été remarqués par la malade avant l'examen du médecin; quelquefois, mais rarement, on observe un certain degré de gonflement de la clavicule. M. Snow est disposé à considérer ce gonflement comme produit par une périostite consécutive au dépôt de germes cancéreux dans la moelle osseuse. (*The Lancet*, 12 juin 1880.)

Travaux à consulter.

Résection sous-trochantérienne et résection de l'articulation coxo-fémorale, par M. R. Volkmann. — La première opération a été recommandée par l'auteur pour les cas d'ankylose coxo-fémorale : elle a malheureusement le grand défaut de laisser subsister l'ankylose tout en remédiant à la déformation.— Chez les gens dont le métier exige la position assise, il faut arriver à réséquer la portion de fémur qui fait corps avec les os du bassin. Pour cela, il faut employer le ciseau et le maillet. « Opération passablement pénible, dit l'auteur, et de longue durée... A la fin, il arrive que l'on pénètre par ci par là dans le bassin, ce qui n'a pas d'importance lorsqu'on agit avec précaution, et indique simplement qu'il faut diriger autrement le ciseau »(!) (*Centralb. für Chir.*, 1880, n° 5).

L'essence d'eucalyptus, par M. Schulz. — Ce produit pourrait avantageusement remplacer l'acide phénique dans la thérapeutique chirurgicale. Ses qualités antiseptiques sont très remarquables; il est facile à manier, peu coûteux, et enfin surtout il n'est pas toxique. (*Cent. für Chir.*, 1880, n° 4.)

Des centres respiratoires de la moelle, par M. O. Langendorff. — Sans vouloir nier absolument l'existence des centres respiratoires dans la moelle allongée, l'auteur pense que ce point, partout admis, s'appuie sur des preuves bien fragiles. Il est, au contraire, très certain, d'après des expériences sur le lapin, qu'il existe de pareils centres dans la moelle; ces centres médullaires seraient même les véritables points de départ de la respiration automatique, et la moelle allongée jouerait simplement le rôle d'un régulateur. (*Cent. für med. Wiss.*, 1880, n° 6.)

Contribution à la théorie de la tuberculose, par M. Weigert. — L'auteur rappelle que la tuberculose aiguë, la véritable granulie, s'observe généralement chez des personnes qui portent un foyer caséeux ancien, quelquefois peu volumineux. La propagation rapide de l'infection tuberculeuse (probablement parasitaire, suivant Weigert) indique une pénétration des éléments tuberculeux dans le sang. La porte d'entrée n'est pas toujours facile à trouver. Suivant l'auteur, il faudrait la chercher quelquefois dans les veines du poumon lui-même, qui souvent présentent sous les thrombus de véritables granulations, et même des érosions tuberculeuses. (*Arch. de Virchow*, t. LXXVII.)

Traitement opératoire des anévrysmes de l'aorte, par M. Kuster. — La ligature des artères périphériques est le moyen le plus actif, le moins dangereux relativement, mais non certain. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas où la dilatation siégeait sur la crosse. L'auteur s'est contenté de lier l'artère carotide primitive du côté droit : ce cas échéant, on pourrait, quelques jours plus tard, y joindre celle des sous-clavières. Il est recommandé de cesser le chloroforme dès que l'on arrive sur l'artère. L'introduction de catgut dans le sac anévrysmal (à travers la canule d'une seringue de Pravaz) est un moyen rationnel et qui mérite d'être expérimenté. Deux observations. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, n° 51.)

Un cas d'anévrysme disséquant de l'aorte, par M. Friedlander. — La dilatation anévrysmale commence à l'aorte ascendante et suit la paroi postérieure jusqu'à la bifurcation; le sac est entièrement revêtu d'une membrane de nouvelle formation, et présente à peu près le même diamètre que l'aorte elle-même, de sorte que le tout ressemble, à s'y méprendre, à une aorte double. La fente de communication n'a que 3 centimètres de long. Les cas de ce genre sont très rares. (*Virchow's Archiv*, t. LXXVIII.)

Contribution a l'étude des centres psychomoteurs, par M. Neelsen. — Observation confirmant les idées de Charcot sur la matière. Partie anatomique très soignée; renseignements cliniques malheureusement incomplets. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXIV, p. 483.)

Un cas de désordre de l'innervation du cœur, par M. R. Bensen II. — Les observations de ce genre se multiplient depuis quelque temps. Il s'agit, comme toujours, d'accès de palpitations pendant lesquels le cœur bat d'une façon irrégulière et extrêmement fréquente (folie, ataxie du cœur), le pouls disparaît, le malade est dans un état d'angoisse inexprimable. Dans ce cas par-

ticulier, les accès étaient facilement coupés par la compression des carotides. Voyez sur ce sujet les cas de Quincke et de Herman, et les mémoires de Wasylewski (*Prag. Vierteljchft*, t. CXXXVIII) et Tuczek (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXI). (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 17.)

NOTE SUR L'EXÉCUTION DES CRIMINELS, par M. ROSENTHAL. — A propos d'une pendaison exécutée à Raab (Hongrie), où le pendu resta vingt-trois heures en vie après avoir été détaché du gibet, l'auteur propose un moyen de reconnaître la persistance des contractions du cœur, c'est-à-dire de la vie. C'est d'enfoncer dans le cinquième espace intercostal gauche, près du sternum, une épingle à insectes, munie d'un petit drapeau, qui décèlera les moindres mouvements du cœur. (*Wien. med. Presse*, 1880, n° 18.)

DU DIAGNOSTIC DES LÉSIONS VALVULAIRES MULTIPLES, par M. FURBRINGER. — Dans un cas remarquable relaté par l'auteur, on trouva à l'autopsie le rétrécissement compliqué d'insuffisance des deux orifices du cœur gauche. Pendant la vie, on n'avait jamais constaté de souffle présystolique ou diastolique. Ce qui démontre, d'après Fürbringer, « que dans les lésions valvulaires compliquées, une étude approfondie du cas particulier vaut mieux que toutes les lois générales ». (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 17.)

BIBLIOGRAPHIE

Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme et les animaux, par P. MÉGNIN. 1 vol in-8 avec un Atlas de 26 planches. — Paris, G. Masson.

Les parasites et les maladies parasitaires tendent à prendre depuis quelque temps une place tellement importante dans la pathologie de l'homme et des animaux, qu'il devenait indispensable de leur consacrer des ouvrages spéciaux où l'on pût trouver réuni tout ce qui est connu sur l'histoire naturelle des uns et la nosologie des autres.

Cela n'avait encore été fait que pour les entozoaires et les maladies vermineuses. L'auteur de l'ouvrage que nous analysons, et dont la compétence en ces matières est bien connue, nous annonce qu'il se propose de le faire pour tous les parasites tant animaux que végétaux, et pour commencer, il consacre le présent livre aux parasites articulés,et aux maladies qu'ils déterminent.

L'ordre adopté par l'auteur est celui de la classification naturelle la plus généralement suivie. Chaque chapitre se compose d'une partie essentiellement zoologique et d'une partie pathologique consacrée à l'action nocive des parasites qui viennent d'être décrits, c'est-à-dire à la description des affections qu'ils causent.

Le chapitre premier est consacré aux parasites de l'ordre des Diptères et comprend les mouches avides de sang (cousins, taons, etc.), les mouches dont les larves se développent dans les organes sains ou malades (œstrides, sarcophiles, etc.), et enfin les mouches qui sont de vrais parasites à l'état adulte (hippobosques, mélophages, etc.).

Dans la partie nosologique de ce même chapitre se trouve discutée la question des mouches dites *charbonneuses*, et nous y voyons qu'en France deux groupes de mouches suceuses de sang, les Simulies et les Stomoxes, se trouvent quelquefois dans le cas de mériter cette épithète et peuvent à l'occasion colporter des virus ; c'est exactement ce que fait la fameuse mouche de l'Afrique centrale, la *tsé-tsé*, qui n'est nullement venimeuse, comme certains voyageurs le disent.

Relativement aux larves de mouches qui se développent dans les plaies de l'homme et des animaux, l'auteur nous démontre que ce sont des mouches spéciales qui pondent dans ces plaies et que leurs larves, qui ont une très grande analogie avec les vulgaires *asticots* produits par les mouches à viande ou des cadavres, ont été à tort confondues avec ces derniers.

Le chapitre II est consacré aux parasites de l'ordre des Hémiptères qui ne comprend que les punaises; le chapitre III aux Aphanipières et aux Coléoptères parasites, c'est-à-dire aux puces, aux platypsyllides et à de petits coléoptères de la tribu des staphyliuides qui sont devenus de véritables épizoïques en Amérique.

Le chapitre IV comprend les véritables Epizoïques, tous parasites divisés en deux grandes familles, les Pédiculidés et les Ricinés, subdivisées en tribus et en un grand nombre de genres et d'espèces.

Le chapitre V, le plus important, et qui comprend à lui seul près des trois quarts de l'ouvrage, est consacré aux Acariens. Cet ordre est divisé en un certain nombre de familles qui toutes, à l'exception d'une seule, celle des Oribatides, renferment des parasites ; mais ces parasites sont loin, heureusement, d'être tous dangereux comme on a de la tendance à le croire depuis que l'on connaît bien les méfaits du plus terrible d'entre eux, le sarcopte de la gale; aussi leur étude est-elle des plus importantes, et il est indispensable de les connaître tous parfaitement si l'on ne veut pas s'exposer à commettre fréquemment l'erreur — ce qui est arrivé souvent — d'attribuer à des acariens parfaitement inoffensifs des lésions et des affections qui ont une tout autre cause.

Dans la famille des Gamasidés, qui fournit surtout des parasites aux insectes, l'homme et les animaux domestiques n'ont à craindre que les Dermanysses qui habitent les poulaillers et les colombiers, et quelquefois les jardins fumés avec la colombine.

Dans la famille des Ixodidés tous les acariens qui la composent sont parasites, suceurs de sang, mais non venimeux, au moins en Europe ; aussi nos Ixodidés indigènes, qui s'attaquent surtout aux bestiaux qui paissent, aux chiens et quelquefois aux chasseurs, sont peu dangereux.

La famille des Sarcoptidés comprend des acariens vagabonds qui vivent sur les détritus végétaux ou animaux, sur les conserves et les matières alimentaires altérées; puis des acariens qui vivent sur les oiseaux et les rongeurs en commensaux plutôt qu'en vrais parasites, et enfin les véritables *Acariens psoriques* doués d'une salive venimeuse qu'ils inoculent pour faire sourdre la sérosité dont ils vivent, et qui provoquent ainsi le développement des diverses variétés de gale de l'homme et des animaux. La grande analogie de conformation que présentent tous les acariens de cette famille, la possibilité de rencontrer fréquemment sur le corps de l'homme et des animaux des acariens vagabonds, sont des causes d'erreur trop fréquentes dans le diagnostic des affections cutanées ; aussi l'auteur s'est-il ingénié, tant par d'excellentes figures des uns et des autres, que par d'abondants détails sur leurs mœurs, à donner les moyens d'éviter de confondre les sarcoptides psoriques ou dangereux des sarcoptides inoffensifs.

L'auteur distingue huit espèces de sarcoptides psoriques avec un certain nombre de variétés, dont une seule est propre à l'homme. Quelques variétés des animaux pouvant lui être transmises, il était indispensable de les faire connaître à fond tant sous le rapport de leur organisation que sous ceux de leurs mœurs et de leurs habitudes. Nous ne croyons pas que personne avant l'auteur du présent livre l'ait fait aussi complètement et avec autant d'exactitude et de méthode.

Les affections psoriques de l'homme et des animaux sont décrites avec autant de soin que les parasites qui les causent, et nous recommandons surtout de lire les pages consacrées à la gale dite *norwégienne* et à la détermination de son origine spéciale.

Nous aurions encore à signaler dans cet important ouvrage les pages consacrées aux acariens de la famille des Trombidiés et entre autre au Rouget; celles ayant trait aux *Demodex*, à la gale folliculaire, et aussi le dernier chapitre sur les Linguatules, ces singuliers parasites que l'on classe généralement parmi les helminthes et qui sont bien des arthropodés du groupe des crustacés-lernéens, puisqu'ils

sont munis de pattes articulées dans leur premier âge, pattes qu'ils perdent ensuite comme ces derniers.

Nous terminerons en disant que cet ouvrage indispensable aux naturalistes, aux médecins et aux vétérinaires, est accompagné d'un splendide atlas de 26 planches donnant l'organisation complète des acariens parasites les plus importants et de tous les acariens psoriques. Dans le corps de l'ouvrage 63 figures sur bois représentent les principaux parasites de l'ordre des Diptères, des Aphaniptères, des Épizoïques, des Thysanoures et des Acanthothèques, le tout dessiné d'après nature par l'auteur lui-même.

François-Franck.

Chimie pathologique, recherches d'hématologie clinique, les altérations du sang dans les maladies, par M. le docteur E. Quinquaud. In-8 de 320 pages. — Paris, 1880. V. Adrien Delahaye et Cie.

Le mémoire de M. Quinquaud n'est, du propre aveu de l'auteur, que le début d'une série de recherches : aussi ne doit-on pas être surpris d'y trouver des lacunes.

Le dosage de l'oxygène du sang par l'hydrosulfite de soude (Schutzenberger) a été appliqué avec soin à l'état normal et dans les maladies. Puis M. Quinquaud, à l'aide d'un procédé nouveau, est parvenu à opérer, dans les mêmes conditions, le dosage de l'hémoglobine. En troisième lieu, il a pu par la balance analyser les matériaux solides du sérum.

Avant d'exposer les résultats obtenus dans l'état pathologique, M. Quinquaud a dû faire connaître les procédés mis en usage. Il consacre la première partie de son mémoire à l'étude des propriétés de l'hydrosulfite de soude, du dosage de l'oxygène dans l'eau et dans le sang, et de celui de l'hémoglobine dans une atmosphère d'hydrogène ou dans un vase de Mariotte. Il montre aussi quelles sont, chez l'homme et dans la série animale, les variations physiologiques. La seconde partie a trait à l'état morbide.

Nous sommes, en quelque sorte, obligé de laisser de côté toute la première partie; il faudrait, d'une part, posséder des connaissances chimiques très étendues et très précises pour saisir, dans un exposé sommaire, les détails des appareils et des manipulations; puis nous disposons de trop peu de place pour ne pas la réserver presque entièrement aux résultats pratiques acquis. Nous nous bornerons, en conséquence, à passer en revue les variations normales de l'hémoglobine.

Le chiffre de l'hémoglobine varie, chez l'homme robuste, entre 125 et 130 pour 1000 de sang. Chez les ouvriers qui travaillent dans un air confiné, chez les personnes qui restent beaucoup renfermées, ce chiffre s'abaisse à 120 et même 116. Les habitants du Midi possèdent moins d'hémoglobine que les habitants du Nord. Les scrofuleux ont aussi un chiffre faible. Les habitants des campagnes ont un sang plus riche en hémoglobine que ceux des villes. Certaines professions, celles de mineur, de cuisinier, par exemple, amènent la diminution de l'hémoglobine, alors qu'il n'y a pas encore d'état pathologique. Pendant la gestation, on constate également une diminution de la quantité d'hémoglobine.

Après cet exposé absolument nécessaire, et qu'il a eu le grand mérite de faire court en même temps que très clair, l'auteur aborde l'étude des variations de l'hémoglobine dans les maladies, et cherche à en déduire des indications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques. Voyons à quels résultats il est arrivé.

M. Quinquaud est un médecin trop instruit, un clinicien trop circonspect pour accorder de prime abord à ces recherches une valeur absolue, qu'elles ne sauraient acquérir que plus tard, quand des faits plus nombreux seront venus confirmer ses premières conclusions. Cette réserve faite, nous ne craindrons pas de dire que les analyses de M. Quinquaud ont un grand intérêt, que dans nombre de cas elles ont pu éclairer le diagnostic ou le pronostic, et que presque toujours l'événement est venu confirmer les hypothèses émises.

Le nombre des faits passés en revue par l'auteur nous empêche d'en donner même le sommaire; nous indiquerons seulement les grands traits :

Il y a, dit M. Quinquaud, des maladies destructives de l'hémoglobine : la chlorose, d'une part; le cancer, de l'autre; elles rivalisent l'une et l'autre pour la rapidité de la désorganisation, bien que les autres lésions sanguines ne soient point d'égale intensité.

A côté de ces deux affections, la tuberculose chronique, dans toute la première partie de son évolution, abaisse peu le chiffre de l'hémoglobine. Quand elle arrive à la période destructive et cachectisante, le chiffre de l'hémoglobine s'abaisse avec une assez grande énergie, mais jamais comme dans la chlorose et le cancer. Quand la tuberculose revêt une forme aiguë, on constate une destruction de l'hémoglobine assez prononcée, comparable à celle de la dernière période de la tuberculose chronique, et il n'est pas rare de noter des chiffres de 85 et même 80 grammes.

La fièvre typhoïde abaisse peu le chiffre de l'hémoglobine, au moins dans les deux premiers septenaires, où il est tout à fait exceptionnel de voir le chiffre descendre au-dessous de 108 grammes; plus tard, la destruction est un peu plus rapide. On comprend que ces constatations ont une importance réelle, puisqu'elles peuvent éclairer le diagnostic.

Voici, en effet, la proposition telle que la formule M. Quinquaud : « Lorsque, dans un cas de maladie fébrile aiguë, on hésite, d'après les signes cliniques, entre une fièvre typhoïde et une phthisie aiguë, le chiffre de l'hémoglobine peut servir beaucoup pour éclairer le diagnostic.

» Si l'hémoglobine est à 80 avant le quinzième jour de la maladie, c'est une phthisie aiguë; si, au contraire, le chiffre est supérieur à 100 grammes, c'est une fièvre typhoïde. »

Il est évident qu'un signe qui permet de préciser ce diagnostic, souvent si incertain, a une grande importance pour le praticien qui, ne s'étant pas trouvé en présence de cas semblables, est fort embarrassé pour formuler un pronostic qu'on lui demande de toutes parts. Cette incertitude est peut-être encore plus grave quand il s'agit d'une maladie de longue durée, et dans laquelle il importe de prendre vite une résolution. Dans la phthisie lente, par exemple, quand, les tubercules ne se manifestant par aucun signe local, l'affaiblissement et l'anémie laissent dans l'incertitude, le dosage de l'hémoglobine devient capital. M. Quinquaud nous affirme que dans la chlorose le chiffre de l'hémoglobine descend très bas, quelquefois à 57 grammes, tandis que dans la tuberculose il reste toujours au-dessus de 100 grammes.

Dans certains cas, où l'on peut rester fort incertain sur la nature d'une tumeur d'un viscère profond, le dosage de l'hémoglobine sert alors beaucoup; dans la carcinose, elle descend à 40 grammes et même à 38 grammes, tandis que dans les autres tumeurs, à moins d'hémorrhagie, elle reste toujours au-dessus de 80 grammes.

Tels sont les points principaux sur lesquels insiste M. Quinquaud; il leur consacre des chapitres très longs, des détails minutieux. Puis, pour les faits en quelque sorte secondaires, il réunit dans un tableau tous les résultats des dosages qu'il a faits.

On ne pourrait croire, à première vue, le nombre considédérable de faits que l'auteur a observés; son livre est presque un traité complet de pathologie; il contient donc une somme énorme de matériaux. Mais peut-on admettre sans conteste tous les résultats qu'il avance? Nous savons combien il est travailleur consciencieux; nous savons aussi combien l'observation est décevante, et, tout en accordant à l'ouvrage le plus grand crédit, nous espérons que de nouvelles recherches, soit d'émules, soit de M. Quinquaud lui-même, viendront

établir des propositions incontestables. En attendant, à M. Quinquaud revient l'honneur d'avoir ouvert cette voie féconde et d'y avoir marché hardiment.

H. Choppe.

Index bibliographique.

Du passage de la tête fœtale a travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siege, par le docteur Champetier de Ribes. In-8°, de 166 pages. — Paris, 1879, O. Doin.

Dans cette monographie très complète et appuyée sur un certain nombre d'observations inédites, l'auteur étudie une des complications les plus intéressantes de l'obstétrique. Nous en reproduisons quelques points les plus saillants et qui nous paraissent de nature à donner à nos lecteurs une idée de cet excellent travail.

Le mécanisme de la sortie de la tête arrivant la dernière dans un bassin rétréci suivant son diamètre antéro-postérieur est ordinairement le suivant. La tête se dirige d'abord transversalement et s'incline en arrière. Sous l'influence des tractions, le côté postérieur de la base passe et entre le premier dans l'excavation. La tête continue à descendre en conservant cette inclinaison, et par conséquent la partie postérieure de la voûte s'engage plus profondément que l'antérieure, jusqu'au moment où la bosse pariétale arrive en arrière au niveau du détroit supérieur.

En même temps la tête se fléchit et se porte en masse dans la moitié du bassin où se trouve l'occiput ; elle pivote de telle sorte que la bosse pariétale postérieure se loge dans l'encoche formée par la réunion du promontoire avec l'aileron du sacrum et s'arc-boute contre l'arête qui limite en ce point l'ouverture du bassin, tandis que la suture fronto-pariétale se trouve en rapport avec la partie la plus saillante du promontoire. Le côté antérieur de la voûte exécute alors un mouvement de bascule autour de la bosse pariétale immobilisée, et les parties qui appuient contre le pubis franchissent le détroit. La bosse pariétale antérieure passe donc avant la postérieure.

Une forte flexion de la tête est la condition qui favorise le plus sa descente. Quand la tête est bien fléchie, l'apophyse malaire ne s'accroche plus au pourtour du détroit supérieur. Le glissement, le tassement dans la moitié du bassin qui loge l'occiput se fait facilement ; la suture fronto-pariétale peut en arrière se placer au-devant de la partie la plus saillante du promontoire.

Le maxillaire inférieur, sur lequel on tire avec deux doigts introduits profondément dans la bouche, nous a paru être le meilleur point d'application des tractions.

On facilite considérablement l'extraction par les deux manœuvres suivantes :

1° En repoussant directement en arrière, dans la concavité du sacrum, le côté de la base du cou qui se trouve descendu derrière la symphyse pubienne.

2° En faisant faire par un aide la pression portant sur la région frontale du fœtus et dirigée suivant l'axe du détroit supérieur.

On peut espérer extraire un enfant vivant chaque fois que le diamètre bi-pariétal de la tête ne surpasse pas le diamètre antéro-postérieur du bassin d'une longueur de plus de 15 millimètres environ.

On risque de produire une fracture du pariétal, quelles que soient les manœuvres d'extraction, si la force totale employée atteint 35 à 40 kilogrammes sur un enfant à terme, 20 à 22 kilogrammes sur un enfant avant terme. Le maxillaire inférieur d'un enfant à terme peut supporter sans se rompre une traction de 25 kilogrammes.

La colonne vertébrale d'un enfant à terme s'est rompue trois fois sous un effort de 80 kilos.

Telles sont les plus importantes conclusions de l'auteur, qui a eu l'excellente idée de joindre à son mémoire quatre planches qui en complètent les observations et les expériences.

Programme de séméiotique et d'étiologie pour l'étude des maladies exotiques et principalement des maladies des pays chauds, par le docteur J. Mahé, médecin en chef de la marine, médecin sanitaire de France à Constantinople. — Paris, 1880. J.-B. Baillière et fils.

Embrasser d'un coup d'œil général l'ensemble des maladies qui constituent le cadre de la pathologie exotique, montrer à propos de chacune d'elles et pour chaque appareil de l'organisme l'état exact de nos connaissances actuelles, en étudier successivement la séméiologie, l'étiologie, l'anatomie pathologique; à côté de ces connaissances acquises, montrer quelles sont encore les conquêtes qui restent à faire dans ce vaste champ de recherches, guider le travailleur et lui indiquer, en lui montrant le but à atteindre, la voie qu'il devra suivre pour y arriver, exposer les moyens si nombreux d'investigation et d'analyse que les sciences accessoires mettent à la disposition du médecin pour ses recherches, telles sont à peu près résumées les conditions multiples auxquelles répond le livre de M. Mahé, livre écrit avec un talent et une science qu'un compte rendu est malheureusement bien impuissant à faire apprécier. Avec cet ouvrage, qui n'a pourtant pas plus de 420 pages, le médecin exerçant dans les pays chauds et voulant faire profiter la science de ses observations pourrait, à la rigueur, se passer d'autres livres. A lui seul, il ne remplace pas, bien entendu, mais il résume une bibliothèque.

Mais quittons les généralités et suivons l'auteur dans son œuvre; le lecteur sera alors mieux à même d'en apprécier toute l'importance.

L'ouvrage tout d'abord est divisé en deux parties : la première analytique, la seconde synthétique. Dans la première, consacrée à la séméiologie et à l'étiologie générales, l'auteur étudie d'abord les signes fournis par l'appareil de la digestion : langue, estomac, matières vomies et évacuations alvines; il passe en revue tous les symptômes que peuvent présenter les affections gastriques, qui, dans la pathologie des pays chauds, occupent, comme chacun sait, l'un des premiers plans de toute scène morbide. Les matières des garde-robes, dont l'étude est encore si peu avancée, si on la compare surtout à celle des autres excrétions, sont l'objet de considérations très détaillées. L'auteur passe en revue chacun des corps qui y ont été trouvés jusqu'ici, en indiquant les moyens de les déceler, et termine en donnant un aperçu de la marche à suivre pour procéder à une analyse méthodique de ces matières. Cette première partie se termine par un exposé de nos connaissances sur l'histologie pathologique de la muqueuse gastro-intestinale, où se trouvent indiquées les méthodes de préparation des pièces en vue de l'examen histologique.

Dans la seconde partie, l'auteur passe en revue les signes séméiotiques fournis par les fonctions de la respiration, de la circulation et de la calorification, et termine par un chapitre d'hématologie pathologique où, à côté de nos connaissances acquises dans cette branche importante de la science, se trouvent toutes les indications nécessaires à un examen histologique du sang, à la numération des globules et à une analyse chimique complète de ce liquide. Vient enfin la séméiologie des appareils de sécrétion. L'auteur établit d'abord quelles sont nos connaissances, restreintes, à la vérité, sur les altérations du foie, en prenant pour base de sa description la division physiologique qui découle des fonctions multiples reconnues à cet organe : la fonction glycogénique et sanguificatrice, la fonction uropoïétique et désassimilatrice, la fonction cholépoïétique ou sécrétion biliaire, et à propos de chacune d'elles il passe successivement en revue chacune des maladies exotiques. De cette étude il conclut que la première tâche du médecin appelé à voir ces maladies devra être d'explorer l'anatomie pathologique du foie, qui est encore à peu près complètement à l'état de desideratum, en prenant pour point de départ la topographie histologique de cet organe, qu'il rappelle brièvement.

Nous trouvons ensuite des développements très complets sur les phénomènes offerts par l'appareil urinaire et sur les indications nombreuses fournies par l'analyse des urines : car si dans les pays chauds l'appareil urinaire n'est pas souvent malade pour son propre compte, en revanche il participe presque toujours aux grands procès fébriles de ces mêmes climats; toutes les méthodes d'analyse quantitative et qualitative sont ensuite exposées et discutées.

Le chapitre suivant est consacré à l'*étiologie générale ;* successivement sont examinés et discutés les influences du sol et des eaux, de la race et de la nationalité sur le développement des endémo-épidémies des pays chauds, et le mode de propagation et d'extension des endémies et des épidémies.

Le troisième et dernier chapitre enfin comprend un « programme synthétique pour l'étude de la séméiologie et l'étiologie des maladies exotiques », dans lequel l'auteur, passant à dessein sous silence les faits déjà connus et devenus en quelque sorte classiques, a cherché surtout à offrir au lecteur des indications sommaires et « une sorte de questionnaire plus ou moins détaillé composé en vue d'obtenir des réponses plus nettes et plus catégoriques que celles qui existent sur tant de côtés obscurs du problème de la nosologie des pays chauds ».

Ce livre, nous sommes heureux de le répéter, rendra certainement les plus grands services aux médecins exerçant dans les pays chauds et ayant au même titre souci des intérêts de leurs malades et de ceux de la science; il leur évitera des recherches toujours longues et difficiles, les guidera dans leurs travaux, et suppléera à l'exiguïté habituelle de la bibliothèque du médecin de la marine et de l'armée.

VARIÉTÉS

Conseil municipal (séance du 5 août 1880). — *Établissement d'hôpitaux près des fortifications.* — Sur la proposition de M. Hamel, et sur un rapport de M. Bourneville, le Conseil décide qu'il sera fait essai d'hôpitaux construits d'après le système Tollet, dont il existe déjà des modèles à Bourges et à Montpellier. Elle a fait choix du poste-caserne n° 39, à la porte Saint-Ouen, boulevard Ney. La surface disponible est de 8000 mètres. Le Conseil adopte les propositions suivantes: 1° Le nom de l'hôpital sera désigné ultérieurement; 2° l'hôpital comprendra deux services de médecine et un service de chirurgie; il sera confié à des surveillantes et sous-surveillantes laïques; 3° les mesures seront prises pour loger convenablement les surveillantes et sous-surveillantes ainsi que les infirmières, en donnant le plus possible à celles-ci des chambres isolées ou à quelques lits; 4° les noms inscrits à l'entrée de chaque salle seront des noms laïques; 5° un traitement externe avec délivrance des bains, des douches, des médicaments y sera installé; 6° il y aura une bibliothèque pour les internes en médecine et une bibliothèque pour les malades; 7° l'administration est invitée à faire faire, chaque année, une statistique médico-chirurgicale par les chefs de service; cette statistique sera publiée; 8° l'administration est également invitée à prendre toutes les mesures nécessaires pour que l'ameublement soit prêt dès que l'hôpital sera terminé; 9° rien n'est changé à la situation qui existe actuellement entre l'Assistance publique d'une part, la Ville et l'Etat d'autre part, en ce qui concerne le règlement à intervenir pour les indemnités qui seront dues à l'Assistance publique pour les annexes de l'Hôtel-Dieu; 10° est acceptée, dans sa forme et teneur, la soumission de M. Tollet, annexée à la présente délibération. En conséquence, l'hôpital sera prêt à recevoir des malades dans un délai de cinq mois, à dater du jour où les bâtiments et les terrains seront livrés audit M. Tollet, et ce, au prix total et à forfait de quatre cent vingt-cinq mille francs. La dépense, fixée à 425 000 fr., sera prélevée sur le budget supplémentaire de 1880, chap. 39, § 39, art. 10.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette décision du Conseil municipal. Nous en sommes d'autant plus satisfaits qu'elle réalise un projet mis en avant par la *Gazette hebdomadaire* (7 novembre 1879).

Dans un article sur l'*encombrement* des hôpitaux, et sur les moyens d'y remédier, nous proposions, entre autres mesures, d'affecter à des services hospitaliers un certain nombre des bâtiments dit postes-casernes, bâtis dans le périmètre des fortifications. Nous faisions valoir la salubrité exceptionnelle de ces bâtiments, la facilité relative de leur appropriation à des services d'hôpital. Ils nous paraissaient particulièrement propres à servir d'hôpitaux d'isolement pour les maladies contagieuses. Nous croyons que beaucoup de ces postes (il y en a 36) servent de magasins pour l'armée. Si l'essai tenté par le Conseil municipal réussit, plusieurs autres postes pourraient être aménagés de la même manière, et cette mesure contribuerait puissamment à désencombrer nos grands hôpitaux qui sont, aujourd'hui encore et malgré la saison favorable, surchargés de malades.

Vaccination obligatoire. Projet Liouville.

M. le docteur H. Bernard (de Grenoble), qui a bien voulu déjà nous adresser des remarques sur la vaccination obligatoire (Voy. n° 27, page 434), nous prie aujourd'hui d'insérer la note suivante:

Le projet de loi Liouville rendant la vaccination et la revaccination obligatoires, a suscité quelques critiques au sein du corps médical. Dans ces circonstances, et devant une question d'hygiène aussi importante, n'y aurait-il pas lieu de prendre l'avis des médecins qui se livrent à l'opération de la vaccine? Je croirais utile et nécessaire que le ministre de l'agriculture et du commerce réunît à Paris en congrès tous les médecins vaccinateurs des chefs-lieux de département, afin de les prier d'émettre leur avis sur le projet de loi en question. Au besoin, les membres du congrès devraient rédiger un projet de loi sur la vaccine et y introduire toutes les modifications et toutes les améliorations dont ce service est susceptible. Par ce moyen on connaîtrait toutes les difficultés de la pratique de la vaccine dans les départements, et on serait à même de signaler au gouvernement les mesures à prendre pour rendre ce service plus facile. A son tour, le congrès déléguerait trois de ses membres qui seraient chargés de défendre, au sein de la commission du projet de loi Liouville, les décisions qui auraient été prises par le congrès.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 7 août 1880, M. Trélat (Ulysse), professeur de pathologie externe, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Broca.

Faculté de médecine de Montpellier. — Affaire Amagat. — On mande de Montpellier, le 8 août: « Le Conseil académique, après lecture du rapport de la commission de discipline élue au scrutin secret, après avoir entendu la défense de M. Amagat, présentée par Me Carcassonne, a eu d'abord à se prononcer sur la question suivante: M. Amagat a-t-il manqué à ses devoirs professionnels et encouru une répression disciplinaire en apposant, le 22 mai 1880, une affiche annonçant un cours non autorisé par le ministre, dans les circonstances relevées par le rapport de la commission? Sur 24 membres présents, 23 ont répondu affirmativement, et 1 a été pour la négative.

» La commission a alors formulé le projet de jugement ci-après:

« Le Conseil académique, blâmant sévèrement M. Amagat, décide que les fonctions d'agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier lui sont retirées; qu'en conséquence il est rayé du cadre de l'agrégation de ladite Faculté; décidant, en outre, qu'il conserve son titre d'agrégé près les Facultés de médecine et le traitement y afférent, laisse M. Amagat, comme tel, à la disposition de M. le ministre. »

» Trouvant la peine trop sévère, un membre a développé l'amendement suivant: « Suspension de M. Amagat pendant un an, sans privation de traitement. »

» Cet amendement a été rejeté par 21 voix contre 3 (24 votants). »

Faculté de médecine de Bordeaux. — *Concours pour une place de chef de clinique médicale.* — Un concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux le vendredi 5 novembre 1880.

— M. le docteur J. Guillaud, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Italie et en Allemagne, à l'effet d'étudier les collections de botanique et les principaux jardins de ces deux pays.

Distribution des récompenses a l'école d'infirmières. — Vendredi dernier, à quatre heures, avait lieu, à la Salpêtrière, une intéressante solennité: la distribution des récompenses aux élèves infirmières. M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, présidait. Il était assisté du docteur Legrand du Saulle. M. Quentin a annoncé son intention de fonder une école primaire d'infirmières dans chaque hôpital de la ville de Paris. Après un discours de M. Poulaville, conseiller municipal, l'économe de la Salpêtrière a donné lecture des noms des lauréates. Nous notons, parmi les plus souvent nommées, dans les différents cours, Mlles Front, Basos, Chanche, Pirouet, Roffier, Girard, Maulnois, etc. Elles reçoivent un livret de caisse d'épargne.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — D'après un décret en date du 3 août 1880, voici les nouvelles attributions conférées à cette École : L'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger décerne un certificat d'aptitude permettant d'exercer la médecine en territoire indigène. Le gouverneur général de l'Algérie détermine les circonscriptions d'exercice par des arrêtés individuels qu'il a toujours la faculté de rapporter. Le certificat d'aptitude ne peut être délivré à un Européen. Un enseignement sera organisé dans l'École en vue de ce certificat.

Les candidats pour se faire inscrire doivent :

Avoir 20 ans accomplis; passer un examen constatant qu'ils parlent et écrivent le français et possèdent les éléments du calcul. L'enseignement dure quatre trimestres consécutifs, après lesquels sont subis les examens probatoires.

Ces examens sont au nombre de deux, et peuvent être subis dans la même session.

Le premier porte sur la connaissance élémentaire des parties du corps humain et sur leurs fonctions. Le second sur la connaissance des principales maladies externes et internes, sur l'emploi des médicaments usuels, sur les soins chirurgicaux, sur les règles élémentaires d'hygiène.

En cas d'échec au premier examen, le candidat ne peut se représenter qu'après un délai de six mois. En cas d'échec au deuxième examen, le bénéfice du premier lui demeure acquis; mais il ne peut être admis à se représenter à ce second examen qu'après un délai de trois mois.

Les droits sont de 30 francs pour chaque examen.

Un arrêté spécial fixera le programme de l'enseignement, qui sera aussi le programme de l'examen.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix Ernest Godard.* — Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, « un prix de 500 fr. sera donné en janvier 1881 au meilleur mémoire se rattachant à la biologie, et aucun sujet de prix ne doit être proposé. »

En conséquence, les personnes qui désireraient concourir pour le prix Ernest Godard sont invitées à faire parvenir leurs mémoires au secrétaire général de la Société de biologie avant le 1er septembre 1880, au siège de ladite Société, 15, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

MONUMENT A BROCA. — Nous avons déjà annoncé l'ouverture de la souscription; nous rappelons qu'on souscrit dès à présent entre les mains des membres du Comité, et aussi chez MM. G. Masson, éditeur de la Société d'anthropologie, 120, boulevard Saint-Germain; Drouault, agent de la Société d'anthropologie, 76, rue de Rennes; Suby, gérant de l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Les souscriptions seront centralisées entre les mains de M. Leguay, trésorier de la Société d'anthropologie, 3, rue de la Sainte-Chapelle. — Les listes de souscription seront publiées.

STATUE A PINEL. — Sur la proposition de M. le docteur Dubois, le Conseil municipal de Paris a voté une somme de 2000 francs pour l'érection d'une statue à Philippe Pinel, célèbre médecin aliéniste mort en 1826.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République, en date du 4 août 1880, sur la proposition du ministre de l'intérieur et des cultes, sont nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Verneuil (Aristide-Auguste-Stanislas), chirurgien de l'hôpital de la Pitié, à Paris, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté. Chevalier du 22 février 1871. — M. le docteur Charcot (Jean-Martin), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté. Chevalier du 22 août 1858.

Au grade de chevalier : M. Lebas, directeur de l'hospice de la Salpêtrière, à Paris. — M. le docteur Farina, médecin à Menton.

LE DOCTEUR TANNER. JEUNE DE 40 JOURS. — On annonce de New-York, le 7 août, que le docteur Tanner, de qui nous avons entretenu déjà nos lecteurs, a réussi à achever, ce jour-là, son jeûne volontaire de 40 jours. Une sorte d'ovation lui a été faite par la foule. Nous devons dire que, en Angleterre et en Amérique même, bien des gens émettent maintenant des doutes sur la sincérité de cette expérience. M. Tanner n'est pas resté constamment, pendant ce laps de temps, sous la surveillance de témoins, et, à plusieurs reprises, il a exigé qu'on le laissât seul. Notre confrère est-il, sous le rapport de la résistance à l'inanition, le frère de Louise Lataud ? Nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur ce point.

MORTALITÉ A PARIS (31e semaine, du vendredi 30 juillet au jeudi 5 août 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1114, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 38. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 11. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 57. — Dyssenterie, 00. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 10. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 160. — Autres tuberculoses, 53. — Autres affections générales, 120. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 43. — Diarrhée infantile et athrepsie, 213. — Autres maladies locales : aiguës, 72; chroniques, 142; douteuses, 46. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 27. — Causes inconnues, 6.

Bilan de la 31e semaine. — Pendant cette 31e semaine, la mortalité conserve l'aggravation déjà constatée dans les deux semaines précédentes, aggravation qui nous paraît être en rapport avec les chaleurs fatigantes de juillet et d'août, ou plus généralement avec les conditions météorologiques ordinaires de cette saison; car, chaque année, à la même époque, on constate ce même accroissement de la mortalité, portant principalement sur l'enfance. Ainsi, dans la période décennale 1856-1865, la mortalité moyenne mensuelle de la première année de la vie étant prise pour 1000, celle du mois d'août a été de 1460! Puisque telle est l'aggravation fournie par une période de dix ans d'observations dans le département de la Seine, on peut admettre que c'est là une condition normale de cette saison, ce qui ne veut pas dire une condition nécessaire... C'est l'*athrepsie* (gastro-entérite et diarrhée enfantine) qui a subi l'aggravation la plus marquée : car avant le mois de juillet, cet état maladif des voies digestives des petits enfants était la cause de moins de 100 décès par semaine, tandis que depuis plusieurs semaines ce nombre s'élève à plus de 200 décès... A cette cause principale d'accroissement de mortalité enfantine, il faut encore ajouter l'augmentation considérable des décès par rougeole, affection qui, de un à cinq ans, a causé 33 décès; la continuité des sévices de la scarlatine qui, cette semaine, à elle seule, a été la cause de 10 décès de un à quinze ans; de la diphthérie, plutôt aggravée cette semaine, et qui pour ce seul groupe d'âge a déterminé 54 décès!...

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

SOMMAIRE. — PARIS. La responsabilité en matière criminelle. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie interne : Remarques pratiques au sujet d'une série d'inoculations de horse-pox. — CORRESPONDANCE. Hystéro-ovariotomie césarienne. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. Cas de gangrène spontanée du testicule. — Notes sur un cas de péricardite rhumatismale avec tétanie. — Sur l'insuffisance aortique et la circulation coronaire. — Apoplexie pulmonaire par affection du cœur. — Cas de cirrhose du foie chez un enfant âgé de trois mois. — Sur un symptôme négligé du cancer du sein. — Travaux à consulter. — BIBLIOGRAPHIE. Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme et les animaux. — Recherches d'hématologie clinique. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. Conseil municipal. — Vaccination obligatoire.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Contribution à l'histoire de la syphilis et de la tuberculose oculaires. Des gommes syphilitiques, de l'iris et du corps ciliaire, par M. le docteur Emile Nilot. In-8 de 144 pages, avec une planche en lithographie. J.-B. Baillière et fils. 3 fr.

Manuel pratique de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie et de l'art de formuler, par M. le docteur Camboulives. 1 vol. in-18 de 900 pages. Paris, F. Savy. 8 fr.

La librairie de la *Gazette des Eaux,* quai des Grands-Augustins, 55, met en vente aujourd'hui la vingt et unième édition de l'*Annuaire des Eaux minérales.* Nomenclature complète des Eaux minérales françaises, analyses, thermalité, propriétés thérapeutiques. Notices sur la plupart des stations thermales, etc. — C'est la publication spéciale la plus utile au médecin et aux malades. Joli volume in-18. 1 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 19 août 1880.

Académie de médecine : KYSTE MÉSENTÉRIQUE : M. TILLAUX.

La dernière séance de l'Académie de médecine, où la haute température, conjurée avec les vacances, avait fait des vides nombreux, n'eût pas été d'un bien vif intérêt sans un rapport instructif et très écouté de M. Alph. Guérin sur un cas d'anaplastie pour une blessure de l'estomac et sans l'intervention de M. Tillaux, qui est venu exposer avec beaucoup de verve et de clarté l'histoire d'un sujet qui a subi l'opération de la gastrotomie pour une invagination présumée de l'intestin, et chez lequel on a rencontré un kyste du mésentère qui a pu être attiré au dehors, lié à sa base, réséqué et extrait. Les viscères ont été remis à leur place, la plaie mésentérique restant ainsi flottante dans l'abdomen, après avoir été arrosée d'une solution phéniquée.

On trouvera au compte rendu le résumé de cette observation, très importante à plus d'un titre; mais la discussion n'a porté que sur un point, provoquée par de judicieuses remarques de M. Lancereaux. Le début des accidents appréciables avait été subit. Le malade avait été pris, pendant la marche, d'une douleur abdominale violente qui ne l'avait plus guère quitté, sauf de courts répits, pendant quarante jours, et qui n'avait cédé qu'à l'opération elle-même. Comment accorder cette soudaineté des accidents avec le développement lent et la nature foncièrement indolente de la tumeur? M. Le Roy de Méricourt adresse à l'opéré, qui était présent, une demande : N'avait-il pas, avant de ressentir de la douleur, fait un faux pas, ou éternué, ou toussé, ou subi toute autre secousse de nature à ébranler la tumeur? Mais l'opéré répond négativement. La question était néanmoins d'autant plus opportune que, comme l'a rappelé M. Lancereaux, on observe souvent, dans les cas de rein mobile, des accès douloureux provoqués par des mouvements brusques tels que la danse ou la course. M. H. Bouley a vu sur le chien des entozoaires venus de l'intestin et enkystés dans l'épaisseur du mésentère : ne s'agissait-il pas, dans le cas présent, d'une perforation intestinale de même origine et ayant donné lieu au même résultat anatomo-pathologique? Mais il paraît que la nature histologique du contenu de la tumeur ne permet pas cette supposition. Enfin, selon M. J. Guérin, tout pourrait s'expliquer par l'hypothèse d'un amas de matières fécales dans la partie de l'intestin comprimée par le kyste; mais un amas de matières fécales, qu'est-ce autre chose qu'une tumeur graduellement croissante, d'abord indolore, ne devenant douloureuse qu'à la longue et avec une intensité progressive, semblable enfin, en tout ceci, au kyste lui-même? De sorte que la difficulté d'expliquer l'explosion brusque de la douleur serait seulement déplacée et reportée, en quelque sorte, d'une tumeur sur une autre. Ajoutons que le sujet allait régulièrement à la garde-robe jusqu'au jour de l'accident et qu'il n'a pas rendu une quantité exceptionnelle de matières après l'opération. Mais peut-être l'explication pourrait-elle être demandée d'une autre manière à l'état intestinal. M. Tillaux faisait remarquer que, le kyste réséqué, il n'avait pas voulu amener et maintenir au contact de la plaie abdominale la partie restée adhérente, parce que, le kyste ne siégeant pas sur la ligne médiane mais bien un peu à droite, il aurait fallu faire subir au mésentère une torsion douloureuse. Eh bien, ne se peut-il pas que des matières fécales, non par leur quantité, mais par leur siège, ou des gaz accumulés, aient produit en cheminant une de ces torsions qui, au lieu de céder presque aussitôt, comme il arriverait sur des organes sains, et comme on le constate d'ailleurs chez les animaux dont on ouvre le ventre pendant la digestion, persisteraient ensuite indéfiniment par l'effet du déplacement définitif de la masse fixée au mésentère? Ce n'est encore qu'une hypothèse, mais aussi légitime, ce nous semble, que les précédentes.

HISTOIRE ET CRITIQUE

L'ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE SOUS TENSION.

Les propriétés physiologiques du protoxyde d'azote ont été entrevues par Humphry Davy, en 1799; mais cet habile chimiste, qui étudiait cet agent dans le but d'en faire des applications à la thérapeutique, laissa complètement de côté la question anesthésique. Ce ne fut que quarante-cinq ans plus tard qu'un dentiste américain, Horace Wells, découvrit les propriétés anesthésiques du gaz hilarant, et les appliqua avec succès aux opérations dentaires. Les premiers essais de Wells, qui datent de 1844, engagèrent quelques chirurgiens américains à employer le protoxyde d'azote pour des opérations de plus d'importance; mais la découverte des propriétés de l'éther et du chloroforme, survenue peu de temps après, ne tarda pas à faire oublier le gaz hilarant.

En 1863, le docteur Colton, qui avait assisté Wells dans ses premières expériences, fit de nouveaux efforts pour réhabiliter le protoxyde d'azote comme anesthésique. Il fonda, à cet effet, à New-York, une sorte d'institut dans lequel les chirurgiens et les dentistes pouvaient pratiquer de courtes opérations pendant l'anesthésie proto-azotée. Cet établissement eut un immense succès, et, en 1876, plus de cent mille malades avaient été anesthésiés dans l'Institut du docteur Colton sans qu'on ait eu à regretter aucun accident. Depuis cette époque, l'emploi du protoxyde d'azote, comme anesthésique,

se généralisa rapidement dans la pratique dentaire, et il n'est pas un dentiste, en Europe et en Amérique, qui n'en ait fait un plus ou moins grand usage.

Les applications à la chirurgie générale furent moins heureuses. Elles furent néanmoins assez nombreuses, surtout en Angleterre et en Amérique, pour démontrer que le gaz hilarant produit, avec une extrême rapidité, une insensibilité suffisante pour pratiquer des opérations de courte durée (fissures à l'anus, ongle incarné, etc.).

Telle est, en partie au moins, l'histoire de l'anesthésie protoazotée jusqu'à l'époque où parurent les travaux de M. Paul Bert. Ces travaux, qui ont appelé l'attention du monde médical sur un agent qui était resté pour ainsi dire relégué dans la pratique dentaire, ont une importance considérable et ont ouvert une ère nouvelle dans la pratique de l'anesthésie.

Le 11 novembre 1878, M. Paul Bert communiquait à l'Académie des sciences une note *sur la possibilité d'obtenir, à l'aide du protoxyde d'azote, une insensibilité de longue durée, et sur l'innocuité de cet agent anesthésique.*

« Je suis autorisé, disait alors M. Paul Bert, par mes expériences faites sur les animaux, à recommander très vivement aux chirurgiens l'emploi du protoxyde d'azote sous pression, en vue d'obtenir une anesthésie de longue durée. Je puis leur affirmer qu'ils obtiendront en mesurant, comme je l'ai indiqué, la pression barométrique et la composition centésimale du mélange de manière à avoir, pour le protoxyde d'azote, la tension de l'atmosphère, et, pour l'oxygène, au moins la tension normale dans l'air, une insensibilité et une résolution musculaire aussi complète qu'ils le désireront, avec retour immédiat à la sensibilité, avec bien-être consécutif parfait. Le procédé d'application du médicament présente même une commodité singulière, puisque, en présence des petites inégalités qui ne pourront manquer de se produire d'un individu à l'autre, en raison de susceptibilités spéciales, il suffira soit d'augmenter légèrement, soit de diminuer la pression barométrique, ce qui se fait avec la plus extrême facilité par le jeu d'un robinet.

» Je ne vois qu'une seule difficulté : elle tient à l'appareil instrumental nécessaire pour l'application du protoxyde d'azote sous tension. Je reconnais que l'obstacle est absolu pour la chirurgie des armées, pour celle de la campagne. Mais la plupart des grandes villes, et c'est là que se font presque toutes les opérations graves, possèdent des établissements de bains d'air comprimé. L'installation d'une salle où pourraient trouver place, aux côtés du patient et de l'opérateur, une douzaine d'assistants, ne coûterait pas plus d'une dixaine de mille francs, faible dépense pour les administrations hospitalières.

» Ce sont là, du reste, des difficultés d'ordre secondaire et dont la solution revient aux chirurgiens; c'est à eux également qu'il appartiendra de résoudre les multiples questions de détail que soulève toujours l'application d'un nouvel agent thérapeutique. Il doit me suffire, comme physiologiste, d'avoir indiqué cet agent, montré les immenses avantages de son emploi, et insisté, entre autres, sur son innocuité si merveilleuse et si facilement explicable. »

Nous avons publié, en 1878 et en 1879, les notes si intéressantes communiquées par M. Paul Bert à l'Académie des sciences et à la Société de chirurgie, et nous avons fait connaître les résultats des premières applications de la méthode aux opérations de la grande chirurgie (*Gazette hebd.*, 1879, n°s 14 et 39). Le nombre des opérations était cependant encore trop restreint pour qu'il fût permis de formuler une opinion définitive sur la valeur pratique de la méthode.

Il n'en est plus ainsi aujourd'hui que les opérations pratiquées sous la cloche sont aussi nombreuses que variées. Actuellement, leur chiffre dépasse cent cinquante, et on peut dire que, dans la grande majorité des cas, le succès a été aussi complet que possible.

Nous avons suivi avec le plus grand intérêt les expériences commencées en mars 1879 dans l'établissement de M. le docteur Fontaine, et continuées depuis dans divers hôpitaux de Paris. On peut, suivant nous, regarder comme démontré que la méthode est applicable à toutes les branches de la chirurgie opératoire, mais encore, ce qui est plus important, que le protoxyde d'azote, mélangé d'oxygène et employé sous pression, présente, par la suppression de l'asphyxie, une bien plus grande innocuité que lorsqu'il est employé pur.

La première opération a été faite par M. le docteur Léon Labbé dans l'établissement de M. le docteur Daupley. Ce chirurgien en a pratiqué aujourd'hui plus de trente et avec un succès constant. M. Péan a employé la nouvelle méthode, pendant plus d'une année, à l'hôpital Saint-Louis. Plus récemment, MM. Périer et Le Dentu ont également opéré sous la cloche anesthésique.

Parmi les opérations pratiquées, nous citerons douze ablations du sein, huit opérations sur les os, une amputation de cuisse, deux pour ongle incarné, huit pour fistule à l'anus, six extirpations de tumeurs diverses, quatre pour épithélioma des lèvres, une résection du nerf sus-orbitaire, deux réductions de l'épaule datant de trois ou quatre jours, etc. Cette énumération suffit pour démontrer que la méthode peut s'appliquer à toutes les opérations chirurgicales.

La durée de l'anesthésie a varié de quatre à vingt-six minutes. L'insensibilité complète a été obtenue sans traverser aucune période d'excitation, et au bout d'un temps variant de quinze secondes à deux minutes Le retour à la sensibilité avait lieu, ordinairement, après une demi-minute ou une minute; dans quelques cas, un certain degré d'analgésie persistait encore pendant les deux ou trois minutes qui suivaient la cessation des inhalations.

Les expériences de M. Paul Bert ont permis de constater que le pouls et la respiration s'accélèrent au début de l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous tension. Ce phénomène, qui avait déjà été signalé par Herrmann et plusieurs observateurs, n'a aucune importance pratique, car il disparaît aussitôt que l'anesthésie est complète.

Contrairement à ce qui a lieu avec le chloroforme ou l'éther, le protoxyde d'azote mélangé d'oxygène et sous tension augmentée ne donne lieu ni à des vomissements, ni à aucun malaise consécutif. Dans la grande majorité des cas, les malades sortent eux-mêmes de la cloche sans se plaindre et sans qu'il soit nécessaire de les transporter sur un brancard. Cette absence de vomissements nous paraît être l'un des grands avantages de l'anesthésie proto-azotée; car on sait que le succès d'un certain nombre d'opérations faites sur l'abdomen ou sur les yeux est souvent compromis par les vomissements, parfois incoercibles, que l'on observe après l'administration du chloroforme.

On a souvent observé, pendant les premières anesthésies pratiquées selon la nouvelle méthode, l'apparition de contractures dans les membres. Cette complication, qui semblait assez grave, avait d'abord inquiété les opérateurs; mais M. Paul Bert a reconnu qu'elle tenait à ce que le protoxyde d'azote n'était pas sous une tension suffisante. Il suffit, en effet, pour calmer ces contractures et les faire disparaître, de

faire monter la pression dans la chambre de 2 à 3 centimètres, ce qui peut être obtenu avec une grande facilité.

La pression a oscillé entre 15 et 22 centimètres. Dans quelques cas très rares, il a fallu aller jusqu'à 26 centimètres pour obtenir l'insensibilité et la résolution. Cette facilité avec laquelle on augmente la pression, et par suite l'insensibilité, constitue un des grands avantages de la méthode.

Nous avons déjà fait remarquer qu'il arrive souvent qu'un certain degré d'analgésie persiste pendant deux ou trois minutes après les inhalations. Cette propriété qu'a le protoxyde d'azote d'entretenir pendant quelque temps l'insensibilité en dehors de toute inhalation, tient à ce qu'une grande quantité de gaz s'est accumulée dans le sang. Elle peut être mise à profit dans les cas où une opération doit être pratiquée sur les parties du visage que recouvre d'ordinaire le masque à inhalation. C'est ainsi que plusieurs opérations d'ablation de tumeurs épithéliales de la lèvre et de la joue ont pu être pratiquées à l'aide de la nouvelle méthode anesthésique.

Il sera très facile, pour obtenir ce résultat, d'accumuler une grande quantité de gaz dans le sang du malade, puisqu'il suffira pour cela d'augmenter de quelques centimètres la pression de l'air à l'intérieur de la chambre, de la porter, par exemple, jusqu'à 30 centimètres.

Le rapide retour à l'état normal qui, sauf l'analgésie, survient habituellement après l'anesthésie proto-azotée, si différent de ce qu'on observe avec le chloroforme, tient à ce que le protoxyde d'azote ne contracte pas de combinaison chimique dans l'organisme, mais se dissout simplement dans le sang. Dès qu'il n'y en a plus dans l'air inspiré, il s'échappe assez rapidement par le poumon, comme l'ont montré à M. Paul Bert les analyses des gaz du sang.

Les autres anesthésiques donnent des résultats tout différents. Le chloroforme, l'éther et en général tous les carbures et chlorocarbures d'hydrogène, introduits dans l'organisme, n'y demeurent point indifférents; ils s'y dissolvent dans les matières grasses des organes, notamment dans le sang et dans les centres nerveux. Lors donc qu'on cesse les inhalations et qu'on fait respirer l'air libre, il reste encore du chloroforme dans l'organisme, ce qui explique la continuation de l'anesthésie.

D'autre part, le mode de dosage du chloroforme, administré par le procédé ordinaire, est loin d'être parfait. Le chloroforme s'évapore plus ou moins vite suivant que la température est plus ou moins élevée, que l'atmosphère ambiante est plus ou moins saturée de ses vapeurs; il se trouve dans les voies respiratoires en quantité variable, ce qui tient aux mêmes causes et aussi à la distance plus ou moins grande qui sépare la compresse imbibée de chloroforme des voies respiratoires. Avec le protoxyde d'azote, rien de semblable : la quantité de protoxyde d'azote respirée est toujours la même, et, comme elle est suffisante pour amener l'anesthésie, il en résulte que le malade devient et demeure insensible aussi longtemps qu'on le juge convenable.

A une même pression, la quantité de protoxyde d'azote absorbée par le malade ne saurait varier; le malade se sature de ce gaz, mais ne s'en sursature pas, à moins qu'on ne fasse augmenter la pression. Pour le chloroforme, la quantité absorbée par le malade varie, au contraire, à tous les instants.

D'après M. Blanchard (1), M. Paul Bert a fait une série d'expériences encore inédites qui démontrent que la *zone maniable* du protoxyde d'azote est beaucoup plus considérable que celle du chloroforme. Il résulte de ces expériences que, pour le chloroforme, si la dose anesthésique est représentée par 2, la dose mortelle sera 3; la zone maniable est donc comprise entre 2 et 3. Pour le protoxyde d'azote, la zone, qui n'est pas encore très exactement déterminée, est certainement plus étendue. Il résulte de là que le chloroforme, lorsqu'il procure l'anesthésie, est peu éloigné de donner la mort; on ne doit donc s'en servir qu'avec les plus grandes précautions. Le protoxyde d'azote, au contraire, administré par le procédé de M. Paul Bert, est plus éloigné de ce fâcheux résultat lorsqu'il amène l'anesthésie; son emploi est donc loin de présenter les dangers qu'on redoute, à juste titre, avec les carbures et chlorocarbures d'hydrogène.

Si l'on considère le nombre considérable d'opérations faites par les dentistes avec le protoxyde d'azote, le plus souvent en dehors de toute compétence, on voit qu'en effet ce gaz est extrêmement facile à manier et qu'il n'occasionne que très rarement des accidents. Tout le monde sait qu'on ne peut pas en dire autant du chloroforme et de l'éther et que, la liste est longue des accidents survenus par leur emploi, même quand ils sont maniés par les plus habiles opérateurs.

M. le docteur Fontaine a justement fait remarquer qu'il est un seul cas où le mélange gazeux de M. Bert pourrait être employé sans le secours de la cloche, c'est dans les mines très profondes. Il existe deux puits en Angleterre, où le baromètre marque 90 et 92 centimètres; en cas d'accidents de personnes, les chirurgiens pourraient y obtenir l'anesthésie simplement en faisant respirer ce mélange à l'air libre.

(*A suivre.*) A. Lutaud.

(1) Nous avons consulté pour la rédaction de cet article deux ouvrages importants qui viennent d'être publiés sur l'anesthésie. Le premier, dû à M. le docteur Raphaël Blanchard, est intitulé : *De l'anesthésie par le protoxyde d'azote d'après la méthode de Paul Bert*; le second, dû à M. le docteur Rottenstein, est intitulé : *Traité théorique et pratique d'anesthésie chirurgicale*, et contient des renseignements précis sur l'anesthésie proto azotée.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Recherches cliniques sur le daltonisme. — La dyschromatopsie dans ses rapports avec la médecine publique, par M. le docteur H. Favre (de Lyon).

Le daltonisme peut être cause de discussions, de contestations, de batailles, de pertes industrielles et commerciales, d'accidents terribles, de malheurs irréparables. Son étude intéresse la médecine publique et l'administration de la justice.

I

Le nombre des personnes en désaccord sur les couleurs est très grand chez les individus du sexe masculin, mais les relevés statistiques doivent nécessairement varier selon les pays où ils ont été établis et suivant les épreuves auxquelles on a soumis le sens chromatique.

J'ai examiné plus de 10 000 hommes par différents procédés et individuellement. Je les ai mis en présence des cinq couleurs élémentaires prises isolément, et je me suis assuré que plus de 1000 d'entre eux, c'est-à-dire plus de 10 pour 100 n'étaient pas à même de distinguer une ou plusieurs de ces cinq couleurs. Les hommes examinés étaient des adultes, sachant au moins lire, écrire et compter, sortant, pour la plus grande partie, de l'armée, et originaires des départements du Rhône, de l'Ain, de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Isère, de la Drôme, de l'Ardèche, de Vaucluse, de la Loire et de la Corse; sur ces 10 cas de dyschromatopsie, 2 environ sont graves et relativement dangereux, 8 sont constitués par une chromatopseudopsie nuisible ou gênante.

Un tel état de choses donne lieu nécessairement à des

erreurs, à des discussions, à des accidents, à des désaccords fréquents.

J'ai recherché ces faits qui doivent être innombrables et qui sont passés si souvent inaperçus; je désirais surtout rencontrer ceux qui se sont produits en public et particulièrement devant les tribunaux. J'ai pu m'adresser à des magistrats, à des avocats, à des greffiers qui ont exercé leurs fonctions pendant plus de trente ans, sans trouver dans leurs souvenirs un seul cas se rapportant au sujet que je veux étudier aujourd'hui.

Dans les écoles, des discussions se sont produites souvent sur les couleurs, et Charles Lavergne a vu, à Southport, deux enfants en venir aux mains à la suite d'une discussion sur le *rouge*.

Un ouvrier tisseur, ne s'étant pas conformé dans son travail aux dispositions établies par le fabricant, avait fait une pièce invendable. Il était cité devant un tribunal de commerce et accusé de négligence ou de mauvaise volonté. Potton démontra que cet ouvrier était affecté de daltonisme.

Devant le Conseil des prudhommes de Lyon, M. le docteur Passot a pu constater trois fois la dyschromatopsie chez des apprentis accusés par leurs patrons d'étourderie ou de défaut d'aptitude. Les malfaçons de ces apprentis avaient occasionné des pertes sérieuses. Suivant l'avis du médecin du Conseil des prudhommes, le contrat d'apprentissage fut résilié.

M. A..., ancien procureur général, député, se souvient d'avoir, dans un procès criminel, remarqué la contestation d'un témoignage au sujet de la couleur d'un vêtement.

M. de R..., substitut du procureur de la République à B..., m'a dit avoir siégé dans une affaire de vol, dans laquelle il s'agissait de savoir si l'accusé portait tel jour un habit noir, volé, ou, comme il le prétendait, un habit bleu barbeau qui lui venait de son grand-père. Parmi les témoins, les uns assuraient qu'ils avaient vu l'habit noir, d'autres qu'ils avaient vu l'habit bleu. Les deux habits avaient été apportés à l'audience.

Il est possible que, dans le plus grand nombre des cas, un désaccord provenant de la fausse appréciation des couleurs, n'ait pas une grande importance devant la justice, et sans doute le plus souvent la conviction des juges doit pouvoir se faire à l'aide d'autres moyens d'information ; mais il peut arriver aussi qu'il y ait un certain intérêt à savoir qui a tort ou raison dans cette appréciation; alors l'examen du sens chromatique des personnes en désaccord lèvera tous les doutes.

Dira-t-on que si la fausse appréciation des couleurs avait entravé d'une manière sérieuse l'action de la justice, elle eût été signalée déjà?

Il est probable que les contestations observées ont été attribuées à d'autres causes que la dyschromatopsie, à la mauvaise foi des personnes, par exemple...; dans tous les cas les désaccords peuvent avoir été fréquents sans que l'attention ait été éveillée sur leur signification réelle.

Les objets colorés servent dans certaines circonstances à porter des jugements. Les examinateurs, les juges des concours ne votent-ils pas souvent, à la suite des épreuves, avec des boules de différentes couleurs? Nous n'attirerions pas l'attention sur ce genre d'erreurs si nous n'avions pas justement un bel exemple à citer. Il nous est fourni par M. le docteur C..., professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Notre confrère fait depuis longtemps partie d'une conférence d'amis où chacun, à tour de rôle, parle sur un sujet donné. Afin d'exciter l'émulation des membres de cette réunion et de laisser à chacun toute liberté pour exprimer son jugement, il a été convenu que les communications seraient suivies d'un vote au scrutin secret. Les différents degrés d'approbation se prononcent à l'aide de boules blanches, rouges ou vertes, qui signifient : *Très bien, bien, assez bien.* Or, à plusieurs reprises, M. le professeur C..., après avoir traité d'une manière très convenable le sujet proposé, eut le désagrément de voir, parmi les boules blanches et rouges qu'il avait recueillies, sortir une boule verte ! C'était son ami, M. D..., très daltonien, qui, bien sans le vouloir, lui avait fait cette surprise! Il ne convint pas facilement de son erreur; il assurait qu'il avait voté avec une boule rouge.

Je cherchais depuis six ans une erreur qui doit se produire des centaines, peut-être des milliers de fois chaque jour, c'est l'erreur sur le timbre-poste (1). Je n'ai pu la trouver que l'année dernière, en 1879 ; elle avait eu lieu entre deux frères daltoniens, dont l'un habite Saint-Etienne, l'autre Lyon; ce dernier dut payer une surtaxe, son frère ayant confondu le vert avec le bleu.

Ces erreurs sont très fréquentes, mais doit-on les attribuer toujours au daltonisme? Il est difficile de se prononcer à cet égard ; l'on peut cependant croire que celui qui affranchit avec un timbre de 40 centimes une lettre qui ne doit coûter que 10 centimes, que celui qui affranchit avec un timbre de 15 centimes un envoi qui ne doit être taxé que 5 centimes, se sont trompés sur la couleur de ces timbres. J'ai eu récemment l'avantage d'être renseigné par plusieurs hauts fonctionnaires de l'Administration des postes, qui tous ont pensé que ces erreurs devaient être attribuées, pour la plus grande part, à la fausse appréciation des couleurs. Aussi, comme conséquence de cette opinion, ont-ils demandé l'augmentation du diamètre des chiffres indicateurs de la valeur des timbres, et ont-ils été d'avis de faire subir la visite des couleurs aux agents et sous-agents des postes. Nous avons vu récemment plusieurs daltoniens qui, depuis longtemps, ont appris à leurs dépens à ne se fier qu'au chiffre pour le choix de leurs timbres-poste.

Dans la famille, la dyschromatopsie est souvent pour ceux qui en sont affectés l'occasion de contrariétés, de désagréments considérables. Un très grand nombre de daltoniens m'ont assuré que s'étant aperçus de bonne heure du défaut de leur sens chromatique, ils avaient renoncé bientôt à se prononcer, parce que leurs erreurs sur les objets colorés avaient été pour eux l'occasion de moqueries, surtout de la part de leurs sœurs ou de leurs tantes. Ils avaient conservé, même dans un âge avancé, un souvenir très pénible de cette période de leur vie, et, sans nul doute, leurs sentiments affectueux pour leurs sœurs ou leurs tantes avaient été singulièrement altérés par les taquineries qu'ils avaient dû subir de leur part. L'un d'eux qui, âgé de près de soixante ans, croit à la guérison du daltonisme par l'exercice, et qui a vu son état s'améliorer à l'aide de ce moyen, exprimait, il y a peu de jours, le regret de n'avoir pas été exercé au temps opportun par les personnes mêmes qui l'avaient si souvent plaisanté.

Le daltonisme pourrait être cause de dissentiments graves entre époux. Dix fois sur cent, il constitue pour le chef de la famille un état relatif d'infériorité.

Les faits suivants montreront que nous ne nous abandonnons pas à des suppositions :

N..., 58 ans, examiné pour les couleurs le 5 mai 1876, ne distingue absolument que le bleu, qu'il a peut-être appris à connaître sur l'uniforme de facteur des télégraphes qu'il porte depuis vingt-huit ans. Je l'examine par plusieurs procédés et, malgré l'évidence, il ne veut pas convenir de son infirmité. Il assure qu'il n'y a pas pour lui d'utilité à connaître les couleurs, qu'il les connaît, que s'il ne donne pas la preuve très positive de cette connaissance, c'est que les couleurs que je lui montre ne sont pas pures... Il est atteint aussi gravement qu'il soit possible, je lui donne un assortiment de lames en l'engageant à se faire exercer. Mais il a déjà souvent contredit sa femme à propos des couleurs; il a même réclamé ses droits de chef de la famille : il n'a pas voulu du tout, en cette qualité, reconnaître l'infériorité de son jugement. N... est un excellent homme, très dévoué aux siens ; les difficultés de son caractère ne se sont produites qu'à propos des couleurs. Je l'examine un jour devant sa femme; je ne savais pas encore que le daltonisme avait failli troubler gravement ce ménage. Il éprouve une

(1) Cette erreur a été signalée par Joy Jeffries, qui en cite un exemple, *Color Blindness its dangers and its Defection*, p. 21, 1879. Boston.

très vive contrariété, fait les plus grands efforts d'attention et, se voyant obligé de reconnaître les erreurs nombreuses qu'il a faites, il dit : « Les couleurs... c'est l'affaire des femmes. » Comme Scipion a pu dire jadis : « *De minimis non curat prætor.* »

Je rapproche de cette observation celle du docteur Féris (*Du daltonisme dans ses rapports avec la navigation*, 1876, p. 11 et 20) :

L. G..., commis aux vivres. J'eus toutes les peines du monde à obtenir qu'il se soumît à mon examen. Il ne voulut pas tout d'abord m'avouer qu'il ne connaissait pas parfaitement les couleurs. J'appris de lui que sa femme, qui est tailleuse, avait voulu, en l'habituant peu à peu aux couleurs par un exercice graduel, lui donner des notions chromatiques plus étendues. Eh bien, son amour-propre à ce sujet va si loin qu'il a toujours refusé de se soumettre à ce genre d'éducation.

D'après un des collègues de L. G..., sa femme n'aurait renoncé aux exercices qu'elle avait entrepris qu'après avoir essuyé de fréquentes et de très vives discussions.

II

Les examens du sens chromatique ont été faits, jusqu'à présent surtout, en vue des services des chemins de fer, de la marine ou de l'armée, et l'on ne s'est préoccupé que de la connaissance ou de l'ignorance des couleurs élémentaires. Si les recherches avaient été dirigées en vue de constater l'aptitude des personnes aux professions industrielles ou commerciales qui s'exercent sur les objets colorés, et c'est le cas de presque toutes ces professions, l'on aurait facilement constaté que l'ignorance des couleurs est la règle et la notion exacte l'exception. Citons seulement la teinture, le commerce des matières premières, de la droguerie, la fabrication et le commerce des étoffes... Nous avons réduit pour l'examen des candidats au chemin de fer la preuve d'aptitude au minimum, en réclamant seulement la notion exacte du *rouge*, de telle sorte que ceux que nous refusons d'admettre mériteraient bien de recevoir la qualification d'*aveugles pour les couleurs*, si nous ne repoussions pas absolument, même pour caractériser leur état, cette expression; mais si nous avions à nous occuper des teinturiers, des fabricants d'étoffes, des tailleurs, des commis de magasins de nouveautés, il faudrait peut-être voir si ces personnes seraient à même de distinguer de 200 à 300 couleurs ou nuances. Les bons ouvriers, les acheteurs habiles et les bons vendeurs montrent leur supériorité par la valeur de leur sens chromatique autant que par les autres qualités de leur intelligence. Il n'est plus ici question de la confusion entre le rouge et le vert, le bleu et le violet, mais bien des nuances innombrables se rapportant au rouge, au rose, au vert, au jaune, à l'orangé, au bleu, au violet, au gris, aux couleurs dites de mode... qui varient d'une saison à l'autre, et sur lesquelles il ne faut pas se tromper à moins de s'exposer à des pertes considérables...

Citons quelques exemples : M. Pascal, marchand de doublures, d'articles dits de la Montagne, avait à Villefranche S. S... un acheteur qui, très souvent, lui envoyait des pièces qui n'étaient pas conformes aux échantillons ou aux désignations contenues dans les lettres de commande; aux observations qui lui furent adressées, l'employé répondit qu'il s'était rigoureusement conformé aux ordres qu'il avait reçus. Les mêmes erreurs s'étant reproduites, M. Pascal comprit que son acheteur ne savait pas mieux faire, et il dut se passer de ses services.

Les étoffes pour les doublures sont en général de couleur grise, tirant sur le jaune, le bleu, le vert, le marron ou le rose, et sur ces couleurs ou nuances les erreurs peuvent se faire bien plus aisément que sur les signaux des chemins de fer ou de la marine!

M. N. A..., marchand tailleur depuis plus de trente ans, a très souvent observé des erreurs d'appréciation chez ses clients pendant qu'ils choisissaient des étoffes. De 1857 à 1863, époque à laquelle l'on portait, l'été, des vêtements de couleur claire, tirant sur le rose, mastic, gris de plomb, bleu grisâtre, deux de ses ouvriers paraissaient s'obstiner à coudre les boutonnières avec de la soie plus foncée que l'étoffe; il dut leur faire des observations, et comme ils prétendaient qu'ils assortissaient bien, il les congédia.

Au mois de janvier 1874, Mme M... me dit que le chef d'une grande maison de nouveautés de Joinville avait un fils qu'il destinait particulièrement aux achats. Ce jeune homme fit de très nombreuses erreurs, avoua qu'il voyait tout terne, et fut relégué aux écritures. A la date du 12 août 1875, M. Sarrazin, bijoutier à Lyon, m'a raconté que quelques jours auparavant un ouvrier s'était présenté pour lui vendre une bague ornée d'un rubis. Cet ouvrier n'était pas du tout fixé sur le nom et sur la couleur de cette pierre ; il disait qu'elle était bleue, et il parut être très étonné quand M. S... lui dit le nom et la couleur véritables.

Mais ce sont les teinturiers qui nous ont donné les renseignements les plus explicites. L'apprentissage est très long, de deux ans au moins; plusieurs sont obligés d'y renoncer, et malgré toutes les précautions, les pertes occasionnées par les erreurs ne sont pas de moins de 2 pour 100.

Paul V..., ancien sergent-major au 25e de ligne, teinturier de son état, a trouvé, dans plusieurs localités de la Provence où il a travaillé, beaucoup d'erreurs sur les couleurs, surtout dans la campagne. Il me dit, le 19 septembre 1873, que les erreurs se faisaient surtout sur le violet, que l'on prenait pour du bleu ou du vert; sur le jaune foncé, que l'on prenait pour du vert. Il a remarqué très peu d'erreurs sur le rouge écarlate; les rouges foncés étaient souvent pris pour du marron ou du vert foncé.

Les femmes ne font-elles pas aussi des contre-sens sur les objets colorés? Madame Pelletier oublie, il y a quelques jours, un parapluie *bleu* dans une voiture. Elle envoie sa bonne au dépôt des objets perdus. Celle-ci revient en disant qu'elle n'a trouvé qu'un parapluie *vert* répondant au signalement donné par sa maîtresse, Madame Pelletier se rend elle-même à la fourrière; elle rapporte son parapluie *bleu*, et la bonne maintient qu'il est *vert*.

Les erreurs sur la couleur des vêtements sont très fréquentes. Nous pourrions citer des centaines d'exemples : tel un Biskri qui, venu dans un magasin pour acheter un turban rouge, le refusa comme noir malgré les affirmations de plusieurs personnes, et le docteur X..., qui faillit manquer son mariage pour s'être montré chez sa fiancée avec un pantalon rouge qu'il croyait être gris.

Nous avons reconnu la nécessité pour chacun de distinguer au moins les cinq couleurs fondamentales; elles constituent les principaux points de repère; nous avons abaissé ce minimum autant qu'il puisse l'être en réclamant seulement pour les employés des chemins de fer la notion du rouge et l'examen sur les signaux. Dans cette région un tel examen nous oblige à réformer 1 candidat sur 75 à 100.

L'on a dit que les couleurs élémentaires sont au nombre de trois, de quatre..., que ceux qui possèdent la notion exacte de ces couleurs ont ou peuvent avoir la connaissance de toutes les couleurs..., Cela est possible, mais cela n'est pas prouvé. Ce qui est certain, c'est que l'on connait les couleurs que l'on a apprises, que les couleurs s'apprennent comme le reste, qu'elles vont à l'infini et que le sens chromatique doit les suivre... à perte de vue!

Si donc l'on ne se contentait pas d'éliminer les daltoniens des professions où ils peuvent mettre en danger la vie des personnes, si l'on voulait les obliger à ne pas s'engager dans celles où leur infirmité menace les intérêts, il ne faudrait pas se borner à explorer le sens chromatique dans ses rapports avec les couleurs élémentaires : il faudrait aussi, suivant les professions, examiner sur les objets qui doivent être journellement sous les yeux et dans les mains des personnes en

question. Il faudrait évidemment adopter un critérium particulier et le mettre en rapport avec les services que l'on doit attendre du sens chromatique.

Or, jamais ou presque jamais l'on ne se préoccupe de cette précaution indispensable; l'on agit comme si la notion des couleurs était naturellement acquise à chacun, et, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'éducation du sens chromatique se fait le plus souvent au hasard.

Et, ce qui est encore plus surprenant, si quelqu'un, sans doute moins bien doué que la plupart, ne possède pas à un moment donné le minimum de connaissance des couleurs, l'on s'empresse de déclarer que celui-là est incapable de posséder jamais ces connaissances avant d'avoir essayé de l'aider à les acquérir. L'observation de chaque jour, au contraire, démontre d'une manière bien évidente que pour ce qui concerne le sens chromatique rien ne manque moins que le fonds.

III

Il est utile que les magistrats aient une notion exacte des couleurs, et cette connaissance est surtout nécessaire aux juges de paix, qui ne sont pas assistés par un collègue à leurs audiences; mais si le juge de paix était daltonien, il suffirait que son greffier fût à même de le renseigner sur les couleurs. Dans les tribunaux, les magistrats sont au nombre de quatre au moins, et dans ces conditions il n'est pas probable que l'œuvre de la justice soit altérée par la fausse appréciation des couleurs. Il suffit que l'attention de la magistrature soit appelée sur la possibilité de telles erreurs.

Il importe que les avocats et les avoués ne soient pas daltoniens. J'ai connu cependant des avocats daltoniens et je dois dire que le défaut de leur vision ne les empêcha pas d'arriver au premier rang parmi leurs collègues.

Mais comment pourrions-nous concevoir qu'un expert daltonien fût à même de prêter un concours utile à la justice? Qu'il s'agisse de falsifications d'écritures, de contrefaçons, de fraudes, d'adultérations de substances médicamenteuses ou alimentaires, de rapports médico-légaux, de renseignements à donner sur un produit quelconque, nous trouvons toujours l'élément couleur en évidence parmi les caractères spéciaux! Il est inutile d'insister, il suffit d'ouvrir un traité de médecine légale et à chaque page, presque à chaque ligne, nous trouvons la couleur!

Et si le médecin légiste doit faire usage d'un sens chromatique exercé pour décrire les organes, les solides et les liquides de l'économie, apprécier leurs altérations, définir les productions pathologiques, les experts pharmaciens et chimistes sont dans la nécessité, à plus forte raison, d'avoir une notion très exacte et très étendue des couleurs, afin de pouvoir distinguer les caractères innombrables qui se tirent des changements de coloration et des réactions spéciales qui révèlent la présence des liquides de l'économie, du sang, du sperme, par exemple, de certains aliments ou des poisons. En un mot, la couleur est un caractère essentiel pour la plupart des corps solides, liquides ou gazeux.

Trouverai-je des erreurs commises par des experts affectés de daltonisme? Ce ne sera pas à coup sûr mon savant collègue et ami, M. Ferrand, ancien préparateur de Chevreul aux Gobelins, honoré depuis longtemps, et à si juste titre, de la confiance des tribunaux, qui me fournira des exemples! Doué d'un sens chromatique de premier ordre, il a eu, dans les délicates fonctions dont il est chargé, l'occasion de rectifier bien des erreurs. Les pièces à conviction, les objets saisis à la suite des crimes et des délits lui sont apportés, accompagnés de procès-verbaux faits par des gardes champêtres, des gendarmes ou d'autres agents de l'autorité. Or, il arrive très souvent, et nous avons eu le 25 juin 1880 un tel fait sous les yeux, que les descriptions, en ce qui touche les couleurs, sont erronées. En rétablissant les caractères réels de ces objets dans leurs rapports avec les crimes et les délits, M. Ferrand fournit à la justice un témoignage dont l'importance doit être considérable dans le plus grand nombre des cas.

J'ai connu des chimistes, des botanistes et des micrographes daltoniens, qui, dans plusieurs circonstances, éprouvèrent de l'embarras par le fait du défaut de leur vision. L'un d'eux, après avoir très longtemps étudié les caractères d'une famille de végétaux et réuni des documents en très grand nombre, dut renoncer à la publication d'une monographie dont il avait tous les éléments, à cause de la difficulté qu'il éprouvait à donner la description de la couleur des fleurs et des fruits. Un autre eut, au Jardin botanique du parc de la Tête-d'Or, une discussion fort vive avec un de ses amis au sujet d'une fleur qu'il disait être bleue et qui était en réalité violette. Il fut très affecté d'être obligé de reconnaître, à l'âge de vingt ans, le défaut de sa vue. Il avait déjà, dans les musées de Turin, de Milan et de Venise, été souvent en désaccord avec ses compagnons de voyage, sur la valeur d'un grand nombre de tableaux.

Les médecins praticiens et les pharmaciens affectés de chromatopseudopsie acquièrent, en général, des qualités de compensation qui leur permettent d'exercer leur profession sans danger pour les malades. Si je n'ai jamais trouvé chez eux l'entêtement particulier dont j'ai cité deux exemples, il ne m'a pas été facile de faire apprécier à quelques-uns le mérite du traitement par l'exercice.

La dyschromatopsie chez les peintres ne peut être très nuisible qu'au porteur. Elle a pu devenir une cause de contestations (*Des mesures sanitaires*, etc. A. Favre, Lyon, p. 25), et sans nul doute un daltonien de talent peut exercer une très fâcheuse influence sur le goût d'une époque; cela doit être arrivé.

Si je ne m'étais pas imposé pour règle de m'abstenir de toute supposition et de ne me laisser guider que par l'observation attentive des faits, je pourrais passer la revue de presque toutes les professions, indiquer la possibilité des erreurs et leurs conséquences. Je pourrais me livrer à des études rétrospectives, chercher dans les romans de chevalerie, et voir si dans les tournois où les couleurs jouaient un si grand rôle, il ne s'est pas produit des accidents par le fait de la dyschromatopsie.

Il y eut sans doute des daltoniens parmi les chevaliers, puisque plusieurs d'entre eux avaient reçu le surnom de Berlion, qui signifie probablement atteint de la berlue.

Nous voilà donc en présence d'une quantité innombrable de personnes dont le sens chromatique est défectueux, qui connaissent ou ne connaissent pas leur état et qui, dans la plupart des professions, peuvent ou doivent nécessairement occasionner des pertes ou faire arriver des malheurs!

Il ne faut pas espérer que les daltoniens se feront eux-mêmes connaître tant que la divulgation de leur infirmité pourra les déprécier. Nos informations les plus circonstanciées proviennent de daltoniens bien posés, de ceux qu'une situation bien établie et l'élévation du caractère placent au-dessus de la critique. J'ai cependant noté deux employés de chemin de fer qui réclamèrent un changement de service en invoquant le défaut de leur vue (*Des mesures sanitaires*, etc. A. Favre. Lyon, 1878, p. 13). D'un autre côté, il m'est arrivé trois fois de reconnaître des daltoniens à la couleur de leurs vêtements et particulièrement de leur cravate; mais il ne faut compter que sur la visite pour obtenir un résultat certain; et puisque nous ne pouvons pas espérer que ces malades viendront de leur propre mouvement nous trouver, il nous faut chercher un moyen sûr de les obliger à se faire connaître.

Ils ont déjà bien évidemment été cause de nombreux sinistres en mer et sur les voies ferrées; plusieurs se sont ruinés et ont ruiné leur famille; d'autres ont infligé des pertes irréparables aux industriels et aux commerçants qui les ont employés; le daltonisme a peut-être déjà fait autant de ravages que la pire des maladies épidémiques. Il faut donc de toute nécessité trouver une solution favorable.

IV

J'ai depuis longtemps, en m'appuyant sur un grand nombre de faits, sur des observations cliniques multipliées, formulé les précautions sanitaires commandées par la fréquence de la dyschromatopsie dans les chemins de fer, la marine, l'armée, les écoles, les ateliers. J'applique ces règles aux chemins de fer depuis 1855. Des réformes importantes ont été obtenues par d'autres personnes ou par moi-même, mais nous sommes encore bien loin de compte...

Les résultats de l'exercice méthodique du sens des couleurs sont incontestables; il faut donc surveiller, raffermir chez tous un sens auquel nous devons pouvoir, à chaque instant, demander des renseignements exacts et précis. Il faut, par une méthode essentiellement physiologique, régler l'emploi de cette sensibilité spéciale en mettant les organes qui la représentent en rapport normal avec leurs excitants naturels, et si l'on trouve, cela est peu probable, un instrument, une série de moyens capables de diagnostiquer à coup sûr tous les cas de dyschromatopsie, il faut les recommander aux daltoniens; ils auront pour eux les vertus de la lance d'Achille!

Le daltonisme étant curable dans le plus grand nombre des cas, il faut, quand ils ont atteint l'âge de quinze ans, rendre les daltoniens responsables de leurs erreurs; avant cet âge, la responsabilité doit incomber à leurs parents.

Il faut engager le plus tôt possible ces responsabilités, parce que l'on se hâtera de faire le nécessaire pour mettre les personnes affectées dans les conditions normales. Dans les cas très rares où elles ne pourraient pas acquérir une notion exacte des couleurs, leur état serait constaté et il leur serait signifié de s'abstenir de porter des jugements sur les objets colorés.

Il faut demander une loi qui généralise l'obligation de la visite des couleurs, des examens et des exercices périodiques particulièrement dans les écoles. Cette loi donnerait à la société des garanties indispensables et elle constituerait un excellent moyen de traitement du daltonisme. Nous espérons contribuer à la prochaine adoption d'une telle mesure, lorsque l'hygiène affirme de plus en plus son influence dans la pratique médicale et dans les conseils des gouvernements.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences. (Session de Reims, août 1880.)

SÉANCE GÉNÉRALE.

La session de Reims s'est ouverte le jeudi 12 août par une séance générale dans laquelle le président du Congrès, M. Krantz, le secrétaire général de cette année, M. Mercadier, M. Diancourt, maire de Reims, et M. Gariel, au nom de M. Masson, trésorier de l'Association, ont successivement pris la parole. On trouvera ces discours *in extenso* dans le dernier numéro de la *Revue scientifique*.

Les différentes sections se sont ensuite réunies dans leurs locaux respectifs pour procéder à l'élection du bureau. La section des sciences médicales, la seule dont nous devions nous occuper ici, s'est réunie sous la présidence du professeur *Denucé*, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, élu à la session de Montpellier, et a ainsi constitué son bureau :

Vice-présidents : MM. Gailliet, Henrot (de Reims), Parrot, Rochard (de Paris); *secrétaires :* MM. Bulteau, Habran (de Reims), François-Franck, Petit (de Paris).

On s'est ensuite séparé après avoir fixé l'ordre du jour du lendemain.

SÉANCE DU VENDREDI 13 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

PURPURA D'ORIGINE ÉMOTIVE : M. P. LANDOWSKY. — TRAITEMENT DE LA PHTHISIE A ALGER : M. ED. LANDOWSKY. — LE SANG DANS LES MALADIES : M. QUINQUAUD. — PESSAIRE CONTRE LA RÉTROFLEXION; MYOMES ET FIBROMES DE L'UTÉRUS : M. COURTY. — ACCIDENTS RÉNAUX CONSÉCUTIFS A LA VARIOLE : M. LEUDET. — BAIN GALVANIQUE DANS LE TREMBLEMENT : M. C. PAUL. — RAPPORTS PATHOLOGIQUES ENTRE L'OEIL ET L'OREILLE : M. DRANSART.

M. *P. Landowsky* fait une communication sur un cas de purpura qu'il considère comme d'origine *émotive*. Il s'agit d'un homme qui fut renversé par une voiture sans éprouver de traumatisme sérieux. Cet homme fut traité, à Paris, par le docteur Fournier, et présenta bientôt une éruption de purpura, que l'auteur attribua à l'émotion vive ressentie par le malade au moment de sa chute.

M. *Quinquaud*, qui soigne actuellement ce malade, est plutôt porté à croire qu'il s'agit d'une éruption localisée produite par une lésion de plusieurs troncs nerveux. Cet homme accuse en effet de vives douleurs sur le trajet des nerfs lombo-abdominaux, et présente plusieurs points apophysaires.

— M. *Ed. Landowsky* communique un travail sur le *traitement de la phthisie pulmonaire, à Alger*. Il présente tout d'abord le relevé climatérique du dernier hiver, qui montre qu'en Algérie on est à l'abri de toutes les surprises de température dépendant de l'influence immédiate des courants atmosphériques du nord. Ainsi la température moyenne a été de 18 degrés au-dessus de zéro, maximum 22, minimum 14 (température prise à l'ombre, à huit heures du matin). Pendant les sept mois d'hiver, depuis le commencement d'octobre jusqu'à la fin d'avril, les malades ont pu passer 180 journées en plein air. Dans une série d'études antérieures sur la climatologie algérienne, M. Landowsky s'est étendu sur les conditions climatériques exceptionnelles de l'Algérie; il rappelle aujourd'hui la conclusion de ces études : le climat algérien représente un milieu d'air marin, pur, vivifiant, avec une température douce et tiède. Il a été considéré avec raison comme un climat intermédiaire entre un climat sec et excitant, et un climat humide et sédatif. L'auteur expose à l'appui de ces conclusions le détail de plusieurs observations favorables.

— M. *Quinquaud. Des altérations du sang dans les maladies :*

1° A l'état normal, dans les vaisseaux, il existe toujours une certaine quantité d'hémoglobine *inerte*, par opposition à l'hémoglobine active qui absorbe de l'oxygène;

2° Pendant la fièvre, l'hémoglobine inactive à l'état normal devient active, ce qui explique l'augmentation des phénomènes d'oxydation au début de la fièvre;

3° Dans certaines maladies l'hémoglobine devient inerte, par exemple, dans le cas d'asphyxie *blanche*, dans les maladies où le malade succombe en quarante-huit ou soixante heures; par conséquent, cette étude de l'hémoglobine constitue un élément important du pronostic;

4° L'hémoglobine peut s'altérer en se dissolvant dans le sérum, c'est là une exagération de l'état physiologique (scorbut, variole hémorrhagique). Cette dissolution tient à une altération du stroma, du globule et à une minéralisation de l'hémoglobine.

— M. *Courty : 1° Sur un pessaire contre la rétroflexion.* — A la suite d'une série d'essais, M. Courty s'est arrêté à une forme de pessaire dans laquelle la portion postérieure est réfléchie en avant et soutient le col de l'utérus. Il conseille, pour obtenir momentanément la réduction, le moyen suivant : faire placer la femme dans la position genu-pectorale et écarter avec un petit spéculum les deux parois antérieure et postérieure du vagin. Aussitôt que l'air pénètre dans les culs-de-sac vaginaux, la rétroflexion se réduit et reste réduite, quoique la malade se couche sur le dos.

2° *Traitement résolutif des myômes et des fibroïdes de l'utérus.* — Ce traitement se compose d'une série de moyens, dont les uns sont généraux et n'ont pas besoin d'être rappelés ici (alcalins, iodure de potassium), les autres sont plus particulièrement en rapport avec l'affection utérine. Trois principaux : 1° injections d'eau phéniquée, à une température aussi élevée que le malade peut le supporter; c'est un excellent moyen anticongestif et antihémorrhagique; 2° injection sous-cutanée d'ergotine; 3° action électrolytique du courant continu appliqué par intermittences réglées avec un métronome.

M. *Verneuil* demande à M. Courty de supprimer le mot « sûrement » de sa communication. On peut tirer un bon parti de ce mode de traitement dans le tiers des cas environ. Excellent dans les cas de fibrome à forme congestive, il ne produit aucun effet dans les fibromes anciens. M. Verneuil recommande les injections sous-cutanées de morphine contre les hémorrhagies graves.

M. *Courty.* On peut dire que si cette méthode de traitement ne réussit pas d'une façon absolue dans tous les cas, elle procure dans presque tous les cas un soulagement réel et considérable.

M. *Millard* demande à M. Courty son opinion sur le degré d'efficacité des eaux minérales dans les fibromes utérins.

M. *Courty.* On a accordé une importance exagérée aux eaux salines; quant aux eaux alcalines, elles sont souvent avantageuses dans certaines conditions générales des malades.

M. *Denucé.* De tous les moyens que M. Courty a indiqués, ce sont les injections d'ergotine qui sont le plus efficaces; M. Dénucé cite un fait de résolution complète d'un fibrome obtenue en trois ou quatre mois.

— M. *Leudet : Sur les hydropisies et les accidents rénaux dans la convalescence de la variole.* (Ce travail sera publié *in extenso* par la *Gazette hebdomadaire.*) Entre autres points importants, M. Leudet avait signalé dans sa communication plusieurs faits d'anasarque sans albuminurie.

M. *Parrot* demande quelles étaient, dans ces cas, les lésions du rein, comment a été étudié le cœur, et comment on peut expliquer l'hydropisie sans albuminurie.

M. *Leudet* n'a pu faire l'examen histologique ni du rein, ni du cœur.

M. *Potain :* M. Parrot s'est demandé comment on a observé l'hydropisie sans albuminurie. Souvent on observe l'un sans l'autre, et M. Potain est porté à croire à l'indépendance de l'hydropisie par rapport à l'albuminurie.

Il a observé, à la suite de traumatismes localisés à la région rénale d'un côté, des cas d'anasarque limitée au même côté du corps.

Dans ces cas, il y avait albuminurie; mais, en raison de la la localisation unilatérale de l'anasarque, on ne peut admettre l'influence de l'albuminurie, sans quoi l'anasarque eût été générale.

Dans un cas récent, M. Potain a vu l'anasarque sans albuminurie.

M. Potain admet quelques probabilités en faveur d'une influence dont le mécanisme lui reste inconnu.

1° M. *Verneuil*, à propos de la communication de M. Leudet, rappelle qu'il a observé, étant interne, des hydarthroses compliquant certaines affections épidémiques.

2° M. *Verneuil* note, à propos de la communication de M. Potain, que la chirurgie fournit souvent à l'étiologie ses notions les plus précises. Il constate l'importance considérable du fait noté par M. Potain. — Ayant observé, en sa qualité de chirurgien, la malade seulement au début, il n'a pu étudier les troubles consécutifs.

3° M. *Verneuil*, à propos de l'anasarque sans albuminurie, rappelle l'observation d'un jeune homme auquel il ouvrit un abcès chaud sous-périostique, sans accident, et qui, au bout de quinze jours, présenta une anasarque sans albumine. L'examen de l'urine fut pratiqué de jour en jour, et on put constater la présence passagère de dépôts épithéliaux indiquant une lésion rénale.

M. *Parrot* ajoute une observation qui peut établir l'indépendance de l'anasarque et de l'albuminurie. Un grand nombre d'enfants diphthériques, présentant une albuminurie considérable, n'offraient aucune trace d'anasarque.

M. *Potain.* Il est évident qu'il faut une circonstance additionnelle pour que les lésions traumatiques du rein se compliquent comme il a été dit : le traumatisme a déterminé la manifestation rhumatismale chez les sujets qui ont présenté consécutivement l'anasarque sans albuminurie.

M. *Verneuil.* Encore une démonstration des idées que je défends. Le rhumatisme intervient ici comme condition déterminante des phénomènes spéciaux consécutifs à un traumatisme.

M. *Henrot* se demande si l'on peut faire intervenir seulement le rhumatisme. Il soigne, en ce moment, deux sujets qui sont sous l'influence d'une diathèse syphilitique ou scrofuleuse, et présentent des manifestations unilatérales. Pour lui, c'est un trouble du système nerveux qui est commun à ces différents cas, et dont la nature reste à déterminer.

— M. *Constantin Paul: Traitement du tremblement par les bains galvaniques.* — Le bain *galvanique* diffère du bain *électrique* en ce que, dans ce dernier, on se sert d'électricité statique, tandis que, dans le premier, on emploie les extra-courants fournis par une bobine traversée par le courant et la pile, interrompu lui-même par un trembleur. Les fils excitateurs plongent dans l'eau d'une baignoire isolée et aboutissent à deux plaques de charbon de cornue : l'une de ces plaques est placée du côté des pieds, l'autre en arrière du dos du malade. Quand celui-ci touche les deux plaques, il reçoit les courants à leur maximum d'intensité; s'il écarte les pieds de la plaque de charbon, il diminue l'intensité des courants qu'il reçoit dans la mesure de l'éloignement.

Pour la guérison du tremblement mercuriel, il faut en moyenne vingt à vingt-six bains; pour le tremblement alcoolique six à sept suffisent. On a obtenu encore la guérison du tremblement de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante, de la chorée, de l'irritation spéciale, etc.

— M. *Dransart : Sur les rapports pathologiques entre l'œil et l'oreille.* — Il existe, entre l'œil et l'oreille, des rapports pathologiques de nature réflexe; ces rapports, qui *se font par l'intermédiaire du trijumeau*, sont tels, qu'une plaie de l'œil peut entraîner la surdité, ou bien améliorer une surdité déjà existante. Cette action de l'œil sur l'oreille, qui paraît capable de produire ce que nous appellerons volontiers la surdité réflexe, ou bien qui peut améliorer la surdité quand elle existe, semble devoir se produire de préférence sur certains terrains pathologiques tels que la syphilis, l'alcoolisme, le lymphatisme et la scrofule.

M. *François-Franck* se demande si on est en droit d'attribuer au trijumeau les troubles auditifs observés par M. Dransart; il ne voit pas quelle peut être l'action du trijumeau sur l'appareil nerveux de l'audition; il croit plus prudent d'invoquer, sans préciser autrement, l'influence du système nerveux se manifestant surtout par une suspension fonctionnelle de l'appareil nerveux auditif.

— M. *Estor* fait une communication sur *un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.* — On a constaté à l'autopsie une congestion très intense des méninges rachidiennes, commençant à la région dorsale et s'accentuant, à partir de ce point, jusqu'à l'extrémité inférieure de la moelle. La pie-

mère est épaisse et adhère à la substance nerveuse; elle comble le sillon postérieur.

A l'œil nu, les cordons postérieurs ont une couleur grise et une transparence spéciale, appréciable surtout sur une coupe transversale. A la région dorso-lombaire, toute la partie comprise entre les cornes postérieures, des deux côtés, est sclérosée. Au niveau du renflement brachial et à la région cervicale, les cordons de Goll sont seuls atteints, et une zone blanche s'étend de chaque côté entre la partie grise malade et les racines postérieures. On trouve une teinte grise à la face postérieure du bulbe; elle part de la moelle et s'élève jusqu'à l'évasement du plancher du quatrième ventricule. Au cerveau, dans chaque hémisphère, la substance corticale est ramollie et adhérente aux méninges, au niveau de la face convexe et de la face interne des lobes cérébraux.

SÉANCE DU 14 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

PINCE-NEZ : M. HOUEL. — HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE : M. LEFEBVRE. — INFLAMMATION : M. ROUSSEAU. — LUMIÈRE ET COULEURS : M. CHARPENTIER. — RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM : M. TRÉLAT. — MÉTHODE DE LISTER CONTRE LES ABCÈS CHAUDS : M. TRÉLAT. — SYPHILIS DENTAIRE : M. PARROT.

M. *Houël* présente des *pince-nez* à plaquettes mobiles permettant de fixer chaque verre à un écartement variable du verre opposé.

— M. *Lefebvre* (de Louvain) fait une communication sur le *traitement chirurgical des hypertrophies de la prostate*. L'instrument dont il se sert est formé de deux branches articulées à la manière d'un forceps : l'une de ces branches a la forme d'un cathéter et s'introduit dans l'urèthre; elle presse sur la prostate par sa partie convexe. L'autre branche est introduite dans le rectum, sa concavité tournée en avant. En articulant ensuite les deux branches en avant du pénis, on peut comprimer la prostate et obtenir ainsi de bons résultats dans le cas d'hypertrophie.

M. *Lefebvre* présente un autre instrument pour le cathétérisme de la vessie : c'est une sonde terminée par une olive mobile, creuse, percée de trous et qu'on visse à l'extrémité de la sonde.

— M. *Rousseau* (d'Épernay) lit un travail sur *les théories de l'inflammation*, dans lequel il discute et condamne les théories actuelles: il considère comme déplorables les résultats pratiques auxquels conduit l'application de ces théories et s'attache à montrer les bons effets qu'on retire de l'application des doctrines broussaisiennes dans le traitement des phlegmasies.

— M. *Charpentier* (de Nancy) communique le résultat de ses recherches sur *le sens de la lumière et le sens de la couleur*. Il y a là deux fonctions distinctes, dont on peut expérimentalement démontrer la dissociation. La lumière blanche que l'analyse spectrale montre composée de la réunion de plusieurs couleurs fondamentales, fournit une sensation simple; la notion de couleur est la résultat d'une fonction différente et plus complexe. Les expériences sur lesquelles repose cette distinction entre le sens de la lumière et le sens de la couleur ont été faites à l'aide de l'appareil graduateur de la lumière que M. Charpentier a présenté à la Société de biologie, en février 1877.

— M. *Trélat* fait une première communication sur un nouveau procédé de traitement applicable à certaines formes de rétrécissement du rectum.

Pour arriver à traverser avec une anse de fil toute l'épaisseur du rétrécissement sur un point de la paroi rectale, M. Trélat fait passer de bas en haut à travers la portion rétrécie une très courte aiguille armée d'un fil. Quand il a franchi toute l'épaisseur du rétrécissement, il introduit dans le rectum une tige terminée par une sorte de petite raquette sur laquelle est tendue une lame de caoutchouc ou un morceau de linge assez résistant. Il fixe l'aiguille en perforant la feuille de caoutchouc ou le linge de la raquette, et en retirant la tige qui porte celle-ci il ramène l'aiguille qui entraîne son fil. Il obtient ainsi une anse de fil qui lui permet de faire passer ensuite un brin de caoutchouc pour comprimer et détruire le rétrécissement sur un point.

En répétant cette manœuvre sur le point opposé de la paroi rectale, on se trouve avoir fendu le rétrécissement et avoir rendu au rectum un calibre suffisant.

M. *Trélat* fait une seconde communication sur le *traitement des abcès chauds par la méthode de Lister*. — Après avoir largement ouvert l'abcès, il en lave la cavité avec le liquide fort de Lister et applique un premier pansement qu'il enlève le lendemain. Il fait alors un second nettoyage, replace le pansement qu'il laisse cette fois deux ou trois jours. En opérant ainsi, et en espaçant de plus en plus les pansements successifs, il a obtenu la guérison rapide d'un grand nombre d'abcès chauds ou subaigus, notamment d'abcès ganglionnaires.

M. *Rochard*, à propos de la communication de M. Trélat et à l'appui de ses conclusions, rapporte la pratique des chirurgiens anglais en Chine et dans l'Inde, notamment à Shangaï; on traite là-bas les abcès du foie avec un tel succès, grâce au pansement de Lister, que la guérison est devenue la règle (9 sur 10), au lieu de constituer l'exception comme auparavant. Quand un abcès du foie est soupçonné, on fait sans hésiter plusieurs ponctions exploratrices avec un trocart volumineux; quand le pus apparaît, la pulvérisation phéniquée est pratiquée, on incise largement l'espace intercostal; l'abcès est vidé, lavé, on y introduit un gros tube à drainage et on applique le pansement de Lister.

M. *Nicaise* confirme par les résultats de sa propre pratique ceux que vient de communiquer M. Trélat. Il a adopté un mode de pansement un peu différent : il applique des cataplasmes enduits d'huile phéniquée. Dans un cas il a substitué avec succès l'acide borique à l'acide phénique.

— M. *Parrot* fait une communication sur la *syphilis dentaire* et présente un grand nombre de pièces pathologiques et de moulages.

La lésion dentaire qu'il étudie a été décrite par Fauchard sous le nom d'*érosion dentaire*, qui lui est resté; plus tard Hutchinson a indiqué un rapport entre cette érosion dentaire et la syphilis; mais pour lui ce rapport n'était qu'indirect, car l'auteur croyait la lésion causée par le traitement mercuriel.

Avant d'insister sur l'étiologie qui constitue la partie la plus importante de sa communication, M. Parrot expose les caractères anatomiques de la lésion.

C'est surtout l'altération de l'émail qui est frappante; elle se présente sous deux formes. Dans l'une l'émail est plâtreux, mat, friable, non adhérent à la dentine; dans l'autre forme l'émail est surtout craquelé. Ces altérations de l'émail s'accompagnent souvent d'altérations de la dentine.

M. Parrot a surtout étudié les lésions de la première dentition : en examinant les dents dans les alvéoles, il a constaté que les dents surtout atteintes étaient les canines et les secondes prémolaires; les incisives médianes sont presque toujours intactes. On a beaucoup plus étudié les altérations de la seconde dentition ; les premières molaires définitives sont alors toujours atteintes et beaucoup plus profondément que les autres. La hauteur de la lésion est considérable : dans quelques cas, elle peut atteindre 7 millimètres.

Souvent à la lésion dentaire se joint la maladie osseuse ; on observe alors une altération du maxillaire qui donne à cet os l'apparence des barres du cheval.

La question étiologique est traitée à fond par M. Parrot; nous en présenterons ici les points essentiels. Plusieurs opinions ont été émises au sujet de la cause de l'érosion dentaire :

1° Pour les anciens auteurs (Fauchard, Fournier, etc.) l'érosion dentaire était en rapport avec certaines affections de l'enfance, notamment avec les fièvres éruptives, les pyrexies en général.

2° On a aussi beaucoup insisté, autrefois, sur la scrofule, et récemment Castagnier, dans une thèse soutenue en 1874, a de nouveau affirmé cette étiologie : pour M. Parrot l'observation de M. Castagnier a trait non à un cas de scrofule, mais bien à une syphilis héréditaire.

3° On a invoqué le rachitisme, et M. Nicati, dans un travail tout récent publié par la *Revue mensuelle*, insiste de nouveau sur cette cause.

4° Enfin, l'opinion qui a été surtout défendue, est celle de M. Magitot qui attribue l'érosion dentaire aux convulsions de l'enfance. On a tout dernièrement formulé cette opinion en disant : Il n'y a pas de dents syphilitiques, mais des dents éclamptiques.

M. Parrot s'attache surtout à réfuter cette dernière étiologie : il a montré tout à l'heure que la lésion, surtout quand elle était continue (comme elle l'est presque toujours sur la première molaire), pouvait atteindre une hauteur de 7 millimètres. Or quand on étudie la durée de l'évolution dentaire, on voit que pour produire une lésion de cette étendue, il faudrait que les convulsions eussent agi pendant vingt et un mois consécutifs : ceci suffit à ruiner, dit M. Parrot, l'étiologie invoquée par M. Magitot. De plus la lésion est systématique, point important à considérer dans la discussion. Il n'a point à discuter le rachitisme, parce que pour lui c'est une phase de l'évolution de la syphilis héréditaire; il l'admet, mais avec cette réserve.

M. Parrot insiste ensuite sur les raisons qui lui font admettre la syphilis héréditaire comme cause générale unique de l'érosion dentaire. On retrouve chez les sujets qui présentent cette lésion les modifications de la forme du crâne, les taches aux lieux d'élection, les altérations osseuses spéciales des maxillaires. Les maxillaires les plus profondément atteints, présentant le plus grand nombre d'ostéophytes sous-périostiques, sont aussi ceux qui contiennent les dents le plus gravement lésées : il y a un rapport évident entre les lésions osseuses et les troubles nutritifs de la dent en évolution. La syphilis héréditaire évolue pendant la vie intra-utérine et continue pendant deux ou trois ans. Cette évolution coïncide précisément avec l'époque à laquelle la dent se coiffe de dentine et d'émail. Si les dernières molaires ne sont pas prises, c'est que la syphilis a terminé son évolution quand les premières molaires se forment.

Au point de vue de l'application pratique, cette détermination de l'étiologie de l'érosion dentaire a la plus grande importance : on peut ainsi faire les diagnostics posthumes les plus certains.

M. Parrot ajoute qu'au point de vue de l'anthropologie, les faits qu'il signale présentent aussi un intérêt spécial : ils apportent un argument nouveau en faveur de l'ancienneté de la syphilis; on a trouvé, en effet, des dents qui présentent l'érosion spéciale sur des crânes préhistoriques.

M. *Magitot* défend l'opinion qu'il a émise au sujet des rapports entre l'érosion dentaire et l'éclampsie infantile. Il rappelle qu'il a défini l'*érosion* « un sillon net, transversal, simple ou multiple, occupant une hauteur différente suivant l'âge auquel la lésion s'est produite ». Il faut, dit-il, pour déterminer un sillon brusque et tranché, une influence agissant brusquement. Il accorde volontiers que l'attaque elle-même, en tant que période convulsive, durerait un temps insuffisant pour produire un sillon; mais il admet que la cause générale, la perturbation nerveuse qui provoque l'attaque, agit avant et continue d'agir après celle-ci; elle peut ainsi produire des troubles nutritifs dont la lésion dentaire est l'un des résultats.

F. F.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

EXPÉRIENCES TENDANT A DÉMONTRER QUE LES POULES VACCINÉES POUR LE CHOLÉRA SONT RÉFRACTAIRES AU CHARBON. Lettre de M. *Pasteur* à M. Dumas.

... Si, après quelques jours d'ensemencement du microbe du choléra dans un de ses milieux de culture, on vient à filtrer ce milieu et qu'on le réensemence par ce même microbe, la nouvelle semence se montre absolument stérile, quoique, ajoutais-je, cette stérilité ne soit pas propre à tous les organismes microscopiques, notamment à la bactéridie charbonneuse. Ce dernier fait me portait à conclure qu'on devrait pouvoir donner le charbon à des poules vaccinées pour le choléra des poules. De nombreuses expériences m'ont démontré que ces cultures de la bactéridie dans un milieu épuisé par le microbe du choléra, quoique réelles, sont retardées, peu abondantes, fort pénibles. Contrairement aux prévisions que je viens de rappeler, il se pourrait donc que les poules vaccinées pour le choléra fussent réfractaires au charbon. *Ce serait l'immunité charbonneuse créée sur un animal au moyen d'une maladie parasitaire de tout autre nature.* Tel est précisément le résultat inattendu que j'ai obtenu dans quelques expériences, encore trop peu nombreuses pour que je puisse donner le fait comme établi sûrement, mais assez intéressantes pour mériter d'être communiquées à l'Académie...

ÉLECTRICITÉ ANIMALE. — M. *Ch. Pigeon* donne lecture d'une note portant pour titre : *Rôle de l'électricité dans l'organisme animal.*

SUR L'ACIDE OBTENU PAR M. BOUTROUX DANS LA FERMENTATION DE LA GLYCOSE. Note de M. *Maumené.* — L'acide hexénique $C^{12}H^{12}O^{14}$, trouvé par M. Boutroux, a été signalé dans le *Traité théorique et pratique de la fabrication du sucre* de M. Maumené (t. I, p. 375, 376, 73, 90, 92, 50).

« Quoique j'aie, dit-il, parfaitement reconnu l'existence de cet acide, non seulement par la théorie, mais *par des expériences*, je n'ai pas publié ces dernières, me réservant d'en parler dans quelque occasion spéciale. Je ne prétends donc pas enlever à M. Boutroux la priorité de publication des propriétés de l'acide. »

SUR LA SOURCE DU TRAVAIL MUSCULAIRE ET SUR LES PRÉTENDUES COMBUSTIONS RESPIRATOIRES. Note de M. *A. Sanson.* — Voici les propositions qui peuvent résumer ce mémoire :

1° L'acide carbonique éliminé par la respiration, recueilli et dosé à l'aide des divers appareils construits à cet effet, notamment à l'aide de l'appareil de Pettenkofer, ne donne nullement la mesure de l'acide carbonique formé durant le même temps dans l'économie animale. Il en est ainsi parce que son élimination dépend de circonstances étrangères à sa formation, telles que les conditions de température extérieure, de pression barométrique, d'étendue de surface déployée du poumon, et de nombre des mouvements respiratoires dans l'unité de temps.

2° La richesse proportionnelle du sang en acide carbonique ne peut pas donner la mesure de la formation de cet acide, le rapport entre la formation et l'élimination n'étant point constant.

3° Il n'y a aucun rapport nécessaire entre la quantité d'acide carbonique formée durant un temps déterminé, dans l'économie animale, et la quantité d'oxygène introduite par la respiration durant le même temps.

4° Le travail musculaire a pour conséquence une consommation des substances albuminoïdes, des hydrates de carbone et des substances grasses de l'économie qui dégagent l'énergie qu'elles contiennent, pour subvenir aux besoins de ce travail et de la chaleur animale. Lorsque l'équilibre n'est pas maintenu entre l'énergie dépensée sous les deux formes et l'énergie introduite sous forme d'aliments, le corps diminue de poids et s'amaigrit. Les principes immédiats ainsi détruits s'éliminent principalement sous les deux formes d'acide carbonique et d'urée, dont les quantités sont exactement proportionnelles à l'énergie dépensée comme travail. Il ne paraît y avoir aucun rapport entre la quantité d'acide carbonique formée et la chaleur perdue sous l'influence de l'abaissement de la température extérieure, sa proportion dans le sang s'étant montrée moindre à basse température (— 3 degrés centigrades) qu'à une température moyenne (+ 13 degrés centigrades).

5° L'hypothèse qui fait attribuer la chaleur animale et le travail musculaire à la chaleur dégagée dans l'économie par la combinaison directe du carbone et de l'hydrogène des aliments, des tissus et des humeurs, avec l'oxygène de l'hémoglobine introduit par la respiration, n'est plus admissible dans l'état actuel de la science.

6° L'absence d'une condition, à savoir : une différence de température entre le corps qui dégagerait la chaleur et celui sur lequel elle se transformerait en énergie mécanique, rend indispensable que celle-ci, dans la machine animale, ait une source autre que la combustion. Il n'est pas possible d'admettre scientifiquement que l'énergie actuelle des principes immédiats se manifeste d'abord comme chaleur sensible, puis comme énergie potentielle mesurée en travail. Elle doit nécessairement se dégager de suite en tant qu'énergie potentielle, pour se manifester après, en totalité ou en partie, comme chaleur sensible, selon qu'elle a été plus ou moins complètement dépensée en travail.

7° L'expérience rend extrêmement probable que le dégagement de l'énergie, dans la machine animale, est dû, sinon en totalité, du moins pour la plus grande partie, à des phénomènes de dissociation analogues à ceux qui se passent dans les fermentations proprement dites, attribuées à l'activité des organismes cellulaires dits *ferments figurés*.

8 Il ne paraît donc pas y avoir, dans l'économie animale, de véritables combustions, et, en tout cas, point de combinaison entre le carbone des principes immédiats et l'oxygène respiratoire, donnant de l'acide carbonique et dégageant de la chaleur, qui serait la source du travail musculaire.

Sur l'emploi de l'azotite d'éthyle pour assainir les locaux contaminés. Note de M. *Peyrusson*. — ... L'azotite d'éthyle, ou éther azoteux, possède, à l'état de vapeur, toutes les propriétés physiques et chimiques nécessaires pour attaquer les produits morbides qui peuvent se trouver dans l'air. Son action est analogue à celle de l'ozone comme comburant; mais il est beaucoup plus actif dans ses effets. C'est à la pratique médicale qu'il appartient de décider si ce corps aura, dans tous les cas, les heureux effets qu'on est en droit d'en attendre.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts informe l'Académie qu'il a commandé à M. Soldi, sculpteur, le buste de Broca, pour être offert à l'Académie de médecine.

M. *le Président* fait observer qu'il est d'usage, à l'Académie, de n'accepter le buste de ses membres que cinq années après leur mort. Toutefois, comme Broca était, en quelque sorte, entré de son vivant dans la postérité, on pourra déroger, en sa faveur, à l'usage établi, et remercier M. le ministre de l'hommage précoce qu'il veut bien rendre à l'Académie.

M. *Chatin* présente, au nom de MM. les professeurs Heckel et Schlagdenhauffen, une note manuscrite intitulée : *Nouvelles recherches sur le suc du mancenillier* (*Hypomane mancinella*). — (Com. MM. Chatin, Personne et Bourgoin).

M. *Jules Guérin* présente, au nom de M. le docteur Leboucq, chef des travaux anatomiques à l'Université de Gand, une série de brochures sur divers points de chirurgie, d'anatomie pathologique et de tératologie.

M. *Bouchardat* lit, au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports sur des demandes en exploitation de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

Rapport. — M. *Alphonse Guérin* lit un rapport sur un travail adressé par M. le docteur Cannizaro (de Catane), et intitulé : *Blessure de l'estomac, par arme à feu, guérie au moyen d'une opération d'anaplastie.*

Le projectile, au dire du docteur Cannizaro, avait pénétré dans la région épigastrique, trois doigts au-dessus de l'ombilic, et avait perforé l'estomac à 8 ou 10 lignes de la ligne médiane.

Cette plaie, de forme circulaire, avait ses bords renversés en dedans, se dirigeait de bas en haut et de droite à gauche; son orifice avait environ 7 centimètres de circonférence. De son obliquité résultait une section en biseau de la paroi abdominale qui, près de l'orifice externe, n'était atteinte que superficiellement, tandis que l'examen ultérieur démontra que le projectile avait pénétré jusque dans la cavité de l'estomac. Les vomissements et l'issue des matières alimentaires par la blessure ne permettaient pas de douter de l'existence d'une plaie de l'estomac.

M. Cannizaro tenta de s'opposer à l'issue des matières alimentaires par la plaie, en exerçant une compression que le malade ne put supporter. Les matières continuant à sortir immédiatement après qu'elles avaient été ingurgitées, et le malade étant menacé de mourir d'inanition, M. Cannizaro pratiqua une opération d'anaplastie, destinée à fermer la plaie et à s'opposer à l'issue des matières alimentaires. Pour cela, il agrandit la plaie par une incision oblique dont l'extrémité supérieure se dirigeait vers le sternum, tandis que l'extrémité inférieure s'éloignait de plus en plus de la ligne médiane. Ces incisions permirent de disséquer la peau doublée du tissu cellulaire sous-jacent, de manière à avoir deux lambeaux longs de 5 centimètres et d'une largeur d'environ 2 centimètres. Les angles résultant de la jonction des incisions avec la plaie primitive ayant été coupés, on eut une grande plaie de forme elliptique dont les bords purent être rapprochés et réunis au moyen de six épingles qui servirent à pratiquer une suture entortillée.

M. *le Rapporteur* dit que M. Cannizaro s'étant contenté d'aviver les bords de la peau et la surface bourgeonnante de la paroi profonde de la plaie, sans aviver les bords de la solution de continuité de l'estomac, on pouvait craindre que les matières contenues dans l'estomac, poussées vers la plaie, ne fussent un obstacle au succès de l'opération autoplastique; une compression méthodique, habilement pratiquée, s'est sans doute opposée à cet issue des matières alimentaires et M. Cannizaro est fondé à réclamer pour lui et pour l'opération l'heureux résultat obtenu.

La commission propose d'adresser à l'auteur du mémoire une lettre de remerciement et de déposer son mémoire aux archives. (*Adopté.*)

Gastrotomie. — M. *Tillaux* communique, au nom de M. le docteur Millard et en son propre nom, une observation de gastrotomie pratiquée sur un homme de trente et un ans, qui avait présenté des phénomènes singuliers dont M. Tillaux donne la relation suivante :

Cet homme, employé de commerce, d'une excellente santé habituelle, se trouvait, le 25 mai dernier, vers sept heures du soir, sur le boulevard Bonne-Nouvelle, lorsqu'il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, d'une douleur dans le ventre tellement violente qu'il dut se courber en deux et rester pendant un quart d'heure environ immobile dans cette position. Au bout d'un quart d'heure, il put rentrer chez lui, toujours courbé en deux et souffrant cruellement. Il essaya de se cou-

cher, mais les souffrances étaient telles qu'il ne pouvait s'empêcher de se rouler par terre, malgré tous les remèdes calmants qui lui furent administrés. Le lendemain, les souffrances continuèrent avec la même intensité, en dépit de tous les médicaments qui lui furent prodigués chez son patron.

Le surlendemain, il se fit transporter à la consultation de l'hôpital Lariboisière, où l'on constata la présence, dans le ventre, d'une tumeur arrondie, qui fut considérée comme produite par un *rein flottant*.

Le 15 juin, le malade se fit transporter à l'hôpital Beaujon, où il fut reçu dans le service de M. Millard qui accepta d'abord le diagnostic *rein flottant*, qui avait été porté à l'hôpital Lariboisière. A ce moment les douleurs n'étaient plus continues; elles se manifestaient par crises revenant toutes les heures, donnant au malade la sensation d'une barre de feu qui lui traversait le ventre, surtout lorsqu'il essayait de prendre quelques aliments.

Cet état dura jusqu'à la fin de juin. Dans cet intervalle, le malade avait été observé par divers médecins ou chirurgiens, particulièrement par M. Léon Le Fort et par M. Tillaux à qui M. Millard avait demandé leur avis. Pour lui, il s'était définitivement arrêté au diagnostic suivant : invagination intestinale chronique.

On fit des applications de courant continu qui parurent d'abord diminuer un peu la tumeur. Tous les moyens usités pour combattre la constipation furent de nouveau employés sans presque donner de résultat.

Ce fut alors que M. Millard pria M. Tillaux de prendre le malade dans son service. Celui-ci, après avoir pris conseil de M. Millard et d'autres confrères appelés en consultation, se décida à pratiquer l'opération. Elle eut lieu le 3 juillet, en présence de MM. Millard, Féréol, Peyrot, etc. Il fit une incision sur les parois abdominales assez étendue pour permettre l'introduction de la main tout entière dans la cavité péritonéale, et il alla à la recherche de la tumeur. Il constata aussitôt la présence d'une tumeur siégeant sur le mésentère, ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, arrondie, située sur la partie latérale droite du mésentère, allant de la colonne vertébrale à l'intestin. Il devint évident pour M. Tillaux qu'il s'agissait d'un kyste du mésentère. Il ponctionna d'abord la poche avec un trocart, puis la fendit avec le bistouri, et il s'en écoula une matière caséeuse ressemblant à de la crème épaisse. Des fils de catgut furent placés ensuite à la base de la tumeur, puis serrés, et toute la partie située au-dessus de ce pédicule fut réséquée. Il ne resta, au fond, qu'une sorte de petite collerette formée par la constriction des fils.

M. Tillaux toucha le pédicule avec une solution forte d'acide phénique, remit le tout en place et termina par la suture de la plaie abdominale, qui fut recouverte par le pansement phéniqué ordinaire.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses; les douleurs cessèrent comme par enchantement; au bout de trois ou quatre jours, la plaie était réunie par première intention.

Depuis cette époque, la guérison est restée complète; le malade mange, boit et dort, exécute, en un mot, toutes ses fonctions de la façon la plus normale.

C'est là, dit en terminant M. Tillaux, un fait intéressant au double point de vue de la pathologie et de la médecine opératoire.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'elle était constituée par un ganglion lymphatique contenant une matière grasse ayant la consistance d'une crème très épaisse.

M. Tillaux présente ensuite son malade, qui se soumet à l'examen de MM. les membres de l'Académie, et répond avec précision aux diverses demandes de renseignements qui lui sont adressées.

M. *Lancereaux* remarque qu'il s'agit, dans ce cas, probablement d'une tumeur ganglionnaire ou d'une tumeur dermoïque du mésentère. Ces derniers néoplasmes ne sont pas rares. Il demande à M. Tillaux quelle a pu être la cause des vives douleurs ressenties par son malade avant l'opération.

M. *Tillaux* répond qu'il ne peut fournir à cet égard aucun renseignement précis, mais qu'il est extrêmement probable que la douleur était due à des tiraillements du plexus solaire.

M. *Jules Guérin* dit qu'il y a dans l'histoire de ce malade des faits insolites qu'il importe d'éclaircir. Il appelle surtout l'attention sur cette particularité que le malade a été subitement atteint de douleurs intolérables suivies d'une rétention plus ou moins complète des matières fécales. Il y a là des phénomènes insolites qu'il importe d'approfondir.

M. *Le Roy de Méricourt* aurait désiré savoir si un brusque mouvement du diaphragme survenu à la suite de la toux, d'un éternuement ou d'une chute, n'aurait pas déterminé la vive douleur que le malade a subitement accusée.

Le malade, interrogé par M. *Tillaux*, répond qu'il n'a éprouvé aucune secousse de ce genre.

M. *Lancereaux* dit que la question de M. Le Roy de Méricourt a tout à fait sa raison d'être. Il a observé assez souvent, dans les cas de reins mobiles, des douleurs vives survenant à la suite d'un exercice violent.

M. *Gosselin* désirerait avoir quelques renseignements supplémentaires sur l'histologie de la tumeur. S'agissait-il de globules graisseux simples ou bien n'y avait-il pas dans cette tumeur quelques cellules carcinomateuses ?

M. *Tillaux* dit que l'examen histologique a été fait avec soin, mais qu'il n'a pas entre les mains le résultat définitif de cet examen. Mais il se croit en mesure d'affirmer qu'il s'agit d'un kyste contenant de la matière grasse et développé dans un ganglion lymphatique.

M. *Gosselin* dit que l'opération de M. Tillaux devrait s'intituler *gastrotomie exploratrice*. Depuis que les opérations de gastrotomie se sont multipliées, il est pour ainsi dire permis de faire des incisions abdominales exploratrices pour assurer le diagnostic, et faire ensuite le traitement s'il y a lieu.

M. *Bouley* se demande si la tumeur ne reconnaîtrait pas pour cause l'intestin lui-même. On observe assez souvent chez les chiens des tumeurs résultant de la perforation de l'intestin par une épine ou tout autre corps irritant.

Elections. — L'Académie procède à l'élection des membres des commissions de prix pour 1880. Sont élus :

Prix de l'Académie : MM. Bourdon, Gueneau de Mussy, Hérard, Lancereaux, Woillez. — 25 suffrages.

Prix Portal : MM. Bouley, Duplay, Guyon, Richet, Robin. — 25 suffrages.

Prix Civrieux : MM. Bouillaud, Charcot, Peter, Germain Sée, Vulpian. — 21 suffrages.

Prix Barbier : MM. Colin d'Alfort, Fournier, J. Guérin, Hervieux, Léon Le Fort. — 23 suffrages.

Prix Capuron : MM. Blot, Depaul, Guéniot, Sappey, Tillaux. — 23 suffrages.

Prix Godard : MM. H. Roger, Jaccoud, Moutard-Martin, Raynaud, Willemin. — 22 votants.

Prix Desportes : MM. Dujardin-Beaumetz, Marotte, Oulmont, Constantin Paul, Pidoux. — 23 suffrages.

Prix Buignet : MM. Gautier, Giraud-Teulon, Planchon, Regnault, Riche. — 23 suffrages.

Prix Falret : MM. Baillarger, Blanche, Lasègue, Luys, Peisse. — 20 voix.

Prix Huguier : MM. Gosselin, Tarnier, Trélat, Ricord, Verneuil. — 22 voix.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

De l'emploi du salicylate de soude dans la dothiénentérie et l'érysipèle : M. Hallopeau.

M. *Hallopeau* fait connaître les résultats qu'il a obtenus par l'emploi du salicylate de soude dans la fièvre typhoïde et dans l'érysipèle. — Dans la dothiénentérie deux indications s'imposent tout d'abord : attaquer le principe infectieux, cause de la maladie, et combattre l'hyperthermie; or, le plus souvent, les médicaments apyrétiques sont aussi des antizymotiques.

Liebermeister de Bâle a traité nombre de typhiques par les antipyrétiques et a obtenu, au lieu d'une moyenne de décès de 15 pour 100 dans les épidémies bénignes, le chiffre de 11 pour 100; il donnait, le premier jour, 1gr,50 de calomel, puis les bains froids par la méthode de Brand, conjointement au sulfate de quinine à la dose de 2 à 3 grammes ou au salicylate de soude à la dose de 6 à 8 grammes; la température, rapidement abaissée, se maintenait entre 38 et 39 degrés. Suivant cet exemple, M. Hallopeau a administré à ses malades le premier jour le calomel, puis alternativement le salicylate de soude et le sulfate de quinine; il n'a eu recours aux bains froids que dans les cas d'hyperthermie considérable et menaçante. Certains auteurs condamnent l'emploi du salicylate de soude après l'avoir administré à la dose de 10, 12 et même 15 grammes; ces chiffres sont trop élevés, mais il n'est nullement prouvé qu'en moindre quantité ce médicament soit mauvais; il faut ne donner que 2 grammes environ par jour et ne jamais dépasser 4 grammes : encore ne peut-on longtemps continuer son usage sans interruption et doit-on le proscrire dans le cas de dyspnée intense ou de tendance aux hémorrhagies. On a objecté que l'action antipyrétique de ce médicament était légère, moindre même que celle du sulfate de quinine; mais cette assertion est inexacte et toutes les courbes thermiques annexées au travail de M. Hallopeau montrent constamment un notable abaissement de la température après l'administration de 2 grammes de salicylate. Il reconnaît que cette action est fugace, qu'après deux ou trois jours elle peut disparaître et même ne plus se reproduire; mais alors on donnera le sulfate de quinine et on alternera les deux médicaments; on obtient ainsi l'avantage de ne pas accumuler les doses de salicylate, ce qui, dans ce cas, serait facile puisque les reins l'éliminent moins rapidement. Dans aucun cas d'ailleurs il n'a observé d'accidents rénaux, et même une malade offrant de l'albuminurie a vu disparaître ce phénomène pendant la médication salicylée. Il suffit également de diluer le sel de soude d'une façon convenable pour n'avoir point à craindre les ulcérations pharyngées ou stomacales et la diarrhée. Chez aucun malade le délire ne s'est montré, ainsi qu'on l'a parfois avancé. Deux inconvénients cependant doivent être signalés : l'aggravation de la dyspnée et la production d'hémorrhagies. Est-ce bien au médicament que l'on peut attribuer l'augmentation de la congestion pulmonaire dans deux cas et les hémorrhagies internes chez trois malades qui prenaient 4 grammes de salicylate? Quoi qu'il en soit, il sera plus prudent de ne pas employer ce mode de traitement dans les formes thoraciques de la dothiénentérie ou lors de tendance hémorrhagique. On a dit encore que s'il n'était pas nuisible, le salicylate de soude n'avait aucune efficacité dans la dothiénentérie, son seul effet étant d'abaisser la température sans modifier le cours de l'affection; mais dans toutes les observations qu'il rapporte, M. Hallopeau a noté que la maladie a paru moins grave et de moindre durée : sur une première série de vingt cas, il n'a enregistré que trois décès, dont l'un à la suite de perforation intestinale et un autre amené par une pneumonie survenue dans la convalescence; dans une deuxième série de neuf cas à l'hôpital Tenon, tous les malades ont été guéris. Le mécanisme de l'action du salicylate de soude est encore inconnu, peut-être a-t-il une influence dépressive directe sur l'activité des éléments anatomiques:

M. Hallopeau a également employé le salicylate de soude à l'intérieur à la dose de 4 grammes dans l'érysipèle, et, se basant sur les expériences de M. Bochefontaine qui a démontré que ce sel est absorbé par la peau et passe dans l'urine, il a prescrit des compresses trempées dans une solution de salicylate au vingtième. Chez un enfant de six mois atteint d'érysipèle du membre inférieur, à la suite d'une légère écorchure au niveau du genou, et traité d'abord par les compresses imbibées d'eau de fleur de sureau et de sulfate de quinine qui n'avait pu être toléré, il a obtenu avec le salicylate l'amélioration rapide des symptômes généraux, l'arrêt de l'érysipèle qui avait envahi les deux tiers de la cuisse, et la guérison du petit malade. Dans tous les cas d'ailleurs où il a employé cette médication, la température après douze, trente-six heures, quarante-huit au plus est retombée à la normale; sur quatorze cas il n'a observé qu'un décès, celui d'un vieillard atteint en même temps de pleurésie purulente.

M. *E. Labbé* a reçu dans son service, il y a un mois environ, une malade atteinte d'érythème papuleux; bien qu'elle n'eût pas de douleurs articulaires, il a administré le salicylate de soude et obtenu une chute de la température; mais l'érythème a suivi son évolution normale et s'est même accompagné, ce qui est loin d'être constant, d'un peu d'érythème noueux. Il a également employé le salicylate dans l'érysipèle; mais il doit avouer qu'il n'en a jamais retiré aucun avantage, même avec de fortes doses. Pour lui, la marche régulière de l'érysipèle, surtout de celui de la face, qui l'avait conduit autrefois à assimiler à tort cette affection à une fièvre éruptive, dépend de raisons tout anatomiques, telles que la dispotion des réseaux lymphatiques ou celle de certains muscles peaussiers de la face ou du cou; elle est de huit jours pour l'érysipèle de la face, plus longue lorsqu'il gagne le tronc, mais l'emploi du salicylate de soude ne la modifie pas. — Dans la fièvre typhoïde il donne des lavements avec 3 à 4 grammes de ce médicament et a toujours obtenu une sédation marquée, du sommeil, et la désinfection des garde-robes.

M. *Hallopeau* fait remarquer qu'il emploie le salicylate comme topique local et a obtenu dans cinq cas sur quatorze une amélioration évidente en vingt-quatre heures; en outre, les érysipèles de la face ainsi soignés par lui n'ont pas duré huit jours.

M. *E. Labbé* rappelle qu'on a essayé inutilement bien des topiques, bien des pommades contre l'érysipèle : on peut se demander si c'est localement qu'il faut agir. Il ne conteste pas les résultats rapportés par M. Hallopeau, mais quant à lui il n'a jamais vu, dans ce cas, le salicylate de soude être de quelque utilité.

M. *Delasiauve* pense que l'expectation est peut-être le meilleur traitement de l'érysipèle sans complications; c'est du reste l'opinion à laquelle s'est ralliée la Société de médecine de Paris; dernièrement encore, il a vu guérir, en huit jours, sans autre traitement un malade atteint d'érysipèle grave de la face et du cuir chevelu. L'accélération du pouls qui se montre au début de l'affection, tombe d'elle-même au bout de peu de jours; il faut prendre garde d'attribuer à l'administration d'un médicament un phénomène normal et spontané. Il en est ainsi pour le *delirium tremens* contre lequel on préconise chaque jour une foule de spécifiques; sauf dans la forme suraiguë qui se caractérise par des hallucinations multiples et incohérentes, la sécheresse de la gorge et surtout la jactitation extrême, et qui réclame l'emploi de l'opium à haute dose, l'expectation suffit; le malade guérira de lui-même.

Scrutin : — M. *Bourdon*, ancien médecin des hôpitaux, est nommé membre honoraire de la Société. — M. *Sorel* est nommé membre correspondant.

— A quatre heures trois quarts la séance est levée. La Société s'ajourne au vendredi 8 octobre.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

La carie dentaire comme cause de maladie,
par M. E. Canton.

M. E. Canton cite plusieurs faits qui montrent que la carie dentaire peut être la cause non soupçonnée de maladies sérieuses. Les mauvaises dents et la mastication imparfaite des aliments sont souvent la cause de constipations opiniâtres. Il cite entre autres les observations d'un malade qui lui fut adressé comme porteur d'un cancer du rectum, et d'une dame qu'on croyait atteinte d'une tumeur de la rate. Les symptômes étaient dus, dans un cas à l'accumulation de matières dans le rectum, dans l'autre cas à l'accumulation dans le côlon descendant : chez les deux malades une mastication imparfaite était la cause des accidents. L'auteur cite d'autres faits de névralgie, de paralysie, d'épilepsie dus à la même cause. (*Odontalogical Society, in the British med. Journal*, 3 juillet 1880.)

Troubles nerveux réflexes, par M. Mummery.

L'auteur cite plusieurs cas dans lesquels des troubles nerveux graves étaient produits par des dents malades : ainsi, une jeune dame qui, à la suite d'une maladie d'une dent molaire, fut atteinte de névralgie trifaciale et de strabisme externe de l'œil gauche. La dent fut extraite et les troubles disparurent. Quelque temps après, la même malade se présente de nouveau avec une ptosis de l'œil gauche ; la pupille était dilatée ; les cheveux avaient blanchi sur une étendue de deux pouces au niveau de la tempe. On trouva malade la dent voisine de celle qui avait été enlevée, et après l'ablation de cette seconde dent les troubles oculaires disparurent. (*Odontalogical Society, in the British med. Journal*, 3 juillet, 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Des aberrations du sens génésique, par le docteur Paul Moreau (de Tours). 1 vol. in-8. Paris, 1880. — Asselin, éditeur.

L'histoire des perversions des instincts génésiques est, sans contredit, un des chapitres les plus curieux de la pathologie mentale et qui, malgré les nombreux faits connus, est loin encore d'être complet. Et cependant la liste est déjà longue de ces dépravations, depuis la simple surexcitation génitale jusqu'à la nécrophilie ou cohabitation avec les cadavres, en passant par la pédérastie, le saphisme et la bestialité. Connaître de tels faits est important ; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est de remonter aux causes qui déterminent de telles manifestations, de distinguer celles qui relèvent d'un état pathologique de celles qui ne sont le fait que d'une profonde immoralité ; enfin, de savoir rattacher les perversions génésiques maladives à des types morbides bien définis. C'est dire assez que nous considérons toutes ces perturbations de l'instinct génital comme de simples manifestations symptomatiques de formes diverses de folie, et que nous ne partageons pas l'avis de ces auteurs qui décrivent la monomanie érotique, la nymphomanie, le satyriasis, etc., comme des affections distinctes, ayant leur cortège propre de symptômes.

Tel est-il le sentiment de M. Paul Moreau (de Tours), et son livre a-t-il pour but, après nous avoir décrit les différentes aberrations du sens génésique, de nous indiquer à quelles formes de folie ou de maladies cérébrales chacune d'elles doit particulièrement être rattachée ? Les théories de l'auteur sur la folie passionnelle ne lui permettent pas de traiter le sujet ainsi que nous venons de l'indiquer. Pour lui les aberrations qu'il décrit ne sont pas symptomatiques d'affections cérébrales diverses, mais constituent elles-mêmes des types distincts de maladies mentales, telles que l'érotomanie, la folie de la masturbation, le satyriasis, etc. C'est toujours, comme on le voit, la vieille querelle qui divisait les aliénistes sur l'existence ou la non-existence de la monomanie, et que l'on pouvait croire définitivement terminée en faveur des adversaires de cette entité morbide. Que reste-t-il, en effet, de la kleptomanie, de la pyromanie, de la monomanie homicide, etc., qui encombraient les anciennes classifications de la folie ? *Verba et voces....* Toutes ces entités, semblables à des châteaux de cartes que le moindre souffle détruit, se sont évanouies dès que la critique, représentée ici par l'observation clinique, y porta l'analyse. Un ou deux exemples suffiront à prouver la vérité de ce que nous avançons.

Voyons d'abord la tendance au vol que certains aliénistes élevèrent à la hauteur d'une espèce morbide distincte sous le nom de kleptomanie. Que l'on prenne une série d'aliénés voleurs, qu'on les étudie avec soin : on arrivera à constater qu'ils ne présentent de commun que cette manie de voler, mais qu'ils diffèrent déjà beaucoup par la manière dont ils perpètrent cet acte. Si l'on pousse plus loin l'analyse, on reconnaît que, parmi ces malades, il en est qui sont atteints de paralysie générale au début, d'autres qui sont épileptiques, quelques-uns se trouvent dans la phase d'excitation de la folie à double forme, ainsi que l'a démontré M. Baillarger ; l'hystérie, la folie puerpérale, la démence même, nous fourniront un contingent important de vols de toute sorte. Que devient dans tout cela l'entité morbide : *kleptomanie ?* Qu'en reste-t-il après cet émiettement ?

Prenons encore, comme exemple, la monomanie homicide, sur laquelle on a tant écrit et dont la création a été l'objet de critiques si vives de la part des adversaires de la médecine mentale. Un homicide n'est commis par un aliéné que lorsque celui-ci se trouve dans certaines conditions pathologiques déterminées, ainsi que l'a démontré naguère M. Blanche (*Des homicides commis par les aliénés*. Paris, 1878). Un point important à remarquer, c'est que de tels crimes ne sont commis par les aliénés que dans des moments de crises d'excitation dite congestive assez intenses pour que ces malades n'en restent pas à la pensée, et qu'ils en viennent à l'acte. Quelles sont les maladies à perversions mentales dans lesquelles s'observe le plus communément l'invasion de ces crises ? Ce sont l'alcoolisme, l'épilepsie, le délire des persécutions, certaines affections cérébrales congénitales ou acquises. Il n'est pas un aliéné homicide qui ne trouve sa place dans l'une ou l'autre des catégories que nous venons d'énumérer.

Ce que nous venons de dire pour la kleptomanie et la monomanie homicide, s'applique au même titre à la monomanie érotique, et par *érotisme* nous entendons toutes les perversions possibles de l'instinct génésique. Les aliénés dits érotiques, en effet, ne le sont que momentanément ; leurs manifestations perverses sont ordinairement passagères, accessoires et ne constituent pas le fond de la maladie. C'est ce fond même, qui est tout, qu'il appartient au clinicien de rechercher. Ainsi voici un homme dont les « facultés génésiques sont portées à un degré qui lui était inconnu.... Souvent, n'arrivant pas par des moyens avouables à éteindre le

feu qui le dévore, il n'a pas honte de recourir à des moyens tout manuels. Il atteint ainsi assez rapidement à l'apogée de l'excitation génésique, au priapisme ». (Paul Moreau, p. 103.) Si l'on ne s'arrête qu'à la surface, on sera facilement porté à poser le diagnostic : satyriasis; mais si l'on suit pendant un certain temps le malade, puis qu'on explore avec soin chez lui le domaine de la sensibilité et de la motilité, on arrivera à constater que ce satyriasique n'est qu'un malade atteint d'ataxie locomotrice, et que son excitation génésique n'était qu'un symptôme prodromique de cette dernière affection.

Mais voici un autre exemple: il s'agit d'un père de famille dont la conduite avait toujours présenté la plus grande rectitude. Cet homme, jusque-là très rangé, abandonne tout à coup le foyer domestique, hante les maisons de prostitution, se livre à la débauche la plus éhontée, commet des actes de la plus effroyable salacité. Faut-il classer cet égaré parmi les satyriasiques et passer outre? Ce serait vouloir faire de gaicté de cœur une erreur de diagnostic; car une observation plus attentive mettra sur la trace de symptômes graves indiquant une paralysie générale au début.

Chez certains malades, ces tendances érotiques peuvent se présenter à des époques pour ainsi dire périodiques et disparaître avec la cause qui les a déterminées. Ainsi que le fait remarquer Morel (*Traité des maladies mentales*, p. 416), « chez les femmes aliénées, l'époque de la menstruation est doublement critique. Il est des malades épileptiques, hystériques et autres soumis à des crises d'agitation périodique, et qui, avant et pendant l'accès, se signalent par leurs tendances érotiques. » A côté de ces malades doivent trouver place les aliénés atteints de folie à double forme. Ceux-ci, durant la période d'excitation, présentent presque toujours, ainsi que l'a très bien démontré M. Baillarger (*Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation*, in *Gazette hebdomadaire*, numéro du 3 février 1854), des symptômes d'érotomanie, qui peuvent aller depuis la simple coquetterie, le désir de se marier (*gamomanie*), jusqu'à la nymphomanie et au satyriasis.

Nous pourrions multiplier les exemples; ainsi pour être complet, il faudrait rappeler les faits de perversion de l'instinct génésique, les attentats à la pudeur, les viols, les actes de bestialité commis par les imbéciles, les idiots, par tous ces dégénérés qu'on a l'habitude de classer parmi les fous héréditaires, et ne pas oublier la surexcitation génésique qu'on observe fréquemment chez certains vieillards, les actes de lubricité que commettent parfois ces malades atteints d'affections organiques du cerveau. Enfin, il est un fait clinique qu'il est impossible de passer sous silence, c'est celui de la fréquence de « l'association du penchant érotique au sentiment religieux ». (Fabret, *Leçons cliniques de médecine mentale*. Paris, 1854, p. 39.)

Mais il ne nous appartient pas de refaire ici, en nous plaçant à un point de vue autre que celui de l'auteur, le livre de M. Paul Moreau (de Tours); en indiquant les grandes lignes du sujet, tel que nous le comprenons, nous avons simplement voulu montrer une fois de plus qu'à côté de la classification symptomatique des maladies mentales, doit trouver place une classification vraiment nosologique. Est-ce à dire pour cela que le livre dont nous venons de critiquer la doctrine et les tendances, soit sans qualités? Telle n'est pas notre pensée, loin de là. Son auteur fait preuve d'une érudition très variée et, en faveur de la thèse qu'il soutient, il a su grouper avec habileté les faits et les documents recueillis. Il a cru devoir faire précéder la partie clinique de son livre d'une sorte d'historique, qui nous met au courant des exploits pornographiques des empereurs romains et de leurs familles, nous introduit dans les alcôves de Marie d'Aragon, de Louis XV ou de la czarine Elisabeth, etc. Ces études de médecine rétrospective, nous le reconnaissons volontiers, présentent un réel intérêt, surtout lorsqu'elles sont faites à l'aide de témoignages historiques dont la critique a établi l'authenticité et la véracité. Ce n'est pas le lieu de rechercher ici si M. Paul Moreau (de Tours) s'est toujours adressé à bonne source; mais nous craignons qu'il n'ait attaché une trop grande importance à ces preuves tirées de la vie de personnages historiques. Quelque démonstratives qu'elles soient, elles ne le seront jamais autant qu'une bonne observation clinique prise par l'auteur lui-même.

Dr Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Philippe Lavalhée, interne distingué des hôpitaux de Paris, qui a succombé à Rennes le 14 août.

— On annonce également la mort de M. le docteur Lapeyrère, qui occupait, il y a une dizaine d'années, une place distinguée dans la presse médicale de Paris. Des circonstances particulières l'avaient depuis lors distrait de sa voie, et nous lisons avec peine, dans quelques feuilles politiques, qu'il est mort dans un état de pauvreté. Lapeyrère était un écrivain de valeur; il avait dans le style un degré de correction et d'élégance qui n'a peut-être pas été assez remarqué.

— L'École de Vienne vient de perdre l'un de ses professeurs les plus célèbres, le dermatologiste Hebra, qui, avec Oppolzer, Skoda et Rokitansky, morts il y a quelques années à peine, attirait à l'Université le plus grand nombre d'étudiants. Son *Traité des maladies de la peau* est trop connu en France par la traduction du docteur Doyon pour qu'il soit nécessaire de faire ressortir l'originalité des doctrines du professeur de Vienne. On sait qu'il adopta une classification anatomique des maladies de la peau, et ne tint pas un compte suffisant des travaux de Bazin et de l'Ecole française. Mais son enseignement rendit de signalés services, et plusieurs de ses préceptes thérapeutiques méritent d'être retenus. Les obsèques du professeur Hebra ont eu lieu à Vienne le 7 août dernier. Le professeur Heschl a prononcé sur sa tombe un éloquent discours.

Un Tanner en herbe... et en imagination. — On lit dans plusieurs journaux, et nous extrayons du *Petit Journal* la note suivante :

Le jeune médecin lyonnais imitateur de Tanner n'a pas été aussi heureux dans son pari que le célèbre docteur américain. Après huit jours d'un jeûne absolu (il devait rester quinze jours sans manger), il a dû, sur les pressantes instances de ses amis, renoncer à son entreprise. Une surexcitation nerveuse extrême, une sécheresse de gorge intolérable, des crises d'estomac très pénibles, jointes à des vomissements bilieux réitérés, ont fait craindre une atteinte grave à sa santé. Il va demander au régime lacté une alimentation progressivement réparatrice, et l'on espère que dans quelques jours il ne se ressentira plus des privations imposées par son courageux essai.

Nous avons pris à ce sujet des informations précises. Le fait annoncé est absolument inconnu à Lyon. On estime que la note ci-dessus, lancée par un petit journal de la localité, n'a eu d'autre but que de tendre un piège à ceux de ses confrères qui ont l'habitude de reproduire ses *nouvelles*, et de se créer ainsi une occasion de se moquer d'eux. Cette ruse, on se le rappelle peut-être, a déjà réussi au *Figaro*.

Un Tanner a rebours. — On assure qu'un habitant de Chicago va commencer une expérience aussi excentrique que celle du docteur Tanner. Il parie que pendant quarante jours il boira et mangera sans discontinuer. Il lui sera cependant accordé quelques

heures de sommeil chaque nuit. Les médecins qui le surveilleront ne devront insister pour qu'il interrompe ce long repas, que s'ils constatent des symptômes certains d'apoplexie ou de *delirium tremens*.

Pour cette entreprise, aussi périlleuse sans doute que celle du jeûneur de Clarendon Hall, on s'engagera, disent les journaux américains, à fournir à l'ogre de Chicago une vaste salle, un bon lit et tous les mets qu'il demandera; il choisira également les vins et les liqueurs qu'il préfère, et tous les droits d'entrée payés par le public admis à le voir lui appartiendront!

UN TANNER DE L'ESPÈCE CANINE. — Voici un exemple de jeûne prolongé dont je puis garantir l'authenticité, écrit au *Times* M. Brankston Richardson :

Un de mes amis du Devonshire alla, il y a quelques années, faire un petit voyage. Pendant qu'il était en route, on lui mande que son chien de chasse favori a disparu; malgré toutes les recherches on ne trouve aucune trace de l'animal.

Mon ami revient chez lui; le lendemain il entre dans sa bibliothèque, dont il avait emporté la clef après avoir tout fermé. Que voit-il? Son pauvre chien qui, réduit à l'état d'un véritable squelette, devenu comme aveugle, se traînait péniblement, ayant reconnu son maître et heureux de pouvoir expirer à ses pieds, comme le chien d'Ulysse. Il y avait trente-cinq jours que la malheureuse bête n'avait ni mangé ni bu.

A force de soins et de précautions on parvint à le sauver; il a recouvré la force et la vue.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République, ont été promus ou nommés :

Au grade d'officier : M. Le Moine (Eugène-Jules-Théodore), pharmacien en chef de la marine;

Au grade de chevalier : MM. Martin-Dupont (Ferdinand-David), médecin de première classe de la marine; Maillard (Etienne-Octave), médecin de première classe de la marine, et M. le docteur Gourville (Amédée-Louis), maire de Carentan.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Nous réunissons ici les noms de tous nos confrères récemment nommés officiers de l'instruction publique et dont quelques-uns ont déjà été précédemment cités :

MM. les docteurs Guyon, professeur à la Faculté de Paris; Etienne Druhen et Pingaud, professeurs à l'Ecole de médecine de Besançon; Morache, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Dourif et Ledru, professeurs à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Fleurot, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon; Berger, directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble; Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Poincarré et Ritter, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy; Delaunay, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers;

Les docteurs Bertherand, directeur de la *Gazette médicale de l'Algérie;* Loiseau, membre du conseil municipal de Paris; Coste, médecin-major de première classe;

Joseph Huet et Gréhant, aides-naturalistes au Muséum; Chézal, secrétaire au Muséum; Bordet, chef des bureaux de l'Académie de médecine.

Sont nommés officiers d'académie :

MM. les docteurs Charles Bénard (Buzançais); Bouvyer (Cauterets); Caradec fils (Brest); Emond (Paris); Frenoy (Paris); Laurent (Marly); Mergot (Bayon); de Meyriguac (Champagnais-les-Marais); Porak (Paris); Trépant (Nesle); Bourgeois (Saint-Germain); Robert (au 139e de ligne); Sériziat (au 23e bataillon de chasseurs à pied); Hugot (Laon); Alfred Pamard (Avignon); Sistach (Bône); Turgis (Falaise); Belugon (Lamalou); Charbonnier (Saint-Calais); Montano et Paul Rey (îles Philippines); Redon (Paris); Berigny (Versailles); Bertin (Paris), Laugier (Paris); Weber (Paris); André (au 15e bat. de chasseurs à pied); Adhéran (Annonay); Bancel (Melun); Du Mesnil (Créteil); Girault (Paris); Oscar Larcher (Paris); Eugène Moulin (Argentat); Monin, Le Dentu et Lecorché (Paris); Fabre (Marseille); Faivre (Besançon); Lannelongue et Dupuy (Bordeaux); Gressent (Rouen); Henri Lescœur (Lille); Lépine (Lyon); Spillmann (Nancy); Lieutaud (Angers); Audouard (Nantes); Caubet (Toulouse); Portes, pharmacien à Lourcine; Van den Houck, pharmacien à Saint-Omer; Barillé, pharmacien-major de 2e classe.

VISITES DE NUIT. — D'après une statistique dressée par les organisateurs du service médical de nuit à Paris, du 1er avril au 20 juin 1880, il y a eu 1421 visites, soit 265 dans le trimestre correspondant de 1879, ce qui donne par nuit une moyenne de 15 visites et demie au lieu de 12. Si l'on décompose ces visites par sexe et par âge, on voit que les hommes y entrent dans la proportion de 35 pour 100; les femmes, de 51 pour 100, et les enfants de 13 pour 100.

Dans le détail des maladies observées, on peut voir qu'il y a toujours un grand nombre d'accidents de première urgence (croup, hernie étranglée, hémorrhagies, empoisonnements, etc.). Le chiffre le plus élevé (102) appartient aux accouchements.

MORTALITÉ A PARIS (32e semaine, du vendredi 6 au jeudi 12 août 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1054, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 42. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 58. — Dysenterie, 3. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 137. — Autres tuberculoses, 66. — Autres affections générales, 103. — Bronchite aiguë, 31. — Pneumonie, 32. — Diarrhée infantile et athrepsie, 203. — Autres maladies locales : aiguës, 62; chroniques, 140; douteuses, 49. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 32e semaine. — Le nombre total de décès, qui était de 1114 la semaine précédente (31e), est descendu à 1054 pendant la 32e.

La baisse s'est produite notamment sur la rougeole, qui n'a plus fourni que 27 décès au lieu de 41; sur la fièvre typhoïde (25 décès au lieu de 33); sur la scarlatine (7 décès au lieu de 11). Cependant toutes les causes de mort ne sont pas atténuées : la variole a encore causé 42 décès au lieu de 38 la semaine précédente, et la diphthérie est restée au même niveau. En même temps que la température baissait, l'athrepsie a diminué aussi le nombre de ses victimes.

La variole reste donc (avec la diphthérie) l'épidémie toujours la plus redoutable; si nous étudions sa distribution dans les divers quartiers pendant les dernières semaines, nous constatons comme deux centres à l'est de Paris :

L'un au sud-est, comprenant les quartiers de *la Roquette, Sainte-Marguerite, Picpus,* adjacents au quartier des QUINZE-VINGTS et à l'hôpital (Saint-Antoine); l'autre au nord-est, comprenant *La Villette, la Barrière-du-Combat, Folie-Méricourt,* quartiers entourant le quartier de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Or, ces deux hôpitaux sont justement ceux qui renferment encore le plus de varioleux (97 à Saint-Antoine et 64 à Saint-Louis).

Il nous paraît donc que ces deux centres morbides sont encore dus au rayonnement des contages dont nous croyons avoir démontré que les hôpitaux sont le siège et le centre. Ces émanations, il est vrai, sont variables dans leur direction et leur intensité, ce qui, sans doute, dépend de la direction et de la qualité des courants d'air qui les portent, etc.; mais en réunissant plusieurs semaines, les résultats signalés me paraissent bien manifestes; c'est ce que nous mettrons en évidence dans l'*Annuaire* que prépare le service de la statistique municipale...

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-SEPTIÈME ANNÉE N° 35 27 AOUT 1880

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 26 août 1879

Conseil d'hygiène publique et de salubrité : ÉTABLISSEMENT A PARIS D'ÉTUVES PUBLIQUES POUR LA DÉSINFECTION DES OBJETS QUI ONT ÉTÉ EN CONTACT AVEC DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES INFECTIEUSES OU CONTAGIEUSES.

Le 19 février dernier (*Gaz. hebd.*, n° 8, p. 113) nous résumions une discussion soulevée, devant la Société médicale des hôpitaux, par une communication de M. Vallin. Il s'agissait d'établir quels étaient les meilleurs procédés à mettre en usage pour la désinfection des objets de literie et des vêtements ayant servi à des malades atteints d'affections contagieuses. Après avoir analysé le travail présenté à ce sujet par M. Vallin, nous ajoutions : « Il en résulte que le procédé de désinfection par la chaleur, tel qu'on l'emploie en Allemagne, en Belgique et en Angleterre, est le seul vraiment efficace. Pourquoi dès lors laisser les vêtements et les fournitures des malades de nos hôpitaux entretenir et propager des épidémies, alors qu'il serait si aisé d'installer à peu de frais dans nos établissements hospitaliers des appareils analogues à ceux que recommande M. Vallin? Pourquoi le conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique ne prendrait-il pas l'initiative d'une réforme qui constitue, au point de vue de l'hygiène, un progrès des plus sérieux?... » Le vœu que nous exprimions en demandant l'installation à Paris d'appareils de désinfection par la chaleur, vient d'être exaucé, en partie du moins. Le travail communiqué par M. Vallin à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (t. I, p. 45), et la discussion qu'il a provoquée, avaient déjà fait une vive impression. Les instantes démarches de notre collègue près du conseil de surveillance de l'Assistance publique et de plusieurs membres du conseil municipal ont eu un résultat plus pratique. Sur la demande du conseil municipal, le préfet de police vient de consulter le Conseil d'hygiène publique et de salubrité sur la question de savoir s'il serait utile de créer à Paris des étuves de désinfection par la chaleur, et, sur le rapport de MM. Pasteur et Léon Colin, que ce journal a déjà signalé, le Conseil d'hygiène a adopté les conclusions suivantes :

A. Créer sur deux points opposés de la capitale des étuves de désinfection chauffées par la vapeur d'eau, et munies de régulateurs qui en limitent la température intérieure à + 100 degrés. Restreindre absolument l'emploi de ces étuves à la désinfection des effets contaminés par les affections contagieuses, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, fièvre puerpérale, diphthérie, choléra, etc.

B. Déterminer par un règlement spécial :

1° La composition, les devoirs et les droits du personnel chargé du fonctionnement et de la surveillance.

2° Les groupes de la population auxquels les établissements s'ouvriraient gratuitement.

3° Le mode de rétribution des familles qui n'en bénéficieraient qu'à titre onéreux.

C. Examiner s'il ne conviendrait pas, pour vulgariser plus facilement l'usage de ce système de désinfection, d'affecter spécialement l'un de ces établissements à la population payante, en réservant exclusivement l'autre aux classes qui en auraient la jouissance gratuite.

La commission, on le voit, conclut à l'utilité immédiate des mesures projetées, et les arguments sur lesquels elle s'appuie sont ceux-là mêmes que M. Vallin a invoqués dans son travail. Mais elle réserve toute appréciation à l'égard des

FEUILLETON

Trois jours au meeting de Cambridge.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Cambridge, le 14 août 1880.

Ce que j'ai pu voir et entendre à Cambridge pendant les trois jours que j'y ai passés, je viens, suivant votre invitation, vous le dire au courant de la plume, comptant sur votre indulgence et sur celle de vos lecteurs pour le laisser-aller du récit.

Vous n'ignorez pas que la puissante Association des médecins de l'Angleterre compte actuellement huit mille membres. C'est une force dans l'État. Les réunions sont annuelles, et les grandes villes anglaises se disputent l'honneur d'offrir l'hospitalité à cette grande assemblée.

Il y a deux ans, j'avais pu assister au meeting qui a eu lieu à Manchester. J'avais pu constater tous les efforts de la municipalité et des habitants de cette ville et du comité de l'Association pour mêler le charme des fêtes à l'austérité de la science. J'attendais donc beaucoup de Cambridge : Cambridge s'est surpassé.

Un de vos collaborateurs vous donnera la substance scientifique et intrinsèque du congrès; je m'en tiendrai au côté périphérique; je laisse le fruit pour l'écorce.

Mais l'écorce était charmante.

Le lieu même du congrès était admirablement choisi : Cambridge, le vieux centre universitaire, avec ses constructions gothiques serrées les unes contre les autres, les collèges, chapelles, palais, les pierres noires, les vitraux d'église, les costumes universitaires portés dans la rue par ses professeurs et ses étudiants, conserve vivante l'image de tout le passé d'une ville qui a donné à l'Angleterre ses plus grands savants, comme Oxford ses plus grands littérateurs.

moyens de réalisation pratique. Une nouvelle commission a dû être nommée pour étudier définitivement la question, et décider comment devront être construits et aménagés les établissements qui serviront à la désinfection des objets d'habillement ou de literie ayant servi à des malades atteints d'affections contagieuses. Cette commission n'aura pas de peine, nous l'espérons du moins, à soumettre au Conseil d'hygiène un projet réalisable. Il lui suffira, pour s'éclairer, d'examiner ce qui a été obtenu en Angleterre, grâce au docteur Ransom, médecin en chef de l'hôpital de Nottingham. Dans son étude sur les *Appareils à désinfection applicables aux lazarets et aux hôpitaux* (*Revue d'hygiène*, octobre 1879), M. Vallin décrit et figure les étuves et les fours à chauffage qui sont employés au *Public desinfecting station for Nottingham borough*, il décrit aussi les appareils de Bruxelles et de Berlin. Il en démontre les avantages et prouve que les dépenses nécessaires à l'établissement de ces appareils sont insignifiantes, ou, du moins, très acceptables. Nous n'avons pas à revenir ici sur ces questions, qui intéressent surtout les ingénieurs et les membres des conseils d'administration de nos hospices. Mais il nous paraît intéressant de résumer les discussions qui ont été soulevées à ce sujet, soit à la Société de médecine publique, soit au Conseil d'hygiène, afin de faire voir que le projet actuellement en voie d'exécution ne réalise pas tout ce qu'on est en droit d'espérer.

On peut se convaincre, en lisant les deux mémoires de M. Vallin et les objections qui lui ont été adressées à la Société de médecine publique et d'hygiène, que la question scientifique est à peu près résolue. Tous les procédés chimiques de désinfection sont insuffisants. Ils ne réussissent guère qu'à décolorer et à détruire en partie les objets qu'ils imprègnent. Un exemple très probant est cité, à ce propos, par M. Vallin. Le navire *le Plymouth* avait été évacué, remis sur les chantiers, lavé et réparé dans toutes ses parties. Il avait été laissé pendant trois mois exposé à une température de — 7 degrés centigrades; enfin on avait fait brûler dans ses cavités jusqu'à 100 *livres* de soufre et on avait retenu pendant quarante-huit heures dans ses flancs cette atmosphère purifiante. Au bout de trois mois il appareille de nouveau; il emporte un équipage neuf, et huit jours après son départ, en pleine mer, sans avoir eu aucun contact suspect depuis Boston, deux cas de fièvre jaune se développent à bord. Les fumigations de chlore ou même d'acide phénique sont aussi inefficaces. Il faut donc avoir recours à la chaleur, c'est-à-dire à une température de + 110 degrés environ, qui détruit les germes, rend inactive la matière organique ou organisée et prévient les fermentations ou les putréfactions; mais l'action de la chaleur peut-elle être considérée comme inoffensive? ne détermine-t-elle pas une altération des tissus? La réponse à ces questions a été faite par les expériences de M. Ransom, de M. de Chaumont, enfin de M. Vallin lui-même. Il en résulte que si la température ne dépasse pas + 110 degrés, l'altération des tissus est insignifiante, et que, leur résistance, leur texture ne se trouve sérieusement compromise qu'à une température plus élevée. Il est vrai que — M. Hudelo l'a fait remarquer avec beaucoup de raison, — les expériences dont nous parlons ici ne démontrent pas qu'aucune altération de texture ne soit déterminée par l'action de la chaleur. Il est probable même qu'au bout d'un certain temps les draps, les couvertures et les vêtements plusieurs fois placés dans l'étuve, auront perdu leur résistance et seront plus rapidement altérables. Mais il importe de faire remarquer que les inconvénients qui résultent de ce système et la perte matérielle qu'il peut déterminer, ne sont que peu de choses eu égard au résultat hygiénique obtenu.

La chaleur mise en usage doit-elle être sèche ou humide? Dans le rapport présenté à la Société de médecine publique, M. Vallin était arrivé, d'accord avec MM. Le Roy de Méricourt, Trélat et Hudelo, à la conclusion suivante : « La projection directe d'un courant rapide de vapeur faiblement surchauffée dans une capacité fermée, paraît le meilleur moyen de remplir le but; les étuves chauffées à l'aide de la vapeur circulant sous pression dans des tubes fermés, par la combustion directe du gaz avec régulateurs automatiques, ou même par l'air chaud d'un calorifère, peuvent également rendre des services, suivant les conditions et les ressources locales. » D'après cette conclusion, la Société de médecine publique recommande surtout le chauffage à la vapeur humide. Telle a été aussi l'opinion émise au Conseil d'hygiène : « Le chauffage par la vapeur en tubes clos nous paraît, disent MM. Pasteur et L. Colin, offrir un avantage particulier. On pourrait alors adapter au générateur un système de projection directe de douches de vapeur sur les objets que leur volume ne permettrait pas d'introduire dans l'étuve, ou que leur épaisseur obligerait d'y faire séjourner trop longtemps. Une douche de ce genre à l'intérieur du fourgon de transport des objets contaminés, immédiatement après chaque déchargement de ce fourgon, en assurerait l'assainissement avant son retour en ville. Certains objets de literie comme les matelas, trop

---

C'est dans un des plus anciens collèges, *Trinity's College*, que j'avais été invité, au nom du comité de l'Association, par le savant professeur Humphry, qui occupe brillamment la chaire d'anatomie à l'Université, à accepter un appartement. Dans le même édifice étaient logés nos savants compatriotes Brown-Séquard, Marey et Ranvier. Vous voyez que le Collège de France faisait bonne figure au milieu de la science anglaise. Notre spirituel et éloquent confrère le professeur Ball était notre voisin, et nous n'étions pas loin de M. Toussaint, qui vient d'enrichir notre pays de la belle découverte de la vaccination anti-charbonneuse du mouton.

Ces appartements du collège de la Trinité étaient ceux d'*étudiants en vacances*; ce qui ne nous a pas paru hors de propos. Le matin on se réunissait au déjeuner que la direction du collège offrait, dans sa grande salle ogivale, construite, croyons-nous, sous Henri VIII, à tous les hôtes de sa maison et où toutes les nationalités se côtoyaient. C'eût pu être, sous le rapport du langage, une tour de Babel; mais heureusement la connaissance si répandue de la langue française est d'une ressource inappréciable pour les *monoglottes*.

Dans l'intervalle des séances des sections, nous nous promenions sur ces vastes pelouses, d'un vert si clair, d'un grain si serré et si velouté qui s'étendent derrière le collège à perte de vue, avec une sombre bordure d'arbres séculaires. Notez que presque tous les collèges de Cambridge possèdent des pelouses *grounds on lawns*, et les entretiennent avec un soin assidu. C'est là que les étudiants se livrent à toutes sortes de jeux d'adresse, où la paume et ses dérivés tiennent le premier rang. Nombre de collèges se touchent; nous citerons : King's College, Caius, Saint-John, etc. Pour plusieurs d'entre eux les parcs s'étendent au delà du Cam et des ponts relient les deux rives, de sorte que nos *sphéristiques* de tout à l'heure, comme on les appelait dans les gymnases grecs, je veux dire nos joueurs de paume, deviennent ici canotiers sans passer par Asnières, et se

volumineux pour être rapidement pénétrés par la chaleur de l'étuve, pourraient être ouverts dans la cour d'arrivée et subir également la projection d'un jet de vapeur surchauffée. » Dans la discussion soulevée par ce rapport, MM. Pasteur et A. Gautier ont aussi montré la supériorité de l'air humide sur l'air sec au point de vue de la désinfection. D'ailleurs, dans la plupart des établissements où il va devenir urgent de prescrire la désinfection par la chaleur, il existe déjà des appareils à vapeur. L'installation de l'étuve à désinfection sera donc des plus faciles. Il en sera de même dans tous les bâtiments. On peut, en effet, comparer aux résultats obtenus sur *le Plymouth* par les vapeurs d'acide sulfureux ceux que le docteur A. N. Bell, de New-York, a constatés sur les steamers *le Vixen*, *le Mahones* et *le Cumberland*, tous trois suspects ou infectés de fièvre jaune. « La cargaison fut portée sur le pont, les écoutilles furent fermées, et au moyen d'une manche en cuir la vapeur de la chaudière fut directement projetée sur toutes les parois intérieures du navire ; pendant trois heures, la vapeur fut lancée avec toute la force que les chaudières pouvaient déployer. Puis, on ouvrit les écoutilles, et en quelques minutes toutes les surfaces étaient parfaitement sèches ; la peinture était soulevée en ampoules, quelques minces cloisons étaient fendues ou fissurées, mais les rats et les cancrelas qui infestaient le navire furent tous détruits ; ils avaient été *cuits* et *bouillis* dans leurs repaires et on les ramassait à pleins seaux. A la campagne suivante, l'état sanitaire de l'équipage fut excellent, et bien qu'on croisât à Port-au-Prince, à Saint-Domingue, à Kingston, aucun cas de fièvre jaune ne reparut à bord. L'opinion fut généralement admise, au congrès d'Atlanta, que la vapeur surchauffée était le plus puissant de tous les désinfectants, et que les agents chimiques donnaient trop souvent une sécurité trompeuse. »

Tous ces documents nous paraissent donc devoir conduire à la conclusion suivante, qui diffère un peu, il est vrai, de celles qui ont été adoptées par le Conseil d'hygiène : Il importe d'établir, dans la plupart des hôpitaux, et surtout dans les hôpitaux et les maternités où sont traitées des maladies contagieuses, des étuves de désinfection par la vapeur surchauffée. A cette étuve devront être portés tous les objets de literie, tous les vêtements ayant servi à un malade atteint d'une maladie contagieuse. « Ces objets, dit M. Vallin dans le rapport que nous avons déjà cité, devraient être portés à l'étuve au sortir de la salle et avant d'être soumis à aucune autre manipulation. Ce n'est qu'après cette première désinfection qu'on procéderait au lessivage, au nettoyage, à la réparation des objets souillés ou dégradés. Après ces opérations, le matériel remis en état séjournerait dans les magasins ; mais chaque pièce, au fur et à mesure des besoins, immédiatement avant d'être remise en circulation dans les salles, passerait une seconde fois à l'étuve ; on ferait ainsi disparaître toute trace d'humidité et l'on rendrait la désinfection complète. »

Cette méthode conviendrait on ne peut mieux à tous les objets dont on se sert dans les hôpitaux, à l'exception des matelas et des oreillers, qu'il importerait de défaire et de désinfecter après avoir étalé dans l'étuve le crin qu'ils contiennent. Mais, sur la proposition de M. Tarnier, la Société d'hygiène publique recommande de généraliser dans les hôpitaux où l'on traite les maladies plus particulièrement virulentes (diphthérie, pourriture d'hôpital, septicémie, fièvre puerpérale, choléra, etc.) l'emploi de matelas de balle d'avoine ou de varech, que l'on pourrait détruire par le feu aussitôt après le décès des malades, l'enveloppe seule étant conservée après désinfection.

On comprendra aisément pourquoi nous avons reproduit ces conclusions et pourquoi nous les rapprochons de celles que vient d'adopter le Conseil d'hygiène. Nous applaudissons à la création d'étuves de désinfection en partie gratuites, en partie payantes, que l'on propose d'édifier à Paris. Nous croyons que l'on arrivera aisément à assurer le fonctionnement de ces étuves et à rendre obligatoire, dans tous les cas de maladies contagieuses, la désinfection des objets que l'on se contente aujourd'hui de lessiver ou de nettoyer plus ou moins complètement. Nous pensons aussi que les craintes qui ont été émises au sujet des dangers de propagation de la maladie que pourrait faire naître le transport de ces objets ne sont pas fondées. Rien ne sera plus aisé que d'assurer, à l'aide de caisses métalliques ou de fourgons parfaitement clos, l'innocuité de ce transport. Mais si nous croyons à l'utilité de ces étuves pour les malades de la ville, nous sommes bien plus convaincu encore de leur nécessité pour éviter dans les hôpitaux, les asiles, les casernes, les collèges, etc., la propagation et l'extension des maladies épidémiques. Le préfet de police, en cédant aux instances du Conseil municipal et en provoquant une délibération du Conseil d'hygiène qui lui prouve la nécessité de la création d'étuves publiques de désinfection, aura rendu un premier service à l'hygiène publique. Il importe que l'administration de l'Assistance publique à Paris, que les commissions administratives des hôpitaux de province, que les conseils de santé des armées et de la marine suivent cet

---

disputent chaque année le prix dans des régates auxquelles on vient assister de tous les côtés de l'Angleterre.

Je reviens au congrès.

Le comité, présidé par MM. Denis O'Connor, professeur de médecine à Green College de Cork, président de l'an dernier, et par le président actuel G. M. Humphry, professeur d'anatomie à l'Université de Cambridge, fait remettre à chacun des membres du congrès, qui sont inscrits sur un registre spécial dans le *réception Room :* 1° un livret quotidien qui indique le menu scientifique des sections et les divertissements de la journée et de la soirée ; 2° un plan de Cambridge, une brochure historique et descriptive de la ville, des invitations à dîner ou à déjeuner, ou à des fêtes données par le président et ses collègues du conseil. Pendant trois jours toutes les tables et tous les salons sont ouverts, et la grâce des femmes y rivalise avec les cordiales attentions des hommes.

Plus de 400 médecins venus de tous les points du Royaume-Uni sont à Cambridge ; notons parmi ces grandes notabilités scientifiques de l'Angleterre médicale : Sir James Paget, Sir William Jenner, médecin de la reine, Sir William Gull, Erichsen, Spencer Wells, Lister, Holden, Acland, Lougmore, chef du service médical de l'armée, et beaucoup d'autres noms consacrés par l'estime de l'Angleterre.

Une exposition d'instruments de chirurgie, de machines sanitaires, conduites d'eaux d'égouts, instruments de ventilation, etc., se trouve dans le local de réception, où l'on rencontre en outre un bureau de poste et de télégraphe spécial pour les membres du congrès, et un salon de lecture et de correspondance.

Vous voyez que rien n'est négligé pour rendre l'absence aussi peu préjudiciable que possible.

C'est dans l'hôtel de ville de Cambridge, mis à la disposition du congrès que s'assemble la section de médecine publique. Celles de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de psychologie, de physiologie, de pathologie anatomique, d'ophthalmologie et d'otologie siègent dans les différentes salles des cours de

exemple. Quand on voit les épidémies de variole durer aussi longtemps, la diphthérie ne jamais cesser ses ravages et la fièvre typhoïde obliger chaque année à l'évacuation de plusieurs casernements, il devient nécessaire d'adopter toutes les mesures capables d'entraver la propagation des maladies épidémiques. On ne saurait donc mettre trop d'insistance à recommander l'installation, en France, des appareils dont M. Vallin, par ses études d'hygiène et les communications qu'il a reçues de l'étranger, nous a fait connaître l'organisation et les avantages. L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Ciseaux et pinces hémostatiques (1). Note présentée à l'Académie de médecine de Belgique, par le docteur Warlomont.

M. Warlomont présente des ciseaux destinés à empêcher l'hémorrhagie résultant de la section des vaisseaux, et surtout des artères, dans les opérations chirurgicales. *Ils sont appelés à remplacer, dans les trousses, les ciseaux ordinaires*, et n'y occupent pas plus de place que ces derniers.

L'instrument se compose de deux pièces, entièrement séparées l'une de l'autre et pouvant se juxtaposer : des ciseaux et des pinces.

A. *Ciseaux*. — Ce sont des ciseaux ordinaires, à différents calibres, droits, courbes ou coudés (fig. 1). La vis qui en unit les branches est percée d'outre en outre d'une ouverture circulaire. Le long de la face antérieure de l'une de ces branches glisse une sorte de verrou plat, dont l'extrémité regardant cette ouverture a la forme d'un U. A la face postérieure de chacune des branches, non loin des anneaux, sont deux petits boutons à collet, d'un millimètre environ de hauteur.

B. *Pinces*. — Elles rappellent, par la disposition de leurs mors, appelés à se rapprocher dans le parallélisme, les fers à friser des coiffeurs (fig. 2). Ces mors sont plats, allongés, de 1 à 2 ou 3 centimètres de longueur dans leur partie prenante, raboteux, ou munis de dents correspondant à des mortaises creusées dans la branche opposée. Dents et mortaises se contrarient; elles sont séparées l'une de l'autre de 2 millimètres. Les branches des pinces sont plates; leur extrémité regardant les anneaux est excavée en demi-cercle, d'un rayon correspondant au collet des petits boutons des ciseaux, qu'elle est destinée à embrasser lors de la juxtaposition des deux pièces. Elles sont munies à leur face latérale d'un cliquet Péan. La vis qui unit les branches est pourvue d'une tige perpendiculaire, d'un calibre correspondant à celui de

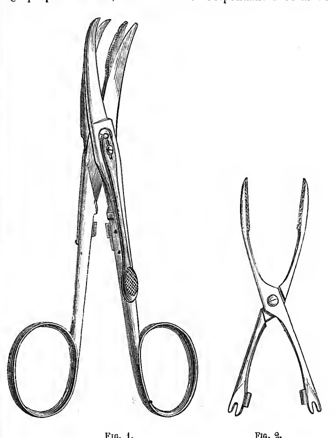


Fig. 1. Fig. 2.

l'ouverture dont est percée la vis des ciseaux, où elle doit s'engager et qu'elle doit dépasser légèrement; cette extrémité libre, ou tête, est pourvue d'un collet où viendront se glisser les branches de l'U du plat-verrou.

Pour monter l'instrument, on met les deux pièces l'une contre l'autre (fig. 3) : les extrémités des branches de la pince embrassant les boutons des ciseaux, et sa tige traversant l'ouverture de la vis de ceux-ci et la dépassant. Il suffit, dès lors, d'avancer le verrou plat, dont l'extrémité, terminée en U, saisissant le collet de la tige axiale, empêche celle-ci de se retirer, et fixe, de la sorte, les deux pièces princi-

(1) Ce travail complète celui que nous avons analysé dans notre numéro 16, page 252.

l'Université, dans les bâtiments neufs du Muséum, où se trouvent également de remarquables collections d'histoire naturelle et d'anatomie normale et pathologique.

Une cérémonie religieuse dans la chapelle de King's College, célébrée par l'évêque d'Ely, inaugure les travaux du congrès. La cérémonie est simple, courte, et la chapelle est remplie. Les maîtres de chapelle sont en général des organistes de grand talent et les chœurs sont remarquables. Le deuxième jour un concert pour l'orgue, donné dans la chapelle de la Trinité par l'organiste de cette église, nous a causé le plus grand plaisir.

Selon l'habitude, les matinées des trois jours ont été consacrées de dix heures à midi à entendre des oraisons magistrales (*adresses*) sur la médecine, la chirurgie, la physiologie. C'est la revue des progrès accomplis dans chacune de ces branches.

Ces discours, qui ont été prononcés par M. Bradbury pour la médecine, Savory pour la chirurgie, Foster pour la physiologie, présentent un intérêt considérable et ont été écoutés avec beaucoup d'attention. J'en recommande la lecture à l'historiographe du congrès, ainsi que celle du discours relatif aux intérêts de l'Association, prononcé par son président annuel M. Humphry, à l'ouverture du congrès. Je ne puis que vous signaler en passant ces morceaux d'éloquence scientifique. Je rentre dans le temple de la science pour vous indiquer les principaux travaux présentés dans les diverses sections. Ils ont été de deux sortes : communications verbales et démonstrations. Les unes et les autres marquent une évolution sensible dans la science anglaise, l'abandon des théories préconçues pour les procédés expérimentaux. Je me borne à vous dire que l'étude des affections cérébro-spinales a tenu le premier rang. Dans plusieurs sections notre cher compatriote Brown-Séquard a entraîné l'auditoire par sa parole aussi chaleureuse en anglais qu'en français.

En chirurgie, les antiseptiques ont été étudiés sur toutes leurs faces, et M. Lister, aussi disert que fécond, a charmé

pales l'une à l'autre, de façon à ne former plus qu'un seul instrument : des ciseaux ayant des pinces pour doublure.

L'instrument ainsi constitué, si l'on exerce le mouvement ordinaire de section par les ciseaux, les mors et les queues de la pince suivent ceux-ci dans les mouvements de leurs lames et de leurs anneaux. Les mors de la pince se rencontrent les premiers et étreignent les parties saisies; pousse-

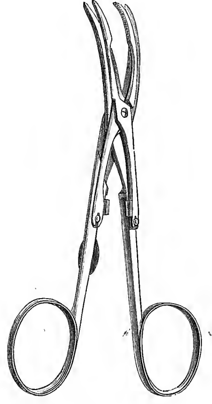


Fig. 3. — Instrument monté, vu par sa face postérieure.

t-on le mouvement à fond, les lames des ciseaux, passant devant les mors des pinces, sectionnent ces parties. En même temps, les queues de la pince, se rapprochant, sont prises par le cliquet et fixées dans leur rapprochement, de façon à empêcher les mors de se séparer. Une disposition actuellement à l'étude aura pour objet de doser la compression. Ces mors, hérissés d'aspérités ou de dents, ne lâchent pas les parties saisies. On retire alors le verrou qui, libérant la tige axiale, rend aux deux pièces leur indépendance; les ciseaux se séparent des pinces et sont retirés, tandis que ces dernières demeurent en place. Si les vaisseaux sectionnés sont de petit calibre, ils se trouvent oblitérés par le fait seul de l'écrasement; dans le cas contraire, le chirurgien peut, soit appliquer des ligatures en masse, soit cautériser une plaie ou son pédicule, secs aussi longtemps que la pince reste en place.

Les ciseaux hémostatiques n'ont point d'usage limité; ils trouvent leur application dans une foule de cas, tels que l'ablation de tumeurs, sanguines ou autres, surtout des pédiculées; la section du nerf optique dans l'énucléation ou l'énervation de l'œil; des dissections dans des parties fortement vascularisées; de vastes opérations, telles que l'ovariotomie, l'hystérectomie et l'opération césarienne, où il peut être utile de déposer çà et là des clamps volants; l'amputation de la langue, la résection de tumeurs des lèvres, des paupières, de la joue, la section du cordon ombilical, l'opération du phimosis, le bec-de-lièvre et d'autres avivements, etc.

Ce sera au chirurgien à y recourir dans les circonstances diverses où il croira pouvoir en tirer un utile parti.

L'instrument a été fort habilement exécuté — sur les indications de l'auteur — par M. Colin, fabricant d'instruments de chirurgie (ancienne maison Charrière, à Paris).

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences. (Session de Reims, août 1880.)

(Suite. — Voyez le numéro 34.)

SÉANCE DU 14 AOUT (SOIR). — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

PUISSANCE TOXIQUE DES ALCOOLS : M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — NOUVEAU PESSAIRE : M. GAIRAL. — APPAREIL RÉFRIGÉRANT : M. DUMONTPALLIER.— OPHTHALMOMÈTRE : M. JAVAL.— TRAITEMENT DES PLAIES : M. MAUREL. — PHTHISIE HÉRÉDITAIRE : M. LANCEREAUX.

MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Audigé* communiquent les résultats de leurs nouvelles recherches *sur la puissance toxique des alcools*. — Ils ont tenu à reprendre les expériences qu'ils avaient déjà faites sur cette question, en se rapprochant davantage du procédé par lequel l'homme se soumet lui-même à l'intoxication alcoolique. Au lieu d'injecter l'alcool sous la peau des animaux, ils l'ont fait absorber par la voie stomacale : le porc a été choisi dans cette seconde série d'expériences, surtout parce que c'était le seul animal qui consentît à avaler des aliments auxquels on avait ajouté de l'alcool. On n'a point trouvé à l'autopsie les lésions du

---

l'auditoire à plusieurs reprises sur les questions où sa compétence est exceptionnelle.

Sir James Paget a produit une impression considérable dans une oraison magistrale sur la chirurgie. C'est un grand biologiste et un grand chirurgien. Des démonstrations histologiques faites par M. Ranvier ont eu également le plus grand succès.

M. Spencer Wells, qui vient de procéder à sa 1008e ovariotomie, a parlé hystérotomie et surtout crémation. Il s'est mis à la tête du mouvement crématoire anglais, et sa communication, chaleureusement applaudie, a été recommandée par le congrès à l'attention du gouvernement. Je me suis permis, à cette occasion, de proclamer l'autorité dont le nom de M. Spencer Wells jouit en France, et l'influence que sa pratique loyale et heureuse, dont les débuts ont été signalés par moi dans la *Gazette* il y a près de vingt ans, a exercée sur la chirurgie gynécologique française. Je pense qu'aucun de nos confrères ne me démentira.

J'avais l'intention de lire un petit travail personnel sur les névralgies symétriques non encore décrites, que j'ai observées dans le cours du diabète; mais devant la multiplicité et l'antériorité des communications inscrites à l'ordre du jour, je me suis tu (j'espère que la *Gazette* n'y perdra rien). Songez qu'on avait à entendre Brown-Séquard, Ranvier et Marey !

Le premier a été l'objet d'une distinction honorifique exceptionnelle. L'Université de Cambridge lui a conféré dans une séance solennelle, où universitaires et récipiendaires avaient revêtu la robe rouge, le titre de *fellow* de l'Université de Cambridge. M. Brown-Séquard a partagé cet honneur avec MM. Donders, Gross (de Philadelphie), sir William Jenner, sir William Gull, sir George Burrows, William Bowman, le rév. docteur Haughton, Joseph Lister, Denis O'Connor, John Simon, Andrew Wood. Tous ces savants ont été successivement présentés à l'assemblée des membres de l'Université par un orateur public, auquel l'usage de la langue latine paraît aussi familier que celui de la langue maternelle.

foie, des reins, de l'estomac, etc., qu'on rencontre chez l'homme atteint d'alcoolisme chronique. Ce fait n'a, disent les auteurs, rien d'extraordinaire, en raison du temps relativement court pendant lequel a été administré l'alcool (quelques mois). Les seuls troubles fonctionnels observés chez le porc se caractérisent, non par l'excitation, mais par un sommeil profond et prolongé.

— M. *Gairal* présente un *nouveau pessaire* qu'en raison de sa forme, il nomme pessaire-*diadème*. A ce propos M. Dumontpallier rappelle que c'est à Gairal que revient la première idée des pessaires élastiques, qu'il a lui-même employés plus tard en les perfectionnant.

— M. *Dumontpallier* fait une communication *sur l'abaissement de la température au moyen de l'appareil réfrigérateur* décrit déjà dans ce journal. (Voy. une notice historique sur les appareils pour la réfrigération artificielle, *Gaz. hebd.*, mars 1880.) Il rappelle tout d'abord les altérations des tissus et les modifications de la sécrétion urinaire qui accompagnent l'hyperthermie. La méthode de Brandt a heureusement modifié ces altérations; mais, tout en conservant l'idée, il a été nécessaire d'en changer complètement le mode d'application, et d'en supprimer les inconvénients multiples. C'est à cet objectif que répond l'appareil tubulaire construit par Galante pour M. Dumontpallier. En appliquant cet appareil, on constate qu'à partir d'un certain temps, la température rectale s'abaisse de dix minutes en dix minutes de 1 dixième de degré. Lorsque l'appareil cesse de fonctionner, l'abaissement de la température persiste pendant un assez long temps, puis l'ascension se reproduit; si on renouvelle alors le courant d'eau, on ramène de nouveau la température au degré physiologique : on peut ainsi entretenir indéfiniment l'abaissement cherché. Au cours de ses expériences, M. Dumontpallier a constaté que la courbe thermique, construite en réunissant les relevées de température pris pendant vingt-quatre heures consécutives, présente une phase ascensionnelle continue de huit heures du matin à une heure du soir. C'est donc pendant cette période qu'il importe surtout d'obtenir l'abaissement thermique. Un autre fait à signaler, c'est la diminution de l'urée et des phosphates dans l'urine sous l'influence de la réfrigération : ce phénomène paraît donc indiquer qu'on provoque une diminution dans l'intensité des phénomènes d'oxydation et qu'on agit sur le facteur production de chaleur.

— M. *Jaral*, en son nom et au nom de M. *Schiotz*, présente un nouvel *ophthalmomètre* (sur lequel nous publierons une note spéciale).

— M. *Maurel* présente un *aperçu général sur le traitement des plaies*. — En comparant les méthodes anciennes aux méthodes nouvelles, en examinant les principes sur lesquels reposent ces dernières, M. Maurel arrive à conclure que le point essentiel consiste à isoler les plaies du contact des germes. On peut, dans ce but, employer un certain nombre de procédés qui se ramènent aux méthodes suivantes. 1° irrigation continue à une température constante; 2° pansement ouaté fondé sur le principe de la filtration de l'air ; 3° pansements fondés sur le principe antiseptique ; 4° atmosphère artificielle par la méthode de J. Guérin ; pansements par occlusion.

— M. *Lancereaux : Phthisie héréditaire, habitus, localisations et évolution :*

1° Le descendant du phthisique se distingue par la débilité, la petitesse du corps, l'aplatissement du thorax, et principalement par une ténuité, une rareté des poils qui concordent avec une faiblesse de développement des organes génitaux. Partant, la tuberculose imprime un cachet particulier à l'être qu'elle atteint au moment de la conception et crée, pour ainsi dire, une race à part.

2° Les principales modifications apportées dans l'organisme par l'hérédité phthisique se révèlent principalement à l'époque de la puberté, et consistent dans un arrêt de développement non pas d'un organe ou d'un système, mais de l'ensemble de l'individu, qui conserve longtemps les apparences d'une sorte de jeunesse et reste dans un état neutre généralement désigné par les noms d'*infantilisme* ou *féminisme*.

3° Les représentants de ce type, spécialement prédisposés à la tuberculose, doivent être soumis à une hygiène préventive, tant au point de vue de l'alimentation que de l'aération et des exercices du corps.

SÉANCE DU 16 AOUT (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

ALIMENTATION PAR LE RECTUM : M. CATILLON. — PUPILLE ARTIFICIELLE : M. GAYET. — RÔLE ÉTIOLOGIQUE DU TRAUMATISME : M. VERNEUIL. — RÉGIME LACTÉ DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR : M. POTAIN. — GALVANO-PUNCTURE DANS LES ANÉVRYSMES : M. PETIT. — TAILLE PRÉRECTALE : M. GAILLIET. — TAXIS DANS LA HERNIE : M. HENROT.

M. *Catillon : Sur l'alimentation par le rectum* (sera publié *in extenso* dans la *Gazette hebdomadaire*).

— M. *Gayet* (de Lyon). — A la suite de l'extraction du cristallin par une opération ou par un traumatisme, l'iris s'enflamme et s'infiltre de produits plastiques. Depuis longtemps on a compris l'importance de pratiquer une pupille artificielle et les difficultés qu'on éprouve à le faire. Le procédé de l'aiguille de Cheselden donne une ouverture trop petite et on risque de blesser le cristallin et de provoquer une nouvelle cataracte. Celui de Graefe donne une large fenêtre dans la pupille; c'est un bon procédé, mais on provoque fré-

---

M. Brown-Séquard est présenté le premier. Permettez-moi de vous citer intégralement la harangue latine qui lui est adressée. La voici :

« Erat nobis in animo Reipublicæ Gallicæ senatorem illustrem, virum de investigandis humani generis varietatibus optime meritum, nostra laureola hodie decorare. Atqui laurea illa in cupressum mutata est ; ille enim, qui ipsum fontem et originem loquendi indicavit, ipse inter omnium dolorem, morte immatura abreptus, conticuit et obmutuit. Quo autem majore animi ægritudine illum desideramus, eo majore gaudio ejusdem Reipublicæ civem salutamus, qui (ne plura commemorem) ipsam arcem sentiendi in cerebro positam, ipsam carinam illam corporis quæ medulla spinalis nuncupatur, fortiter exploravit. Ceterum in tali materia non omnia nobis subtiliter disputanda, non omnia (ut de amicitia Tullius) « ad vivum » resecanda. Vobis igitur præsento Medicinæ Professorem insignem, Edvardum Brown-Séquard. »

Ces dernières paroles sont couvertes par des applaudissements enthousiastes et des hourrahs qui partent de tous les côtés de l'immense salle du Sénat, dont la galerie supérieure est presque exclusivement occupée par les étudiants en robe et en bonnet carré.

Les présentations, précédées chacune d'un joli compliment biographique, se suivent au milieu des marques plus ou moins caractéristiques du degré de faveur de l'auditoire. Le Cicéron de Cambridge dont l'éloquence *crescit eundo*, s'anime de plus en plus, et l'éloge coule dans le miel.

La séance est terminée. De nombreuses voitures stationnent à la porte et nous conduisent à Cavendish Collège, qui est situé hors la ville. Un déjeuner y est offert au congrès sous la présidence de lord Fortescue.

Ce nouveau collège, récemment fondé sur des bases plus modestes, paraît appelé à recevoir particulièrement des étudiants en médecine. On prononce beaucoup de toasts et on boit au succès de l'œuvre.

La troisième soirée nous retrouve au nombre de trois cent

quemment une petite hémorrhagie qui annonce qu'on a décollé le corps ciliaire.

M. Gayet a cherché à éviter cet inconvénient. Le couteau étant dirigé obliquement en arrière et le tranchant en avant, il ponctionne la cornée et l'iris, puis renverse le manche du couteau en arrière et le porte en avant de l'iris Arrivé à l'autre extrémité de la chambre antérieure, il fait encore basculer le manche du couteau en arrière et en fait ressortir la pointe. La tension de l'iris a fait que le couteau le coupe à mesure qu'il avance; l'opération est donc terminée dès que la cornée est ouverte en ces deux points. M. Gayet a exécuté quatre fois cette opération avec succès, sans difficulté et sans accidents consécutifs.

— M. *Verneuil : Sur le rôle étiologique du traumatisme.* — Le rôle que joue le traumatisme dans la production et la marche des affections dites spontanées est plus considérable qu'on ne le croit en général. Outre les affections considérées comme des complications des plaies, le traumatisme fait naître des affections qui ne se seraient produites que plus tard. Telles sont les manifestations des diathèses : syphilis, goutte, rhumatisme, etc. Le traumatisme augmente la réceptivité pour certaines maladies, les fièvres éruptives en particulier; il détermine la localisation des manifestations diathésiques sur des points actuellement ou antérieurement blessés. M. Verneuil établit l'importance de ces notions pour étudier l'anologie, la marche et le traitement des maladies d'origine chirurgicale.

— M. *Potain : Du régime lacté dans les affections du cœur.* — Le régime lacté est particulièrement efficace dans les maladies secondaires du cœur, hypertrophies ou dilatations simples ayant une origine gastrique ou rénale. Ce régime modifie dans un cas l'état du rein, dans l'autre celui de l'estomac, en ce sens surtout qu'il apporte à cet organe un repos plus complet; par suite, pour être véritablement efficace, il doit être absolu et plus ou moins prolongé. On peut intervenir utilement dans le cas de simples palpitations réflexes, quand le point de départ est gastrique. On peut encore utiliser son action diurétique dans le cas d'hydropisie, surtout et peut-être exclusivement quand l'hydropisie est la conséquence d'un trouble rénal.

— M. *Petit : Résultats du traitement des anévrysmes de l'aorte par la galvano-puncture.* — M. L. H. Petit a réuni 114 cas de ce genre; dans 111 cas on a employé les courants continus; dans 3 cas seulement les courants interrompus.

Les 114 cas ont donné 69 améliorations; 38 malades sont morts sans améliorations notables; on n'eut aucun résultat dans 3 cas; dans 4 cas les résultats sont douteux. Après la disparition des accidents immédiats ou presque immédiatement après la séance de galvano-puncture, l'amélioration s'est manifestée dans un certain nombre de cas par la diminution des douleurs, des battements, l'augmentation de consistance de la tumeur, puis par la diminution de volume progressive. Cette marche rétrograde a continué dans 24 cas après une seule séance, et a duré de deux à dix-sept mois; dans d'autres cas on a dû faire trois, quatre, cinq séances; dans d'autres on a été jusqu'à onze et même douze.

Quoique la proportion des cas avantageux soit plus grande quand l'anévrysme est encore enfermé dans le thorax, on peut cependant espérer de bons résultats quand la tumeur fait saillie au dehors.

L'amélioration a surtout porté sur le symptôme douleur; on a aussi constaté la cessation d'accès d'angine de poitrine, le retour du sommeil, de l'appétit, etc. Parmi les accidents qui ont caractérisé l'aggravation on a vu : l'augmentation du volume de la tumeur, l'inflammation du trajet des aiguilles, le sphacèle circonscrit, des hémorrhagies assez persistantes, etc. Ces accidents ont été observés surtout lorsqu'on avait fait communiquer les aiguilles avec le pôle négatif; au contraire, ils ont été très rares lorsque le pôle positif a été employé. M. Petit conclut donc avec MM. Anderson, Dujardin-Beaumetz, Teissier, etc., que la galvano-puncture est le meilleur procédé qu'on ait employé jusqu'ici dans le traitement des anévrysmes de l'aorte.

M. *Potain* pense que l'on attribue à tort à la coagulation les améliorations survenues après l'application de l'électrolyse au traitement des anévrysmes. Il cite à l'appui de son opinion l'observation d'un malade qui fut soulagé par ce mode de traitement, mais qui, étant mort plus tard d'une pneumonie, ne présenta aucune trace de coagulation. Il pense d'ailleurs qu'il est fort heureux qu'il n'y ait pas de caillots dans les cas où les anévrysmes de l'aorte communiquent largement avec ce vaisseau : des embolies pourraient être la conséquence de la production de ces caillots.

M. *Onimus* pense que l'effet de l'électro-puncture n'est point de nature chimique; il se produit sous son influence dans les tissus une modification moléculaire, qui est la vraie cause de l'amélioration; quant à la formation des caillots, on l'observe indépendamment de toute intervention électrolytique.

M. *Henrot* cite à l'appui de la théorie ordinaire relative à la formation des caillots un cas de sa propre pratique : il doit montrer la pièce dans une des prochaines séances.

M. *Ollier* fait aux statistiques le reproche de correspondre surtout aux cas heureux; les autres sont volontiers passés sous silence. Il est peu partisan du traitement par l'électrolyse, et soumet ses malades au régime lacté avec iodure de potassium.

M. *Petit* répond qu'il a emprunté les chiffres de sa statis-

---

cinquante dans la magnifique salle à manger de Trinity Collège dont les arceaux gothiques et les vitraux rappellent la Sainte-Chapelle. Le conseil de l'Association a invité l'évêque, les autorités municipales, les savants étrangers, parmi lesquels MM. Donders, Preyer, Westphal, Lœvenberg; et nos compatriotes sont placés à la table de l'évêque et des autorités.

Le dîner à la française, le menu en français; mais les vingt-cinq toasts traditionnels et les répliques, entrecoupés de chants graves exécutés par une Société chorale, ont un caractère national de gravité académique que l'on ne rencontre pas chez nous après un succulent banquet.

Encore deux mots : je ne puis finir cette lettre sans vous signaler deux fêtes nocturnes données, l'une dans la soirée du 11, par le président et le *Reception Committee*, dans les salles du Musée de la ville. Musique, jardin éclairé à la lumière électrique, etc., toilettes élégantes, minois charmants. Et ce n'est pas tout. Le lendemain, soirée vénitienne dans les jardins du King's College, avec force gondoles illuminées glissant sur le Cam. Mais l'heure me presse et la place vous ferait défaut. Ce qui me reste à faire c'est de vous engager à venir l'an prochain au grand congrès international qui aura lieu à Londres sous la présidence de sir James Paget. Vous jugerez vous-mêmes des charmes de l'hospitalité anglaise, dont je suis si pénétré et si reconnaissant.

Mille amitiés,

Dr Jules Worms.

tique aux relevés de Ciniselli, Verardini, Duncan, Anderson, Althaux, Dujardin-Beaumetz, etc. Il ajoute que dans la plupart des cas on a noté la coagulation dans le sac anévrysmal.

M. *Denucé* a traité récemment deux cas d'anévrysme par la galvano-puncture. Dans le premier cas il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte avec tumeur secondaire saillante à l'extérieur : il a fait quatre séances d'électro-puncture, et l'amélioration obtenue est très considérable. Dans l'autre cas (anévrysme du tronc brachio-céphalique), l'électro-puncture n'a produit aucun effet avantageux, et il a dû recourir à la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière.

— M. *Gailliet* (de Reims) : *Sur la taille prérectale.* — M. Gailliet présente un certain nombre de calculs vésicaux qu'il a extraits au moyen de la taille prérectale. Il donne quelques détails sur les indications de cette opération et sur les procédés qu'il a employés. Il ajoute que, chez les vieillards, il ne faut pas craindre de pratiquer la taille à travers la prostate; ce procédé réussit souvent à faire disparaître des cystalgies rebelles et des rétentions d'urine; il pense qu'il faut tout faire pour prévenir la rétention d'urine et les hémorrhagies à la suite de cette opération : dans ce but il laisse une sonde à demeure dans la vessie et une éponge dans la plaie.

M. *Ollier* a vu autrefois, par suite d'erreurs de diagnostic, pratiquer la taille chez des malades atteints de maladies de la prostate, et présentant des phénomènes qui faisaient croire à la présence de calculs vésicaux. Ces malades ayant parfaitement guéri, M. Ollier a pratiqué depuis la taille prérectale dans des cas analogues, pour remédier à la douleur et rétablir le cours de l'urine : il n'a eu qu'à s'en féliciter.

M. *Verneuil* rappelle qu'il a autrefois pratiqué la taille prérectale dans un cas de cystalgie rhumatismale rebelle, et que Mercier a proposé de pratiquer la prostatotomie interne dans la cystalgie. M. Verneuil pense qu'aujourd'hui, en employant la méthode antiseptique, on peut faire dans la prostate de larges débridements sans danger; mais il faut le faire de dehors en dedans afin de pouvoir désinfecter la plaie.

— M. *Henrot : Du taxis abdominal dans la hernie étranglée.* — Deux moyens ont déjà été mis en œuvre pour remplacer le *taxis* et dans le but d'agir comme lui : 1° la pression sur l'abdomen au-dessus de la hernie, comme le fait Lannelongue, avec des sacs de plomb; 2° l'inversion incomplète du corps pour faire agir l'action de la pesanteur sur l'intestin hernié. M. Henrot propose un troisième moyen, qui consiste à exécuter des manœuvres avec les mains sur l'abdomen, une sorte de massage au voisinage de la région de la hernie. Il signale deux cas dans lesquels le taxis abdominal lui a donné de bons résultats. Il pense que, dans les cas analogues, on pourra combiner le taxis abdominal au taxis ordinaire. Ce moyen ne pourra peut-être pas être généralisé, mais dans certains cas il peut être de la plus grande utilité.

M. *Ollier* croit que quelquefois, en effet, la malaxation de l'abdomen pourra permettre de détruire l'obstacle. Dans la hernie étranglée le taxis abdominal uni au taxis ordinaire pourra donner de bons résultats; mais il ne faudra l'employer que quand on sera sûr que l'intestin n'est pas entamé, c'est-à-dire dans les hernies récentes.

SÉANCE DU 16 AOUT (SOIR). — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

GREFFE DENTAIRE : M. DAVID. — L'ALCOOLISME : M. PLONQUET. — SPASME LARYNGÉ HYSTÉRIQUE : M. GOUGUENHEIM. — RÔLE DE L'AVANT-PIED DANS LA MARCHE : M. ONIMUS.

M. *Th. David* présente un travail *sur la greffe dentaire.* Il a fait cinq opérations de transplantation, toutes suivies de succès.

— M. *Plonquet* fait une communication sur l'alcoolisme au point de vue individuel et au point de vue héréditaire (ce travail sera publié dans les comptes rendus de l'Association).

— M. *Gouguenheim : Sur le spasme laryngé d'origine hystérique.* — L'auteur décrit une variété de spasme laryngien observé chez les hystériques et qui donne lieu à des phénomènes simulant un véritable rétrécissement de la trachée. Le symptôme le plus alarmant est la dyspnée, qui a été quelquefois assez intense pour nécessiter la trachéotomie. M. Gouguenheim, ayant pu pratiquer quelquefois l'examen laryngoscopique, s'est assuré que les cordes vocales étaient tendues et rapprochées; il conclut que, en présence d'une hystérique atteinte de dyspnée, on devra songer à un spasme des cordes vocales et ne pas pratiquer la trachéotomie comme l'ont fait Michon et Velpeau.

— M. *Onimus* fait une communication sur rôle de l'avant-pied dans la marche. (Voy. le compte rendu de la dernière séance de la Société de biologie.)

— M. *Rochard* est élu président de la section des sciences médicales pour 1881.

F.-F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR LES EMBRYONS ACCOMPAGNANT LES CYSTICERQUES DANS LA VIANDE DU PORC. Note de M. *Poincaré.* — Dans la note adressée à l'Académie le 12 juillet 1880, et qui est relative à la présence accidentelle, dans la viande de bœuf, d'un parasite non encore décrit par les auteurs français, l'auteur faisait remarquer qu'on en trouvait un analogue chez le porc atteint de ladrerie, et émettait l'hypothèse qu'il pourrait bien représenter une des phases d'un tænioïde. Depuis il a eu l'occasion d'examiner le tissu musculaire de plusieurs porcs entachés de cysticerques.

Il pose en fait que la viande de porc renfermant des kystes de cysticerques présente, en outre, constamment des êtres à contenu granuleux et pouvant affecter une forme générale analogue à celle des nématoïdes. Ces êtres sont parfois excessivement nombreux, et leur fréquence est toujours en raison inverse de celle des kystes de cysticerques, ce qui semble indiquer qu'il y a réellement là deux états successifs d'un même individu, et que, suivant le degré d'avancement de la maladie, c'est l'une ou l'autre des deux phases qui prédomine. L'animal affecte, le plus souvent, une forme ramassée qui le fait ressembler à une chrysalide. Il apparaît alors comme un sac ovoïde, froncé et renfermant exclusivement une masse de protoplasma granuleux. Ce sac peut, par des mouvements spontanés, s'allonger considérablement et se contourner de toutes manières. Plus il se déploie, plus il perd de son aspect froncé, de sa largeur et de l'intensité de sa teinte. Cette plus grande transparence s'explique par la dissémination du contenu granuleux. Du reste, l'animal peut, à volonté, répartir ce dernier inégalement dans son enveloppe, et faire apparaître ainsi des points noirs qu'on prendrait, au premier abord, pour des orifices naturels ou des organes spéciaux. La plupart de ces êtres sont munis de cils vibratiles, qui sont toujours plus nombreux et plus longs vers les extrémités. Beaucoup apparaissent contenus dans une fibre musculaire, qui se renfle et pâlit à leur niveau; mais il est évident qu'ils peuvent en sortir, car plusieurs sont manifestement libres. (Commissaires : MM. H. Milne Edwards, de Quatrefages, E. Blanchard.)

SUR LES INCONVÉNIENTS QUE PRÉSENTE, AU POINT DE VUE DES RÉACTIONS PHYSIOLOGIQUES, DANS LES CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA MORPHINE, LA SUBSTITUTION DE L'ALCOOL AMYLIQUE

A L'ÉTHER DANS LE PROCÉDÉ DE STAS. Note de MM. *G. Bergeron* et *L. L'Hote*. — Un certain nombre de modifications, basées sur le peu de solubilité de certains alcaloïdes dans l'éther, ont été apportées au procédé de M. Stas. MM. Erdmann et Uslar ont substitué l'alcool amylique à l'éther comme dissolvant; cette modification a été surtout recommandée pour la recherche de la morphine. L'alcool amylique est un alcool de fermentation, bouillant à une température élevée, se séparant difficilement des solutions aqueuses et présentant des effets toxiques. On doit se demander si l'emploi d'un pareil dissolvant dans les recherches de chimie légale ne présente pas de graves inconvénients. Les auteurs ont donc recherché quel était le degré d'énergie toxique de cet alcool.

Des expériences auxquelles ils se sont livrés avec de l'alcool amylique purifié au laboratoire, et bouillant à 132 degrés, il résulte que l'injection sous-cutanée, faite sur des grenouilles avec quelques gouttes, sur des animaux plus élevés, tels que cobayes et lapins, avec quelques centimètres d'eau agitée avec de l'alcool amylique, a donné lieu, chez ces animaux, à un coma profond, avec résolution des membres, insensibilité de la cornée. Il est vrai qu'au bout de peu de temps l'animal revenait à lui; mais, par le fait de l'expérience, il avait toute l'apparence d'un animal narcotisé. La quantité d'alcool amylique ainsi injectée est des plus faibles, et l'action produite est presque immédiate et très énergique.

Si l'on se reporte à la description assez vague donnée par le professeur Selmi (de Bologne), des accidents produits par l'injection des alcaloïdes cadavériques appelés *ptomaïres*, et si l'on se rappelle que l'alcool amylique est employé pour l'extraction des ptomaïres, on peut se demander si l'action toxique de ces alcaloïdes ne serait pas due en partie à l'alcool amylique mélangé souvent d'alcool butylique employé pour les extraire.

SUR L'EXPÉRIENCE DU GRAND SYMPATHIQUE CERVICAL. Note de MM. *Dastre* et *Morat*. — Tout ce que l'on sait des fonctions du système nerveux sympathique est fondé, à peu près uniquement, sur les deux expériences de Pourfour du Petit (1727) d'une part, et d'autre part de Cl. Bernard et Brown-Séquard (1851). Pourfour du Petit a fait connaître la direction ascendante des fibres nerveuses dans le cordon cervical, ce qui est une notion purement anatomique. L'expérience de Cl. Bernard a montré que le sympathique cervical contenait des nerfs destinés à resserrer les vaisseaux sanguins, des *nerfs vaso-constricteurs*. Les faits que nous communiquons à l'Académie complètent ces notions, en démontrant l'existence, dans ce même cordon, de nerfs antagonistes des précédents, de *nerfs vaso-dilatateurs*.

L'expérience qui établit ce résultat est celle même de Cl. Bernard, comme l'expérience de Cl. Bernard était celle même de Pourfour du Petit.

Voici le fait. Lorsque l'on excite le sympathique cervical, il se produit une dilatation primitive, immédiate, souvent énorme, des vaisseaux dans la moitié correspondante de la cavité buccale, c'est-à-dire dans la muqueuse du palais, des gencives, des lèvres, et dans la peau des lèvres et des joues, à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure. La rougeur devient intense, et l'on voit se manifester en même temps les autres signes de la dilatation des vaisseaux : chaleur, tuméfaction, redressement et ombilication des poils. Tous ces signes sont exactement limités à la moitié de la face qui correspond au nerf excité. Ils disparaissent presque immédiatement quand l'excitation a cessé. Une ligne nette sépare la région rouge écarlate de la région pâle, et ce qui rend le spectacle plus remarquable et plus significatif encore, c'est que d'autres organes, l'oreille et la moitié de la langue du même côté, pâlissent et s'anémient, tandis que les organes précités rougissent et se congestionnent, de telle sorte que le contraste des couleurs de la langue est exactement inverse du contraste des couleurs de la cavité buccale et le fait ressortir davantage. Ces phénomènes se sont montrés à nous d'une manière constante et avec une telle évidence, qu'ils constituent une bonne expérience de cours lorsque les conditions sont favorables, c'est-à-dire lorsque la gueule est faiblement pigmentée, que le nerf n'est pas fatigué, que l'animal est tranquille ou immobilisé par une faible dose de curare.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. le docteur Bartholony, une instruction raisonnée pour la vision, devant les conseils de révision et de réforme dans la marine et dans l'armée.

M. *Lagneau* présente, en son propre nom, un rapport qu'il a été chargé de faire au Conseil d'hygiène et de salubrité, sur des notices ou instructions que l'on distribue dans les mairies aux mères et aux nourrices, et contenant des conseils pour l'hygiène des enfants du premier âge.

M. *De Villiers*, rapporteur de la Commission d'hygiène de l'enfance, dit qu'il avait été décidé que ces instructions devaient être distribuées par les préfectures, mais que, on ne sait pour quelle cause, cette décision n'a pas été encore suivie d'effet.

OPHTHALMIE. — M. le docteur *Brame* (de Tours) lit un travail basé sur 108 observations d'ophthalmies diverses qu'il a eu à traiter dans sa pratique.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Planchon*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont adoptées sans discussion.

HYDROPHOBIE CHEZ L'HOMME. — M. *Hardy* a eu, il y a quelques jours, l'occasion d'observer un commencement d'hydrophobie et il communique à l'Académie une note sur cette observation.

Un cocher, ayant reçu un choc violent dans le coude, alla consulter un rebouteur qui appliqua sur le membre une forte ligature d'où résulta un gonflement notable.

Cet homme fut pris ensuite d'une sorte de spasme de la gorge pour lequel M. Hardy fut consulté. Il voulut essayer de faire prendre un peu d'eau au malade; mais celui-ci éprouvait une répulsion chaque fois qu'on lui présentait le verre et rejetait vivement sa tête en arrière.

Il y avait là des symptômes d'hydrophobie, et, voulant approfondir cette question, M. Hardy prit des renseignements sur les antécédents. Il apprit que cet homme avait été mordu quatre mois auparavant par un chien qui avait été ensuite reconnu comme atteint de la rage.

Il posa immédiatement un pronostic très défavorable, et conseilla le transfert du sujet dans une maison de santé, ce qui fut fait.

A la Maison municipale de santé, le malade eut d'abord un peu d'amélioration sous l'influence d'un traitement électrothérapique; mais il eut ensuite des convulsions violentes, puis un coma qui se termina par la mort.

M. Hardy appelle l'attention sur divers points de cette observation. En premier lieu, la durée de l'incubation a été un peu longue (quatre mois); ensuite le choc éprouvé par cet homme, et qui a été très douloureux et mal soigné, aurait-il quelques relations avec la maladie rabique à laquelle le malade a succombé ?

M. *Bouley* fait remarquer combien il est surprenant que, dans une maison aisée et même riche, on ait pu conserver un chien atteint de la rage sans se méfier des dangers qui pouvaient en résulter. Il pense qu'on ne saurait trop insister sur la nécessité de répandre les notions qui permettent de reconnaître les accidents qui indiquent l'existence de la rage chez le chien.

M. Bouley ajoute qu'il a observé, comme M. Hardy, l'action bienfaisante de l'électricité, qui peut atténuer certains symptômes, notamment la difficulté de la déglutition.

M. *le Président* fait remarquer que, dans un moment où se font de nombreuses et importantes réformes dans l'enseignement primaire, il y aurait lieu de signaler à M. le ministre

le rapport de M. Bouley sur la rage, et de demander que les notions élémentaires sur cette maladie fussent enseignées aux enfants.

M. *Bouley* annonce que M. le ministre de l'instruction publique a déjà pris l'initiative de cette innovation.

M. *Lagneau* a été chargé de faire un rapport au Conseil d'hygiène et de salubrité sur le cas de rage dont M. Hardy a donné la relation à l'Académie. Il a reçu de M. Olivier, interne de M. Rathery, dans le service duquel le malade était entré à l'hôpital Dubois, des renseignements pleins d'intérêt et absolument semblables, d'ailleurs, à ceux que M. Hardy vient de faire connaître. Ces renseignements sont relatifs à l'état du malade qui, en dehors des accès convulsifs, montrait un calme et une tranquillité tels que l'on eût pu douter qu'il fût atteint de cette affreuse maladie. Ils ont porté également sur les résultats véritablement curieux de l'application des courants continus; tantôt l'un des pôles était appliqué au petit doigt, siège de la morsure, l'autre au niveau du pharynx ; d'autres fois les deux pôles étaient appliqués le long de la colonne vertébrale; l'effet de ces applications a été tel que le malade a pu, à la suite, boire jusqu'à deux litres de lait et un litre de tisane.

Sur une interpellation de M. Hardy, M. Lagneau dit qu'il a été signalé au Conseil d'hygiène un certain nombre de cas de rage dans ces derniers jours.

Il rappelle le cas d'un vétérinaire qui avait été mordu plusieurs fois par des chiens enragés sans accidents, et qui a récemment succombé à une morsure qu'il avait reçue il y a trois mois.

M. *Bouley* dit qu'il y a quelques années on a pu inoculer à Alfort la rage à un lapin avec de la salive provenant d'un individu rabique. On peut donc considérer comme presque certain que la rage peut être inoculée avec la salive d'un homme, et il faut, par conséquent, se tenir sur ses gardes lorsqu'on approche d'un rabique. L'homme enragé doit être considéré comme un animal dangereux. Il semble, ajoute-t-il, que le chien est doué d'un instinct ou d'un sentiment qui l'avertit, lorsqu'il est enragé, qu'il peut être nuisible à ceux qu'il aime; ce sentiment le porte à s'évader; c'est ce même sentiment d'affection profonde pour ses maîtres qui le pousse à revenir au logis avant de mourir, afin de revoir encore une fois ceux qu'il a aimés pendant sa vie. Lorsqu'on a étudié de près le chien, on arrive à lui reconnaître cette profondeur de sentiment.

M. *Lagneau* est peu porté à croire à la transmission de la rage de l'homme à l'homme, bien que, théoriquement, cette transmission puisse paraître possible. D'abord il n'existe pas d'exemple de cette transmission; ensuite, il a eu occasion de voir un individu qui avait été mordu par un autre individu atteint d'hydrophobie rabique ; ce dernier succomba, tandis que l'autre n'a jamais présenté depuis le moindre symptôme de la maladie.

M. *Jules Guérin* rappelle le fait communiqué dernièrement à l'Académie par M. le docteur Chavernac (d'Aix), de ce lapin qui, inoculé au moyen de la salive d'un individu atteint de rage, s'enfuit tout à coup, après avoir présenté, pendant quelques jours, des symptômes précurseurs de la maladie : tristesse, inquiétude, méfiance, recherche de la solitude, inappétence, etc. Si l'on accepte l'opinion de M. Bouley sur la réalité du sentiment qu'il prête au chien et qui pousserait cet animal à fuir dans la crainte d'être nuisible, il faudrait accorder au lapin ce même instinct, ce qui est peu admissible.

Recherches sur l'organe de la voix.— M. le docteur *Moura* lit un quatrième et dernier mémoire *sur la statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix dans les deux sexes.*

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de mercure. — De l'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences anciennes. — Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire.

M. *Terrillon.* Liégeois a proposé le premier de traiter la syphilis par les injections sous-cutanées du bichlorure d'hydrargyre. Bamberger a ajouté à la solution de sublimé une solution de peptone. Ce peptonate de mercure, composé mal défini, est absorbé avec une grande facilité. 1 gramme de la solution contient 1 centigramme de mercure.

Les injections faites à la cuisse sont très douloureuses, laissent des nodosités et amènent parfois des abcès. M. Terrillon choisit la région postérieure du tronc. Lorsqu'une injection est pratiquée chaque jour, dès le quatrième jour la salivation paraît. Les essais n'ont été faits que sur des accidents secondaires; l'amélioration semble plus rapide qu'avec les autres modes de traitement.

— M. *le Secrétaire général* lit, au nom de M. *Bourguet* (d'Aix), membre correspondant, un travail sur l'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité.

Conclusions : 1° Les hernies compliquées d'adhérences anciennes peuvent s'étrangler;

2° Ces étranglements coïncident souvent avec l'inflammation du sac;

3° Il est très important, quelque difficile que soit le diagnostic, de pouvoir reconnaître l'existence des anciennes adhérences et de l'inflammation du sac;

4° Le taxis prolongé est absolument contre-indiqué dans ces cas, et il faut recourir à la kélotomie; sur les 16 observations qui accompagnent ce travail on compte 12 guérisons.

— M. *Pozzi* lit une note intitulée : « Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle; échec de la compression mécanique et de la compression digitale; opération par la méthode d'Antyllus; hémorrhagie rebelle par une collatérale; acupressure; guérison après une lymphangite légère. »

— La Société de chirurgie entre en vacances jusqu'au 6 octobre prochain.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Section du nerf dentaire inférieur, par M. A. B. Sands.

Le docteur Sands fut appelé à pratiquer la section du nerf dentaire inférieur chez un malade atteint, depuis deux ans, d'une violente névralgie de la mâchoire inférieure, contre laquelle avaient été épuisés tous les remèdes et qui n'avait point été modifiée par un traitement antisyphilitique. L'opération fut faite par le procédé de Paravacini. Il fut impossible de voir le nerf, mais on réussit à le sectionner à l'aide d'un crochet mousse. En répétant l'opération sur le cadavre, M. Sands trouva qu'il était très facile de confondre avec le nerf le ligament latéral interne; on évite l'erreur en appliquant le bout du doigt sur l'épine osseuse qui déborde l'orifice du canal dentaire. Onze mois après l'opération, la névralgie n'avait pas reparu, ou du moins il ne s'était produit que quelques légères douleurs spasmodiques sans aucun caractère de gravité.

L'opérateur fait remarquer que la guérison a pu être obtenue par la simple section du nerf douloureux, sans résection. (*The New-York surgical Society, in the med. Record,* 19 juin, 1880.)

Gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, par M. W. O. Robert.

L'auteur rapporte une opération de gastrotomie faite par lui dans un cas de grossesse extra-utérine remontant à six mois : le sac s'était ouvert dans l'intestin ; on retira un fœtus mort; la malade était arrivée à un degré extrême d'épuisement et présentait au moment de l'opération une température très élevée.

Toutes les précautions antiseptiques furent prises avec le plus grand soin; on enleva le tube à drainage le cinquième jour; le placenta fut extrait le huitième jour. Trois semaines ne s'étaient pas écoulées depuis l'opération que la malade était en pleine convalescence. (*Kentucky State medical Society, the med. Record*, 19 juin 1880).

Valeur thérapeutique de l'iodure d'éthyle, par M. Rob. M. Lawrence.

L'iodure d'éthyle ne paraît pas avoir été proposé comme agent thérapeutique avant 1850, époque à laquelle Huette fit quelques expériences dans le but de déterminer sa valeur thérapeutique dans la dyspnée des phthisiques. Poussé par le rapport favorable qu'on en fit, Turnbull (de Liverpool) l'employa dans les affections chroniques du poumon. Malgré cela, le remède fut bientôt oublié, et il s'écoula vingt-cinq ans sans qu'il en fût question : c'est alors que le professeur Sée attira l'attention sur son efficacité dans un grand nombre d'accidents dyspnéiques. En 1879, le docteur Thorowgood en fit usage avec succès dans plusieurs cas d'asthme. L'auteur, enfin, n'a eu qu'à s'en féliciter dans un grand nombre de formes de dyspnée. Quant au mode d'action de l'iodure d'éthyle, voici ce qu'en dit M. Lawrence : « Nous savons que lorsque, pour une raison quelconque, la proportion d'acide carbonique dans le sang est exagérée, une influence centripète est transmise aux centres nerveux respiratoires, principalement par le nerf pneumogastrique. De cette irritation résultent, par voie réflexe, des impulsions motrices énergiques des muscles respirateurs. Dans les paroxysmes de l'asthme spasmodique et dans d'autres formes de dyspnée, l'iodure d'éthyle paraît jouer le rôle d'un antispasmodique en relâchant les muscles bronchiques contractés; ce médicament peut aussi être considéré comme atténuant le pouvoir excito-moteur. (*The medical Record, New-York*, 19 juin 1880.)

Les effets de l'intoxication paludéenne sur les yeux, par M. Ch. Stedman Bull.

Quand on songe que des symptômes cérébraux variés, dus probablement à des perturbations circulatoires du système nerveux central, des hémorrhagies nasales et autres, de l'albuminurie et de l'hématurie, des dégénérations hypertrophiques du foie et de la rate, etc., sont souvent produits par l'infection paludéenne, il ne paraît pas surprenant que les yeux puissent aussi souffrir de la présence du poison tellurique dans l'organisme. Les cas de troubles fonctionnels de la vue dus à cette cause ne sont pas très rares, surtout dans les contrées tropicales. Mais ce qu'on observe surtout, ce sont des hémorrhagies rétiniennes, souvent des neuro-rétinites avec exsudat et avec atrophie du nerf optique. Dans ces cas existe le plus souvent une affection grave du rein ou du foie qui suffit à expliquer l'apparition des lésions oculaires.

De nombreux observateurs, notamment Deval (1851), Dutzmann (1870), Koslowsky, Peunoff, Fernandez (1879), et l'auteur lui-même, ont établi les relations qui existent entre l'infection paludéenne et les lésions des organes qui en résultent d'une part, et les affections des yeux d'autre part.

La conclusion du travail de Ch. Stedm. Bull est la suivante : Il semble à l'auteur qu' « il faut apporter un soin spécial dans l'examen des malades atteints d'affections palustres et chez lesquels existent des hémorrhagies rétiniennes ou une rétinite exsudative, en s'arrêtant particulièrement à l'état du cœur, des vaisseaux sanguins, du foie et des reins. La maladie de l'un de ces organes, surtout si elle est chronique, est extrêmement apte à produire l'inflammation ou les hémorrhagies de la rétine ou les deux accidents réunis. Nous ne serions pas trop hardi en attribuant ces lésions sérieuses des yeux à l'affection paludéenne, les autres causes ayant été soigneusement éliminées. » (*Saint-Louis, Courr. of Medicine*, juin 1880).

Emploi de la glycérine dans la flatulence, l'acidité et le pyrosis, par M. Sydney Ringer et William Murrell.

Un malade, souffrant depuis longtemps d'acidités gastriques très pénibles, lut dans un journal que la glycérine ajoutée au lait empêche celui-ci de tourner à l'aigre, et raisonna ainsi : « Si la glycérine empêche le lait de devenir acide, pourquoi ne ferait-elle pas le même effet sur moi? » Et il résolut d'essayer la glycérine contre ses acidités. Le succès de cette expérience fut complet, et chaque fois qu'il était tourmenté par son ancienne maladie, il se guérissait lui-même avec la glycérine.

S. Ringer et W. Murrell ont maintes fois employé le même moyen avec un succès réel non seulement dans l'acidité, mais dans la flatulence et le pyrosis. Ils ne veulent pas apprécier sa valeur comparativement aux autres remèdes, mais désirent seulement attirer l'attention sur ses avantages. Ils pensent que la glycérine agit en retardant ou en empêchant certaines formes de fermentation et de putréfaction. J. Mekulics (*Arch. f. klin. Chir.*, 1878) a déjà montré que la glycérine empêche la putréfaction des substances amyloïdes, comme le sang étendu d'eau qui se décompose rapidement à l'air libre. E. Murk (*Virch. Arch.* 1879) a trouvé que 2 à 3 pour 100 de glycérine retardent la fermentation du lait jusqu'à 24 heures. Depuis longtemps, du reste, Demarquay a montré que des substances animales et végétales pouvaient être conservées pendant six semaines ou deux mois dans la glycérine.

Ce liquide n'empêche pas, du reste, l'action digestive de la pepsine et de l'acide chlorhydrique. (*The Lancet*, 3 juillet 1880.)

Contribution à l'étude de l'étiologie de la pneumonie, par M. le docteur Wiedenmann.

L'auteur rapporte deux cas de pneumonie compliquée qu'il a de la tendance à rapporter à une propagation à l'homme de la pleuropneumonie infectieuse des bêtes à cornes. — Voici le résumé de la plus intéressante de ces observations :

Un enfant toujours bien portant jusque-là est atteint subitement d'une fièvre grave. Déjà à la fin du premier jour on peut démontrer l'existence d'un foyer inflammatoire dans le poumon droit et des phénomènes généraux qui accompagnent la pneumonie. Ce n'est cependant que le sixième jour que l'on peut délimiter exactement ce foyer, le huitième jour que l'on perçoit les phénomènes ordinaires d'auscultation. Les phénomènes généraux pendant tout ce temps n'offrent aucune gravité. Le neuvième jour apparaissent des symptômes nouveaux, qui indiquent une propagation de la maladie du côté gauche. De ce côté l'affection reste obscure jusqu'au treizième jour, époque à laquelle on constate, en même temps que des phénomènes généraux extrêmement graves, une matité assez

accentuée et du souffle à la base gauche. L'enfant mourut le quinzième jour.

A l'autopsie on constate une pneumonie à droite, une pleurésie à gauche, compliquée de péricardite, plus un certain nombre de lésions curieuses du poumon dont le microscope fut impuissant à dévoiler la nature. Nous citons textuellement :

« 1° Une lymphangite cellulaire, avec thrombus lymphatiques qui contiennent des bactéries isolées ou en colonies, pénétrant jusque dans les *septa* alvéolaires.

» 2° Infiltration purulente du stroma pulmonaire surtout dans les *septa* du parenchyme.

» 3° Inflammation croupale des alvéoles atrophiées.

» 4° Hémorrhagie. Les globules rouges décolorés forment une infiltration diffuse du stroma ou bien sont enfermés dans les bouchons fibrineux des alvéoles.

» 5° Thrombus des artères pulmonaires d'un certain calibre contenant une masse de micrococcus isolés ou en colonies. »

Toutes ces altérations sont absolument semblables à celles de la pleuropneumonie contagieuse des bêtes à cornes, qui est caractérisée aussi par une pneumonie interstitielle qui se propage aux alvéoles pulmonaires et aux petites bronches d'un côté, à la plèvre et au péricarde de l'autre.

Mais on n'a jamais mentionné jusqu'ici la propagation de cette maladie à l'homme. Sa possibilité reste à l'état d'hypothèse.

Dans ce cas particulier, l'enfant avait probablement consommé du lait provenant d'une vache légèrement atteinte; il faut ajouter toutefois qu'un autre enfant qui prenait le même lait est resté très bien portant.

Il y a là un point sur lequel il est bon d'attirer l'attention des médecins, surtout de ceux qui pratiquent à la campagne. Les lésions constatées par Wiedenmann ont été déclarées, par des gens compétents, identiques avec celles de la pneumonie infectieuse des bêtes à cornes. La possibilité de la transmission de la maladie des animaux à l'homme est possible, mais non démontrée. Il sera utile, quand la maladie régnera dans un district déterminé, d'étudier avec soin les particularités des pneumonies qui pourraient apparaître. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXV.)

Travaux à consulter.

La thérapeutique de la variole au point de vue de la doctrine parasitaire, par M. Schwimmen. — Travail très étendu mais peu intéressant, dont voici le fond. Schwimmer a trouvé dans les humeurs des varioleux des micrococcus semblables à ceux décrits par M. Klebs, mais ne présentant pas la disposition considérée par ce dernier comme caractéristique. Insuccès complet de la médication antiseptique sous toutes ses formes, à l'exception des pommades phéniquées, qui paraissent empêcher les suppurations exagérées. Voici la formule : acide phénique, 4 à 10 grammes; huile d'olive, 40 grammes; craie blanche pulvérisée, 60 grammes. Faites une pâte molle que l'on applique sur du linge de manière à constituer une sorte de masque que le malade doit porter continuellement. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXV.)

De l'excision du chancre induré comme traitement de la syphilis, par M. Zeissl. — Après avoir pratiqué cette opération sur un nombre assez considérable de malades, l'auteur arrive à la conclusion qu'elle n'a aucune influence sur le cours ultérieur de la maladie, et que le chancre induré est probablement l'expression de l'infection déjà générale de l'organisme. (*Vien. med. Presse*, 1880, n° 28.)

La question des immunités acquises, par M. Wernich. — L'auteur se donne la peine bien inutile de séparer ses travaux de ceux de Pasteur : il paraît que la confusion avait été faite, sans doute par quelque mauvais plaisant. On avait même dit que les découvertes de Wernich donnaient une idée bien plus claire de l'immunité consécutive à certaines maladies infectieuses, que les idées de Pasteur. — Or les découvertes en question ne sont pas à l'abri de la critique et demandent à être confirmées. Elles consistent dans ce fait, que les bactéries en se multipliant donnent naissance à une série de produits chimiques (phénol, skatol, indol, etc.) qui auraient la propriété d'arrêter leur développement : de sorte que l'on peut dire sans exagération que c'est la vie même des bactéries qui provoque leur mort. Wernich naturellement ne cherche pas à diminuer l'importance théorique de ce fait; mais il reconnaît que les dernières communications de Pasteur ne manquent pas non plus d'importance, surtout si ce dernier se décidait à publier sa méthode d'atténuation du virus : vœu auquel on ne peut que se rallier. (*Berlin, klin. Woch.*, 1880, n° 28.)

De la production expérimentale du contage du charbon, par M. Buchner. — Travail important, inspiré par M. J. Cohn. Le microbe du charbon est dérivé de la baccille du foin, avec laquelle il présente une assez grande ressemblance morphologique. Buchner dit être arrivé : 1° à transformer le contage du charbon en baccille du foin, au moyen de l'agitation permanente du liquide de culture, 2° à obtenir le résultat inverse par un procédé analogue et en cultivant dans le sang de lapin défibriné. Ces faits doivent servir à expliquer dans les idées de l'auteur, et contrairement à Pasteur, la production spontanée du charbon. (*Thèse de Munich*, 1880.)

La résection de l'intestin dans les hernies étranglées gangréneuses, par M. Kocher (de Berne). — Cette opération remplaccra prochainement dans tous les cas celle de l'anus artificiel. Parmi les précautions les plus recommandées, il faut que le bout intestinal supérieur soit réséqué assez haut, toujours au-dessus des infarctus et des suffusions sanguines, à plus forte raison des taches gangréneuses. La suture se fait d'après la méthode de Lambert. Diète absolue après l'opération pendant au moins dix jours : le malade est nourri au moyen de lavements. (*Centralb. für chir.* 1880, n° 29.)

La Résorcine, par M. Andeer, serait un agent précieux pour la médication antiseptique. Elle est soluble dans tous les liquides, excepté le chloroforme et le sulfure de carbone; elle émulsionne les graisses, empêche les putréfactions, possède des propriétés hémostatiques et caustiques analogues à celles du nitrate d'argent. (*Cent. für med. Wiss.*, 1880, n° 27.)

Un cas compliqué de dilatation de l'estomac, par M. Malbrane. — Observation intéressante quoique un peu touffue, recueillie sur un riche Californien qui avait promené dans toute l'Europe son estomac malade, et avait fini par échouer à Naples. La dilatation était entretenue et aggravée par la pénétration de la bile et du liquide pancréatique dans l'estomac; cette pénétration anormale était due probablement à une dislocation et un coude du duodénum causé lui-même par le rein droit mobile. Un traitement méthodique par la pompe stomacale amena rapidement une grande amélioration, mais le malade finit par mourir d'une indigestion. (*Berl. klin. Woch*, 1880, n° 28.)

Hydropisie intermittente des articulations, par M. Seeligmullen. — Homme de quarante-neuf ans, malade depuis vingt-quatre ans d'une singulière affection, consistant en une synovite aiguë de l'un ou l'autre genou, revenant tous les *douze* jours, et évoluant avec une certaine lenteur. Insuccès complet de la thérapeutique. Cette maladie, dont on ne connaît que treize cas, doit être rangée parmi les nécroses vaso-motrices : dilatation subite des vaisseaux de la synoviale déterminant une véritable hydropisie articulaire. (*Deutsch med. Woch.*, 1880, n° 5.)

Les micrococcus de la phosphorescence, par O. Lassar. — Sur un morceau de viande qui présentait le phénomène de la phosphorescence, l'auteur put démontrer qu'il tenait à des microbes ressemblant à ceux de la putridité, mais plus volumineux. (*Pflüger's Archiv*, t. XXI.)

Régénération de la moelle, par M. Eichhorst. — Expériences sur trois jeunes chiens. — « Une régénération anatomique et fonctionnelle de la moelle est possible chez les chiens; se produit rapidement, dans des circonstances difficiles à déterminer, et peut acquérir une importance considérable. » (*Zeitsch. für klin, Med.*, n° 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Revues scientifiques, publiées par le journal *la République française*, sous la direction de M. Paul Bert, 2e année; 1 vol. in-8 avec 51 fig. dans le texte. — Paris, G. Masson. Prix 6 francs.

M. Paul Bert a eu la bonne pensée de réunir en un volume les revues scientifiques publiées, sous sa direction, par un groupe de ses collaborateurs ou de ses élèves. Ce ne sont point, en effet, de simples causeries, séduisantes par l'élégance du style et d'ingénieux rapprochements; ce ne sont pas non plus des chroniques limitées à un fait d'actualité. Plusieurs chapitres sont très étudiés et résument très complètement les questions qu'ils exposent. Il était naturel que, dans un ouvrage destiné surtout aux gens du monde, les questions médicales proprement dites fussent en petit nombre. Nous trouvons cependant dans ce livre une étude étiologique sur la peste, contenant l'analyse des travaux de M. Tholozan, et un chapitre, très intéressant à lire, sur quelques récentes applications de la greffe animale; les travaux de M. Magitot et de ses élèves y sont très bien exposés et très justement appréciés. L'origine du charbon et les travaux de M. Pasteur ont fait la matière d'un chapitre qui aurait pu être un peu plus développé, surtout au point de vue historique et critique. Plusieurs études de démographie résumant quelques-uns des articles de M. Bertillon ont dû faire grand plaisir aux lecteurs du journal qui leur en donnait la primeur. Mais on comprend que, parmi les questions de physiologie, celle de l'anesthésie par le protoxyde d'azote ait été particulièrement traitée avec tout le soin et toute la précision désirables. L'importante découverte de M. Paul Bert et les résultats pratiques qui en découlent, ont fait trop de bruit et sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'insister sur l'intérêt de ce chapitre. Signalons encore plusieurs articles de zoologie, d'ethnologie, de géologie et de paléontologie, une étude du livre de M. Wurtz sur la théorie atomique, et du beau travail de M. Daubrée sur les applications de la méthode expérimentale à l'étude de divers phénomènes géologiques. Tous ces sujets si intéressants et si variés fournissent au chroniqueur l'occasion d'études à la fois solides et attrayantes. On les relira avec plaisir, comme tous les travaux de vulgarisation qui sont à la fois très clairs, très précis et en même temps très complets au point de vue scientifique.

L. L.

Index bibliographique.

De la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement, par le docteur E. R. Fauquet. 1 vol. in-8°, de 125 pages. — Paris, 1879. A. Delahaye et Lecrosnier.

Dans ce travail l'auteur s'est surtout attaché à étudier l'histologie normale de l'utérus et les modifications que subissent pendant la grossesse et après l'accouchement les éléments qui entrent dans sa constitution. Après avoir réuni un très grand nombre d'observations recueillies pour la plupart à l'hospice Saint-Lazare. M. Fauquet résume dans les conclusions suivantes ses appréciations sur cette importante question :

1° La métrite chronique est beaucoup plus fréquente à la suite de la fausse couche ou de l'accouchement qu'à toute autre époque de la vie sexuelle.

2° Ce n'est pas le travail de la fausse couche et de l'accouchement qui seul suffit à expliquer l'établissement de l'état morbide d'où résulte la métrite chronique.

3° Sous l'influence des causes énumérées dans ce travail, l'involution utérine s'arrête dans son évolution, agit alors comme cause irritative et favorise le développement des conditions qui produisent la métrite chronique.

4° C'est ainsi que s'explique l'augmentation de volume, l'agrandissement souvent considérable que présente l'utérus dès le début de l'envahissement de la métrite chronique.

5° L'involution utérine, arrêtée dans son évolution, ne conduit pas fatalement à la métrite chronique : car cette affection ne se développe que dans les organismes atteints d'affection constitutionnelle ou de diathèse.

6° Dans le cas où l'organisme est indemne de maladie générale, l'engorgement, le renversement, l'abaissement, la flexion ou la combinaison de ces différents états sont le résultat de l'arrêt de l'involution.

7° Les causes de la métrite chronique consécutive à l'arrêt d'involution sont donc spéciales à l'individu, elles sont représentées par l'état diathésique.

8° Pour empêcher le développement de la métrite consécutive à la fausse couche ou à l'accouchement, il suffit de favoriser l'involution utérine en laissant, pendant le temps que met normalement l'utérus à revenir sur lui-même (70 à 80 jours), l'appareil utéro-ovarien dans le calme le plus complet.

9° Cette régression peut être favorisée par de nombreux moyens thérapeutiques, au nombre desquels les décongestionnants, l'hydrothérapie, les révulsifs sur la région lombaire, jouent le principal rôle.

Enfin, dans ce même but, il importe de préciser qu'abandonner une femme qui vient de faire une fausse couche ou un accouchement, se fiant à la nature pour ramener l'appareil utéro-ovarien dans l'ordre normal, est une erreur grave contre laquelle on ne saurait trop réagir.

Nous adoptons sans aucune restriction ces conclusions, qui sont appuyées sur un grand nombre de faits cliniques et qui nous paraissent donner une idée très exacte de l'état actuel de la science sur cette importante question de l'involution utérine après l'accouchement.

Résumé de la leçon d'ouverture du cours de clinique des maladies mentales, par le docteur Langlois, médecin de l'asile d'aliénés de Maréville, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy. Une brochure in-8. — Nancy, 1880.

Une leçon d'ouverture est d'ordinaire pour le professeur une occasion — qu'il manque rarement d'ailleurs — d'exposer les principes qui le guideront dans son enseignement, de tracer à grands traits l'histoire de la science ou de la partie de la science qui va faire le sujet de son cours. C'est d'après cette première leçon qu'on a l'habitude de juger le nouveau professeur, et il est bon nombre d'auditeurs qui sont tentés de poser pour principe que tant vaut la leçon d'ouverture, tant vaut le professeur. Nous n'appliquerons pas cette maxime au résumé que vient de publier M. Langlois de sa première leçon de clinique des maladies mentales; car, en resserrant en peu de pages ce qu'il avait dit plus longuement, il a nui à la clarté de sa pensée et de ces aphorismes qui se suivent sans transition. Il est impossible d'extraire les principes nets ou la méthode exacte que se propose de suivre le professeur.

La brochure se termine par une sorte de *memento* ou de tableau des différentes espèces de folie. Il suscite bien des observations : nous nous contenterons de faire les suivantes. Parlant du délire partiel, l'auteur en accepte deux formes, le délire ambitieux et le délire des persécutions; puis plus loin il classe dans la catégorie de la folie morale les aliénés persécuteurs. Ce ne sont pas là trois types distincts de maladie, mais bien une seule et même affection : le persécuté, en effet, devient par le progrès de son délire ambitieux et persécuteur. Pour la folie compliquée d'une névrose et pour la folie par intoxication, l'auteur n'indique que la forme maniaque; mais l'hystérique, l'épileptique, l'alcoolique, etc., se présentent à l'observateur aussi souvent avec les symptômes de la mélancolie qu'avec ceux de la manie. Nous pourrions encore faire des observations sur la terminaison de la paralysie générale par la démence paralytique qu'admet M. Langlois, sur la manière dont il interprète la folie circulaire ou folie à double forme, etc.; mais il nous faudrait entrer dans des discussions théoriques que ne comporte pas cette analyse.

De la bosse séro-sanguine, par le docteur D. Martellière. In-8 de 68 pages. — Paris, 1879, O. Doin.

La bosse séro-sanguine des nouveau-nés est constituée par une infiltration de sérosité et de sang entre les éléments anatomiques

de tous les tissus superficiels, et en particulier du tissu cellulaire sous-cutané.

Cette infiltration séro-sanguine est produite par le refoulement des liquides de l'organisme fœtal vers la région qui, seule, se trouve ne pas être soumise à la pression utérine.

La bosse séro-sanguine ne peut se former que lorsque le col a subi un commencement de dilatation, que les membranes se sont rompues et que l'utérus se contracte.

Quelquefois, cependant, elle apparaît avant la rupture des membranes, et sa formation est favorisée par leur extensibilité.

La bosse séro-sanguine ne se forme pas ou est à peine apparente lorsque l'accouchement se fait très rapidement, soit à cause du petit volume du fœtus, soit à cause de l'absence de résistance des parties maternelles.

Sa situation sur le fœtus ne peut aider à faire ou à rectifier, avec certitude, après la naissance, le diagnostic de la présentation et de la position.

La bosse séro-sanguine ne présente aucune gravité par elle-même; mais elle peut, par sa présence, rendre très difficile pendant le travail de l'accouchement, non seulement le diagnostic de la position, mais même celui de la présentation.

Dans certains cas exceptionnels, la formation de la bosse séro-sanguine, alors que les membranes étaient intactes, a pu faire commettre une erreur de diagnostic en faisant croire à une présentation du siège, alors qu'il y avait une présentation du sommet et réciproquement.

Tels sont les principaux points développés dans la thèse de l'auteur, qui s'est efforcé d'appuyer ses conclusions sur un grand nombre d'observations et de faits cliniques.

De l'épilepsie et de l'hémiplégie pleurétiques, par le docteur Auboin. In-8 de 87 pages. — Paris, O. Doin.

Les injections faites dans la plèvre au cours de l'empyème peuvent être les causes de convulsions épileptiformes suivies ou non d'hémiplégie. L'hémiplégie peut se montrer isolément et sans cause apparente dans le cours de l'empyème.

Elle est généralement incomplète; qu'elle soit ou non précédée de convulsions, elle affecte toujours le côté du corps correspondant à la séreuse malade. Dans ce même côté, lorsqu'elles existent, les convulsions sont prédominantes. Ces accidents ne sont en rapport avec aucune lésion connue des centres nerveux. Ils sont peu fréquents, puisque l'auteur n'a pu en réunir que dix cas. Ils sont graves, puisqu'ils ont eu quatre fois la mort pour conséquence.

En terminant l'auteur conseille de faire les injections dans la plèvre avec ménagement et surtout de ne jamais forcer l'injection. Ce sont là des précautions sur lesquelles il n'est pas nécessaire d'insister plus longuement.

VARIÉTÉS

A propos du docteur Tanner. — Quelques faits d'abstinence prolongée observés chez l'homme; les phénomènes cliniques de l'inanition.

Lorsque, il y a quelques semaines, les journaux politiques de New-York nous apprirent qu'un médecin de cette ville était en train de démontrer expérimentalement la possibilité de vivre plus d'un mois sans prendre autre chose que de l'eau pure, on accueillit ce bruit avec une extrême défiance. Dix jours, quinze jours se passèrent et la nouvelle, au lieu d'être démentie, fut à plusieurs reprises confirmée. Le docteur Tanner devenait un personnage, les chroniqueurs suivaient avec soin ses faits et gestes. S'il faisait une promenade en voiture, la foule se pressait pour voir cet homme extraordinaire qui avait à lui seul résolu le problème de la conservation de la vie sans alimentation. Le scepticisme était d'autant plus légitime que certaines feuilles dites scientifiques de l'autre côté de l'Atlantique nous ont habitués, depuis longtemps, à nous tenir sur la réserve. On se rappelle encore deux histoires singulières racontées sérieusement par elles il y a plusieurs années, et qu'un certain nombre de nos confrères ont reproduites comme des spécimens curieux du genre : nous voulons parler de la fécondation médiate par biscaïen et du traitement de l'obésité par les fils télégraphiques.

Allons donc! disent encore aujourd'hui beaucoup de personnes, Tanner aurait gardé une diète absolue pendant quarante jours! c'est une simple plaisanterie. Ou il se serait préparé de longue date à la chose par une vie extrêmement frugale et des jeûnes répétés, ou il aurait commencé de but en blanc son carême. Le résultat est aussi extraordinaire dans un cas que dans l'autre. Il existe en Angleterre et aux Etats-Unis une certaine variété de teatoalers herbivores pour lesquels l'abstinence de boissons fermentées et d'aliments d'origine animale est un devoir rigoureux. Croyez-vous que ce régime ait une influence favorable sur la santé? C'est exactement le contraire. Sir James Paget a démontré qu'on arrive ainsi à créer une diathèse artificielle aussi redoutable que la scrofule ou la syphilis, et que la moindre opération chirurgicale est souvent très grave chez un teatoaler. Il est peu probable que des gens débilités de la sorte puissent rester quarante jours à jeun. Si, au contraire, le docteur Tanner est un robuste Yankee mangeant avec appétit et buvant sec, il n'aurait certes pas exposé sa vie pour faire une démonstration dont il n'eût pas bien senti lui-même l'utilité. Son jeûne, s'il est réel, a probablement ressemblé au jeûne canonique, et comme on sait : *liquidum non frangit jejunium*. En traduisant *liquidum* tantôt par thé de bœuf, tantôt par rhum ou infusion de café, nous rentrerons dans les limites du possible.

On a raison de faire ses réserves et de n'accepter que sous bénéfice d'inventaire les cas extraordinaires comme celui-ci. Il ne faudrait pourtant point pousser la chose trop loin et nier l'exactitude d'un fait en se fondant simplement sur son invraisemblance.

Dès le dix-huitième siècle on connaissait un certain nombre d'exemples d'abstinence prolongée. Haller, si défiant pour tout ce qui ressemble au merveilleux, déclare que plusieurs sont certains. Au milieu de ces cas plus ou moins incontestables, dit Rostan, dans l'article Abstinence du *Dictionnaire en 30 volumes*, « il en est de tellement circonstanciés, rapportés par des auteurs si attentifs, si consciencieux, si recommandables, qu'il est impossible de les révoquer en doute ».

Il est vrai que la plupart de ces observations ont pour sujets des déments, des maniaques, et surtout des hystériques.

Dans les jeûnes involontaires, à la suite d'un accident ou d'une occlusion pathologique de l'œsophage, la vie ne s'est jamais prolongée un mois. Chez une jeune fille observée par O. Schultze, l'alimentation devint absolument impossible à la suite d'une sténose cicatricielle de l'œsophage; elle mourut moins de dix jours à partir du moment où le rétrécissement fut infranchissable, bien qu'on essayât de la nourrir avec des lavements de bouillon et d'eau albumineuse; de tels faits sont assez fréquents.

Les circonstances individuelles, l'âge des sujets, leur état de santé antérieur sont autant d'éléments dont on doit tenir compte. Dans des expériences faites sur des chiens, Collard de Martigny en a conservé de vivants jusqu'au trente-sixième jour, bien qu'ils n'eussent pris aucune nourriture. Selon lui, les animaux jeunes et de petite taille supportent moins bien le jeûne que les autres. Même au dix-neuvième siècle, on a vu plusieurs personnes se laisser mourir de faim. Le nommé Granié, condamné à mort par la cour d'assises de Toulouse pour assassinat, en 1831, refusa toute espèce d'aliments à partir de sa condamnation et ne succomba qu'au bout de soixante-trois jours, preuve que la vie peut se prolonger sans nourriture même plus de quarante jours.

Le cas du docteur Tanner aura d'autant plus d'intérêt que l'abstinence a été volontaire, que les phénomènes ont été probablement bien observés et rigoureusement enregistrés. Dans la plupart des faits publiés jusqu'aujourd'hui, il était difficile de dire au juste quels symptômes appartenaient en propre à l'inanition.

S'il s'agissait d'un accident, on devait tenir compte de l'état moral des individus et de conditions extrinsèques extrêmement mauvaises. Tel fut le cas pour les naufragés de la *Méduse*, dont le docteur Henri Savigny a rapporté l'histoire dans sa thèse inaugurale (Paris, 1818). En 1836, six mineurs restèrent ensevelis pendant cinq jours dans une galerie, et furent retirés vivants. Ils souffrirent beaucoup plus du froid que de la faim.

« On croyait généralement, dit le docteur Soviche, qui a rapporté cette observation, que ces six malheureux, n'ayant point pris de nourriture pendant cinq jours, devaient éprouver les tourments les plus affreux de la faim. Mais, d'après leurs déclarations soigneusement recueillies, il est certain que cette longue abstinence leur a été peu pénible, et ayant demandé à tous à diverses reprises s'ils avaient éprouvé des tiraillements d'estomac, ils ont répondu négativement.... Quant aux angoisses de la soif, elles leur furent totalement inconnues. »

Plusieurs personnes qui se sont laissées mourir de faim ont poussé le stoïcisme jusqu'à enregistrer au jour le jour les symptômes qu'elles éprouvaient. Une de ces relations les plus curieuses et les plus authentiques a été publiée dans le journal de Hufeland de 1819 (3. St. p. 95) : Un commerçant âgé de trente-deux ans, ayant perdu complètement sa fortune et n'ayant pas été soutenu suffisamment par ses parents, se retire dans un bois, le 15 septembre 1818, résolu à s'y laisser mourir de faim. Il fut trouvé sans parole et sans connaissance, mais respirant encore, le 3 octobre suivant; on lui fit prendre une tasse de bouillon et un jaune d'œuf; malgré cela il succomba presque aussitôt. On trouva un carnet sur lequel il avait écrit au crayon ses impressions journalières jusqu'au 29 septembre.

La première page renfermait cet avertissement : « Je prie la personne qui me trouvera après ma mort de prendre soin de ma sépulture, je lui lègue pour sa peine mes habits, ma bourse, mon couteau et mon portefeuille. Du reste, je ne me suicide point, je me laisse seulement mourir de faim; j'ai perdu tout ce que j'avais par le fait de méchantes gens, et je ne veux point être à la charge de mes amis. Il est inutile qu'on fasse mon autopsie, puisque, comme je l'ai dit, je meurs de faim! »

Cette espèce de pudeur, qui s'étend au delà de la tombe, se manifeste dans les notes des jours suivants.

Il revient sur les motifs de sa conduite et les détaille, parce qu'il ne veut point que les feuilles publiques s'occupent de son cadavre. Redoutant le froid, il se bâtit, dès le 15, une sorte de hutte. « J'ai été trempé cette nuit, écrit-il le 17, que j'ai froid! »

Le lendemain les forces diminuent, la soif est tellement vive qu'il boit un peu d'eau; le 19, la sensation de froid devient de plus en plus pénible, il éprouve un regret, mais sa résolution est implacable. « Faut-il que parmi des millions d'individus je sois seul obligé de mourir d'une manière si horrible! et si jeune! j'avais encore au moins cinquante ans à vivre! » Enfin le 19 il se traîne jusqu'à une auberge située à un demi-mille de là, boit une bouteille de bière et revient à sa hutte; il avait mis trois heures à faire le trajet.

Le 23 septembre, la soif est toujours plus vive; il a de violentes convulsions. « Cela ne peut pas durer longtemps, écrit-il; voilà le dixième jour que je n'ai pas pris de nourriture; j'ai bu de la bière et de l'eau au bout de sept jours seulement, et depuis le commencement je n'ai pas fermé les yeux. » Le 26, il ne sent plus ses pieds, les mouvements deviennent impossibles. Le carnet s'arrête à partir du 29. Ce jour-là il n'a pas même la force de faire un mouvement, ses habits trempés de pluie ne sèchent plus, et malgré cela l'intelligence est intacte et la volonté a conservé son énergie. « Hier j'ai vu pour la première fois un homme depuis une éternité que je suis ici, c'était un pâtre, il s'est approché à huit ou dix pas. Je l'ai salué silencieusement, il m'a rendu mon salut. C'est peut-être lui qui trouvera mon cadavre!... La faiblesse et les convulsions ne me permettent plus d'écrire; cette ligne sera probablement la dernière de ma vie. »

Le cas de l'avocat Viterbi, condamné à mort par la cour d'assises de Bastia, le 16 septembre 1821, fait le pendant de celui-ci. L'intérêt qui s'attachait à sa personne, les passions dont l'expression fut manifeste pendant les débats, tout contribua à attirer l'attention sur le condamné. Luc-Antonio Viterbi était le dernier représentant d'une famille contre laquelle les Frediani, et leurs alliés les Ceccaldi, conduisaient une vendetta depuis 1792. Une injure insignifiante avait été suivie de meurtre; puis les querelles personnelles s'étaient doublées des dissentiments politiques. Luc-Antonio Viterbi, homme instruit, tolérant, ayant acquis pendant un séjour de plusieurs années à Florence le goût des arts et de la littérature italienne, était néanmoins Français de cœur, et de plus patriote et libéral. Il se sépara de Paoli, son ami, lorsque celui-ci appela les Anglais en Corse ; il protesta contre l'empire et fut emprisonné par ordre du général Berthier. En 1814, une escarmouche a lieu entre les Ceccaldi et les Viterbi, il y eut mort d'homme des deux côtés; les premiers étaient les agresseurs, et cependant Antonio fut condamné à mort par un jury bonapartiste en majorité. L'affaire subit diverses vicissitudes jusqu'en 1821, époque où la cour d'assises de Bastia prononça de nouveau la peine capitale. Viterbi se pourvut en cassation; n'espérant pas trop une issue favorable, il refusa presque constamment de manger et mourut au bout de dix-huit jours. M. Robert Benson a publié le journal que Viterbi avait rédigé du 15 novembre au 18 décembre 1821. Dès le début l'état général était peu satisfaisant. Le 26 novembre, après vingt-quatre heures de jeûne, « il s'endort presque subitement et reste pendant quatre heures dans une léthargie profonde. Du reste, l'abstinence ne fut pas absolue. « Le médecin m'a conseillé de manger, écrit-il le 6 décembre, m'assurant que la privation complète d'aliments me ferait vivre quinze jours de plus. J'ai pris le parti de m'emplir le ventre (empiermi il ventre), espérant que cet excès aurait un bon effet: c'est le contraire qui est arrivé, ma diarrhée a cessé; je suis malheureux en tout.

Les jours suivants il se plaint de la soif, d'une faim dévorante, de douleur précordiale, de vertiges. Le 18 décembre tous ces accidents avaient fait place au calme et à l'abattement. « Les quelques moments qui me restent à vivre couleront tranquillement, comme l'eau d'un petit ruisseau dans un site agréable. » Viterbi succomba le 20 décembre.

Dr L. Thomas.

Maladie des mineurs. — De l'ensemble des études faites par le docteur Paul Fabre sur les mineurs de Commentry, et résumées en partie dans le journal *la Nature*, on peut déduire ce qui suit :

Quand les mineurs sont dans des galeries simplement humides, et dont la température n'excède pas 20 degrés, ils n'éprouvent durant leur travail aucun symptôme morbide. Leur respiration n'est presque pas accélérée. L'évaporation pulmonaire se fait assez facilement.

Les ouvriers ont peu de sueurs. Mais s'il tombe de l'eau froide sur leur corps et si leurs jambes plongent dans l'eau, les mineurs sont alors sujets au lumbago, à la sciatique, à des douleurs vagues dans les membres, souvent à un vrai rhumatisme. Ce rhumatisme est presque toujours subaigu, parfois chronique, rarement polyarticulaire; généralement, au contraire, il reste localisé à une seule articulation. De toutes les jointures, chez les piqueurs ou hâvreurs, c'est le genou gauche, celui qu'ils mettent habituellement en terre pour abattre le charbon, qui est le siège le plus fréquent d'une arthrite ou d'une hydarthrose.

Dans les galeries saturées d'humidité, et dont la température dépasse 25 degrés et surtout 30 degrés, les hommes sont bientôt accablés d'une lassitude extrême; leur température propre s'élève rapidement, leur respiration devient haletante, leur corps est vite ruisselant de sueur; ils sont forcés d'interrompre à tout instant leur travail pour aller se reposer dans une galerie moins chaude.

Un affaiblissement rapide, qui oblige à changer souvent les hommes de chantier, des éruptions sudorales, miliaires, parfois des furoncles, rarement de l'eczéma et de l'urticaire, tels sont les phénomènes observés le plus fréquemment dans ces conditions par le docteur Paul Fabre.

Si, le chantier étant toujours humide, l'air se trouve vicié par de l'hydrogène sulfuré, de l'acide carbonique et d'autres gaz toxiques ou irrespirables, ce qui arrive lorsque l'on répare de vieilles galeries éboulées; si de plus l'eau qui s'accumule dans ces mêmes galeries contient en dissolution, comme M. Fabre a eu assez souvent l'occasion de l'observer, divers sulfates et même de l'acide sulfurique libre provenant de la décomposition des pyrites martiales renfermées dans la houille, les hommes, outre les douleurs dans les membres dues au séjour dans l'eau, outre les troubles respiratoires dus à l'altération de l'air, éprouvent de vives démangeaisons, et, s'ils ont sur la surface de la peau des points excoriés, ils y ressentent une cuisson horrible.

Chez des ouvriers qui ont travaillé longtemps dans des chantiers humides, on note très fréquemment une gingivite chronique, coïncidant avec des douleurs musculaires, surtout dans les jambes, souvent avec des troubles intestinaux, et même avec des taches de *purpura*.

Cet ensemble de phénomènes autorise à admettre l'existence d'une espèce de scorbut à forme bénigne et à marche chronique, survenant chez les mineurs à la suite d'un travail prolongé dans l'humidité, et principalement lorsque ces mineurs habitent, ce qui arrive fréquemment, un logement malsain et exposé à l'humidité.

Soustraire aux milieux humides les ouvriers souffrants, les placer dans des sentiers secs, leur conseiller une alimentation variée et fortifiante, surveiller leurs logements et leur faire prendre, lorsque leurs gencives sont malades, du jus de citron, le *lime-juice* des Anglais, telle est la prophylaxie et tel est le traitement qui conviennent à ces conditions malsaines.

Hospices civils de Rouen. — Une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 4 novembre 1880, à trois heures et demie. Ce concours aura lieu dans l'un des hospices, sous la présidence d'un administrateur. Un autre concours, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux de Rouen, aura lieu dans les mêmes conditions. Ce concours commencera le jeudi 18 novembre.

Recensement de la population française. — M. Constans, ministre de l'intérieur, vient de nommer une commission chargée d'examiner à quelle époque il conviendrait de procéder au prochain recensement de la population, et quels seraient les renseignements à recueillir à l'occasion de cette opération. Le prochain recensement doit avoir lieu en 1881.

Sont nommés membres de la commission : MM. Fallières, sous-secrétaire d'Etat, président; Th. Roussel et Garnier, sénateurs; Paul Bert, Vacher, Henri Liouville, députés; Boyetet de Bagnaux, Camescasse, conseillers d'Etat; Levasseur, Fr. Passy, de l'Institut; docteur Fauvel, de l'Académie de médecine; docteur Chervin, docteur Bertillon.

Mortalité a Paris (33e semaine, du vendredi 13 au jeudi 19 août 1880). — Population probable : 1988806 habitants. — Nombre total des décès : 1006, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 41. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 45. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 152. — Autres tuberculoses, 53. — Autres affections générales, 101. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 47. — Diarrhée infantile et athrepsie, 181. — Autres maladies locales : aiguës, 82; chroniques, 133; douteuses, 47. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 3; épuisement, 1; causes non définies, 1. — Morts violentes, 20. — Causes inconnues, 2.

Bilan de la 33e semaine. — Durant cette 33e semaine, la diminution des décès généraux s'est maintenue et, même prononcée, comme le montrent les nombres suivants des décès des cinq dernières semaines : 1130; 1101; 1114; 1054 et 1006 pour celle-ci. Il est vrai qu'avant nous avions eu trois semaines (les 26e, 27e et 28e) pendant lesquelles le nombre des décès est resté au-dessous de 1000, et même est tombé à 908 pour la 28e semaine; c'est le chiffre le plus bas de l'année, bien qu'il soit encore un peu supérieur à la moyenne. Si nous recherchons la part contributive des principales maladies épidémiques, nous pourrons d'abord constater que les mouvements de hausse ou de baisse de l'ensemble des décès sont à très peu près en rapport avec les variations d'intensité de la variole, qui, chaque semaine, causait 50 à 58 décès, mais n'en produit plus que 37 à 49 (41 dans cette dernière semaine). D'autre part, la fièvre typhoïde, qui avait varié de 16 à 25 décès, est remontée à 36 dans cette 33e semaine; aggravation d'autant plus significative qu'elle n'est plus, comme au printemps, le fait de la population militaire, laquelle n'a fourni cette semaine qu'un seul décès par fièvre typhoïde et aucun par variole. Quant à ce qui concerne la répartition par quartiers, nous trouvons que le quartier des *Quinze-Vingts*, et celui de *Picpus*, qui le limite à l'est, sont encore parmi les plus atteints, moins pourtant quelques quartiers excentriques : *Batignolles* et la *Goutte-d'Or*, qui comptent chacun, cette semaine, 3 décès par variole, sans qu'il nous soit possible d'assigner une cause à ce groupement. Quoi qu'il en soit de ces oscillations, la variole reste toujours bien au-dessus de ses sévices ordinaires des dernières années (4 décès par semaine). Pour les autres affections épidémiques, les diminutions, cette semaine, portent surtout sur les décès par rougeole, par infection puerpérale et par diphthérie. Parmi les maladies saisonnières, l'athrepsie a notablement baissé (181 décès enfantins lui sont attribués, au lieu de 203, 213 et 228 les semaines avant). En résumé, il n'y a guère que la fièvre typhoïde qui se soit aggravée pour la population civile, et la variole, qui se maintient toujours bien au-dessus de son chiffre ordinaire. Nous signalerons encore la très forte mortinatalité illégitime de cette semaine, car elle s'élève à près de 100 sur 1000 ou près du dixième! C'est presque le double du danger qui menace les naissances légitimes, résultat tout à fait paradoxal et contraire à ce qu'on observe dans la pratique nosocomiale.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La peste en Turquie dans les temps modernes, sa prophylaxie défectueuse, sa limitation spontanée, par M. le docteur J. D. Tholozan. In-8 de 256 pages. Paris G. Masson. 4 fr.

Les trois dernières épidémies de peste du Caucase. Chronologie, géographie, prophylaxie, par M. le docteur J.-D. Tholozan. In-8. Paris, G. Masson. 2 fr.

Molière et Gui Patin. Étude médico-littéraire, par M. le docteur Nivelet. In-8. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr

Sur les anesthésiques, par M. le docteur Darin. In-8. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Mélanges de clinique médicale et d'anatomie pathologique, par M. le docteur Demange. In-8. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique. Ses caractères, par M. le docteur Montaz. In-8. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Contribution à l'histoire de la syphilis et de la tuberculose oculaires. Des gommes syphilitiques, de l'iris et du corps ciliaire, par M. le docteur Emile Nitot. In-8 de 144 pages, avec une planche en lithographie. J. B. Baillière et fils. 3 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

L'ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE SOUS TENSION.

(Fin. — Voyez le numéro 34.)

Jusqu'à présent, les expériences ont eu lieu dans des cloches fixes, et il était nécessaire de transporter les malades dans un établissement de M. le docteur Fontaine pour y être opérés. De plus, les dimensions des cloches ne permettaient pas aux chirurgiens d'avoir un grand nombre d'aides. Tous ces inconvénients ont aujourd'hui disparu, depuis que M. Fontaine a fait construire une cloche mobile et beaucoup plus spacieuse que celles qui avaient été employées jusqu'à ce jour dans un but thérapeutique.

Voici quelques détails sur la cloche mobile du docteur Fontaine, qui est actuellement employée à Lariboisière et à Saint-Louis.

Cet appareil, monté sur un camion faisant corps avec lui, est peint en blanc intérieurement. Il reçoit la lumière par dix hublots, dont quatre supérieurs éclairent directement le lit d'opération; sa largeur est de 2 mètres, sa longueur de 3^m,50 et sa hauteur de 2^m,65. Dix ou douze personnes peuvent y tenir très à l'aise. La cloche dans laquelle M. Péan a opéré pendant trois mois, et dans laquelle il prenait cinq ou six aides, n'avait pas le tiers de la surface utilisable de celle-ci. On peut régler la pression soit de l'intérieur soit de l'extérieur, au choix; dans les deux cas, un manomètre métallique sert de guide.

A côté de la cloche, se trouvent sur un petit chariot: 1° une pompe à bras à double corps, avec piston pouvant donner de 400 à 600 litres d'air à la minute; 2° un réfrigérateur placé sur le chemin de l'air comprimé par le corps de pompe pour empêcher la température de la cloche de s'élever à plus de 1 ou 2 degrés au-dessus de celle de l'air ambiant. Pendant l'hiver, ce réfrigérateur peut être remplacé par un calorifère à eau (serpentin plongé dans l'eau chaude); 3° un récipient en tôle contenant 350 litres du mélange anesthésique gazeux, comprimé à 10 atmosphères (soit 3 mètres cubes et demi à la pression ordinaire).

Sur les parois de la cloche se trouvent deux clefs : la première manœuvre un robinet qui est raccordé avec le récipient sous presssion et avec le sac placé sous le lit d'opération. Quand le sac est près d'être vidé, on le remplit en y détendant une certaine quantité du mélange gazeux du récipient; la seconde appartient à un sifflet pour la commande de l'équipe des pompes.

Le masque employé pour l'anesthésie est en caoutchouc; il porte à sa périphérie un bourrelet qu'on peut gonfler à volonté et qui permet de faire joint parfait; pendant l'inspiration, la soupape d'expiration est fermée par la pression ambiante, sollicitée par le vide pulmonaire; pendant l'expiration cette soupape s'ouvre, et celle de l'inspiration est fermée par l'excès de pression du gaz expiré sur celle du mélange gazeux.

Cette cloche permet d'opérer dans les hôpitaux, dans les maisons de santé et les maisons particulières. Il faudra toujours amener le malade dans la cour; mais on sait qu'on peut, avec un lit bien entendu et des porteurs intelligents, descendre un malade d'un ou plusieurs étages, sans lui faire perdre son horizontalité.

Le nouvel anesthésique a sur le chloroforme et l'éther d'incontestables avantages, mais on objectera qu'il est encombrant. Cela est vrai pour les opérations de la ville; mais à l'hôpital, une cloche fixe suffira.

Il est de toute nécessité que les cloches fixes qu'on construira dans les hôpitaux soient presque aussi vastes que les amphithéâtres actuels et permettent, par suite, l'admission d'un grand nombre d'étudiants en médecine, et de plus qu'elles soient établies dans les cours de façon à avoir un éclairage abondant. Il faut aussi que, quelle que soit la température des cours, on puisse avoir dans ces cloches une température variant entre 12 et 15 degrés. Il faut, d'autre part, qu'on puisse faire sortir ou entrer les assistants ou les malades opérés ou à opérer sans avoir à décomprimer la cloche entière. M. Fontaine étudie actuellement une *cloche-amphithéâtre*, pouvant contenir 300 personnes. Le sol de cette cloche serait fait en ciment, et dans ce ciment passeraient les conduites métalliques servant à l'admission de l'eau froide et de l'eau chaude, dont on a toujours besoin dans les opérations (les eaux de la ville ont une pression toujours suffisante pour pénétrer dans un milieu n'ayant qu'une atmosphère et demie de pression), le conduit du gaz anesthésique et enfin celui qui sert à régler la ventilation de l'appareil; la cloche serait faite en tôle sans hublots, elle serait munie de deux écluses se faisant face, et assez grandes pour qu'on pût y admettre les malades à opérer couchés sur un brancard; la partie centrale du dôme serait faite de petits cubes de verre dépoli pris dans du caoutchouc et enclavés dans des armatures en fer, formant plafond lumineux. Dans une cloche au grand air, l'éclairage sera parfait comme il l'est, du reste, dans la cloche du docteur Fontaine, où l'on a un plus grand jour que dans aucune des salles d'opérations de Paris. Dans la cloche projetée, des gradins circulaires permettraient de recevoir, comme nous l'avons dit, un grand nombre d'étudiants. Pour maintenir dans l'appareil une température convenable suivant les saisons, l'air, après avoir été comprimé, traverserait des frigorifères ou des calorifères à eau, et on pourrait régler la température aussi aisément qu'on règle la pression, ainsi que cela se pratique dans les établissements aérothérapiques.

Comme l'appareil serait installé dans un pavillon vitré, relié à l'hôpital par une galerie, les malades pourraient y entrer et en sortir sans danger de refroidissement.

La force motrice nécessaire à l'alimentation et à la ventilation de cette cloche, sous une pression d'un tiers d'atmosphère pour 300 spectateurs, serait de 12 chevaux environ. Or, en comptant le cheval à 15 centimes l'heure (3 à 4 kilogrammes de charbon), on voit qu'une séance opératoire de 2 heures reviendra à 3 francs 50 environ.

Le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène coûte actuellement très cher; si les hôpitaux fabriquaient ces deux gaz, ce qui ne leur demanderait que l'installation de quelques gazomètres et de quelques cornues, le prix de revient se réduirait considérablement et on pourrait obtenir le gaz à raison de 1 franc ou 1 fr. 50 l'hectolitre. Comme la cloche mobile a parfaitement réalisé les promesses de son inventeur, le docteur Fontaine, il est permis de supposer que le projet de cloche fixe dont nous venons de parler réussira aussi bien.

En résumé, toutes les prévisions qu'avaient permis d'établir les expériences faites sur les animaux ont été vérifiées dans les observations sur l'homme. Le protoxyde d'azote a montré sa supériorité sur l'éther, le chloroforme et les autres combinaisons de l'hydrogène avec le chlore ou le carbone : 1° par l'absence de cette période d'excitation initiale souvent si pénible et parfois même dangereuse; 2° par la tranquillité absolue du malade pendant toute la durée du sommeil anesthésique; 3° par le retour quasi instantané, même après vingt-six minutes d'anesthésie, à la sensibilité complète, si bien qu'on peut, si l'on veut, réveiller le malade à un temps quelconque de l'opération, pour le rendormir aussitôt; 4° par l'absence des malaises et vomissements, si fréquents, si fatigants et parfois si durables chez les malades soumis au chloroforme ou à l'éther.

Mais il y a des raisons plus importantes encore de préférer partout où cela sera possible, le protoxyde d'azote aux anesthésiques anciens. Ceux-ci, en effet, ne sont rien moins qu'inoffensifs. Sans doute, grâce aux précautions les plus minutieuses, le nombre des accidents mortels est fort restreint; mais il n'est guère d'opération pendant laquelle le chirurgien ne se préoccupe avec quelque inquiétude de son malade, de ses agitations et même de son repos lorsqu'il lui semble trop complet; à chaque instant on entend demander des nouvelles du pouls et de la respiration, questions souvent motivées par les changements de couleur du sang.

Il en est tout autrement pour le protoxyde d'azote. Et cela s'explique aisément. En effet, d'une part, l'administration de ce gaz est aussi régulière que celle des anesthésiques liquides l'est peu. Pour cela, on emploie des éponges ou des linges imbibés qu'on place sous le nez du malade, qui en absorbe des quantités fort variables, suivant le degré d'imprégnation du véhicule et sa distance des voies respiratoires, deux conditions les plus irrégulières du monde dans la pratique, sans compter que l'aide, trop souvent, se préoccupe au moins autant de l'opération, qu'il suit de l'œil, que du malade qu'il est chargé d'endormir. Rien de plus fixe, au contraire, que la quantité du protoxyde d'azote dans le sang du patient pendant toute la durée de l'opération, car il est impossible qu'elle change tant que la pression de l'air reste constante. Donc une fois la dose anesthésique obtenue, le chirurgien n'aura plus à s'inquiéter. On a conseillé d'enlever le masque de temps à autre, mais cette précaution n'est pas indispensable.

Le chloroforme et l'éther dissolvent les matières grasses, comme chacun sait, et réciproquement se dissolvent en elles. Il en résulte qu'ils se fixent dans l'organisme, peut-être même dans le cerveau et la moelle épinière, d'où ils ne s'échappent qu'après un temps plus ou moins long; c'est ce qui explique pourquoi l'haleine des malades anesthésiés par ces substances en conserve l'odeur caractéristique pendant des heures et même des jours. De là le danger qu'elles présentent; car en vain éloigne-t-on, lorsque quelque accident survient, la compresse imbibée et fait-on la respiration artificielle, on n'obtient pas l'élimination immédiate de la substance toxique. Le protoxyde d'azote, au contraire, simplement dissous dans le sang, où il ne contracte aucune combinaison chimique, s'élimine presque instantanément dès les premières respirations à l'air libre, en telle sorte que si — l'on ne peut trop imaginer comment — la dose anesthésique avait été dépassée, tout danger disparaîtrait dès que le masque serait enlevé.

Du reste, ce danger ne saurait jamais menacer le patient. M. Paul Bert estime, en effet, que la dose redoutable du protoxyde d'azote correspond à au moins 1 atmosphère de surcompression, et, pour obtenir l'insensibilité, on n'a jamais besoin de dépasser un tiers d'atmosphère.

Cette notion lui a permis d'apporter à sa méthode un perfectionnement qui rendra les plus grands services aux dentistes. Ceux-ci agissent dans les conditions les plus défavorables, puisqu'il faut pour leurs opérations enlever l'embouchure et laisser le patient respirer l'air pur; aussi n'ont-ils, même par la méthode de M. Paul Bert, que quelques secondes à leur disposition. L'inventeur a eu l'idée d'élever la pression un peu au-dessus du degré nécessaire pour l'anesthésie et d'attendre quelques minutes, afin que le sang et les tissus du patient soient imprégnés et en quelque sorte sursaturés par le gaz. Lorsqu'alors arrive la respiration à l'air libre, on a du temps devant soi avant que tout l'excès du gaz soit éliminé.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, l'innocuité du protoxyde d'azote peut encore être conclue de ce fait, que les centaines de mille opérations faites par les dentistes n'ont amené aucune mort pouvant être attribuée à l'anesthésique. Et cependant il s'en faut que les opérateurs aient toujours eu la compétence désirable et pris les précautions nécessaires. D'autre part, il ne faut pas oublier que, dans leur procédé, l'asphyxie marche de pair avec l'anesthésie, ce qui devrait augmenter le nombre des accidents.

Ainsi, aux grands avantages que nous avons plus haut signalés, relativement à l'absence d'excitation préalable et de malaises consécutifs, le protoxyde d'azote en joint un bien plus grand encore, celui d'une innocuité qu'on peut considérer comme absolue.

Une seule objection se présente : les difficultés de l'application et la complication des appareils. Il faut, en effet, une chambre en tôle et une pompe à compression. On a même exagéré les dépenses que nécessite la pratique du nouveau système. D'abord la question n'en est pas une pour les hôpitaux des grandes villes. Le prix de revient de la vaste cloche pour 300 personnes projetée par le docteur Fontaine et dont nous avons parlé plus haut, serait d'environ 30 000 francs; mais on peut avoir, pour une somme de beaucoup inférieure, une installation complète avec moteur à gaz ou à vapeur et pompe hydraulique. Pour les opérations en ville, la cloche mobile du docteur Fontaine nous paraît suffisante; quoique d'assez grande dimension pour contenir le malade, le chirurgien et trois ou quatre aides, elle peut être admise sans difficulté dans toutes les cours des maisons munies de porte

cochère et dans toutes les maisons de santé où opèrent les chirurgiens.

On peut donc dire aujourd'hui que, grâce à la belle découverte de M. Paul Bert et grâce à l'initiative chirurgicale de MM. Labbé et Péan, le protoxyde d'azote est entré dans le domaine de la grande chirurgie. Cet agent est, en effet, supérieur au chloroforme et à l'éther par l'absence de toute période d'excitation au début de l'anesthésie, par le retour rapide à l'état normal et par l'absence de vomissements consécutifs.

Nous ne croyons pas cependant que le protoxyde d'azote puisse remplacer le chloroforme et l'éther dans tous les cas. Lorsque le chirurgien doit pratiquer une opération de longue durée, — l'ovariotomie, par exemple, — nous pensons qu'il devra recourir aux anciens agents anesthésiques, qui assurent une résolution musculaire plus parfaite. Mais pour un grand nombre d'opérations chirurgicales, nous pensons qu'on pourra recourir au protoxyde d'azote, soit pur, soit mélangé à l'oxygène et employé sous tension.

A. Lutaud.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Des champignons parasites de l'oreille humaine. Etiologie, prophylaxie, traitement. Applications a la thérapeutique générale; lu au Congrès de Reims (Association française pour l'avancement des sciences 1880), par le docteur Loewenberg (de Paris).

L'étude attentive d'un certain nombre de cas d'otomycosis, c'est-à-dire de l'affection provoquée par le développement de champignons microscopiques ou moisissures dans l'oreille, m'a révélé plusieurs particularités concernant la pathologie et l'étiologie. Il en est, parmi ces particularités, qui intéressent surtout ceux qui s'adonnent spécialement aux études otologiques; celles-là ont été communiquées par moi à la section spéciale de l'Association médicale britannique (session de 1879, à Cork). Mais j'ai trouvé, de plus, certains faits qui me semblent mériter également l'attention de ceux de nos confrères qui exercent la pratique générale, et c'est à ce point de vue que je demande la permission d'envisager l'affection qui nous occupe.

Si nous résumons les *caractères essentiels de l'otomycosis*, nous trouvons une surdité pouvant aller jusqu'à la suppression presque absolue de l'ouïe, puis des bourdonnements plus ou moins pénibles, un écoulement particulier, aqueux et peu abondant, et souvent des douleurs. Mais un des signes les plus saillants est fourni par la *démangeaison* qui, parfois, devient intolérable. Il se forme dans l'oreille des masses membraneuses blanchâtres et lardacées, tachetées souvent de vert, de brun ou de noir par des amas de sporanges et de spores libres. Une fois ces masses enlevées, les symptômes disparaissent ou s'atténuent, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée cryptogamique provoque de nouveau tout le cortège des phénomènes pathologiques. *Ces alternatives peuvent se répéter ainsi pendant de longues années.*

Le point le plus intéressant et qui possède une importance réelle au point de vue de la pratique, est l'*étiologie* de cette affection; nous verrons tout à l'heure que, dans la grande majorité des cas, elle est due à l'usage de remèdes banals, tels qu'on les emploie journellement dans le traitement d'autres maladies auriculaires.

C'est principalement dans le but de dévoiler la possibilité de greffer ainsi une affection très pénible sur celle pour laquelle le malade réclame nos soins, que je prends la parole.

Dans un très grand nombre de cas, l'affection est provoquée *par l'introduction d'un corps gras dans l'oreille externe.* La plupart du temps ce sont des huiles : huile d'olives, huile d'amandes douces, etc. D'autres fois, c'est du lard, du baume tranquille ou une pommade quelconque.

En employant ces corps gras, on ne tient pas un compte suffisant de ce qu'ils *subissent tous une décomposition à marche rapide* une fois qu'ils restent exposés à l'air atmosphérique, même à la température ordinaire, et, à plus forte raison, à celle plus élevée du conduit auditif. Les huiles contiennent en dissolution des corps azotés qui, sous l'influence de l'oxygène de l'air, provoquent la fermentation spéciale : le *rancissement.* La température s'élève, par là, rapidement; les corps gras neutres que les huiles renferment, se changent en glycérine et acides gras. De cette façon, les spores des champignons de moisissure qui se trouvent partout, rencontrent tout ce qu'il leur faut pour germer : de l'oxygène et de la vapeur d'eau dans l'atmosphère, de la chaleur, des corps organisés en décomposition, et l'acidité qui favorise beaucoup leur développement. Les filaments de mycélium croissent alors avec rapidité. Les produits acides de la décomposition d'une part, la présence même du corps étranger végétal, de l'autre, irritent l'oreille. De là, travail inflammatoire et sécrétion d'eau et de substances organiques azotées que ces cryptogames s'assimilent avec énergie.

La conviction de l'effet nuisible que les corps gras exercent dans ces cas — conviction partagée d'ailleurs par d'autres auteurs (voir un mémoire très intéressant de M. Bezold) — *m'a fait adopter la règle suivante pour la pratique :* Je proscris l'usage des corps gras dans la thérapeutique du conduit auditif, de la membrane du tympan et de la caisse, et je les remplace par un de leurs dérivés, *la glycérine,* qui, par son onctuosité, offre les avantages de ces corps sans posséder les inconvénients que je viens d'énumérer. (Je ne fais d'exception que pour les remèdes qui, comme par exemple l'huile phéniquée du pansage anti-septique, renferment, à côté des corps gras, une substance absolument délétère pour tout *germe organique.*)

En dehors du groupe dont je viens de parler, nous observons encore des cas d'otomycosis où aucun corps gras n'a été employé. Comment expliquer l'origine de la maladie dans ces circonstances? Il m'a été donné de trouver une autre source de l'affection, source bien inattendue, il est vrai : l'*otomycosis peut être causé par l'usage de solutions médicamenteuses ayant subi les altérations* que j'exposerai dans un instant. J'ai reconnu cette cause de l'affection, il y a longtemps, par l'étude de plusieurs cas d'otorrhée avec perforation du tympan, cas où la maladie marchait vers une guérison complète, lorsque survint un arrêt subit dans cette marche réparatrice. La perforation, au lieu de continuer à se rapetisser, demeura stationnaire, et l'écoulement qui, jusque-là, avait diminué graduellement, redevint abondant, tout en se montrant plus aqueux qu'auparavant. Il survint, dans quelques cas, des élancements et des démangeaisons.

Pourtant le traitement consistant en instillations astringentes (tannin, alun, sulfate de zinc, etc.) qui jusqu'alors avait donné d'excellents résultats, n'avait pas été modifié!

Après avoir cherché longtemps la cause du phénomène, je la trouvai enfin à l'aide du microscope, qui démontra la présence de filaments et de réceptacles d'aspergillus aussi bien dans l'oreille malade que dans le liquide médicamenteux qui avait été employé.

Nous voyons très souvent des solutions de substances chimiquement pures dans de l'eau distillée contenir un petit dépôt, lors même qu'elles ne sont préparées que depuis peu de jours. Eh bien, j'ai trouvé que le nuage qui flotte dans ces liquides se compose, en totalité ou en partie, de filaments de moisissure portant souvent des organes de fructification plus ou moins développés.

C'était donc le remède qui avait introduit le champignon

tout formé dans l'oreille, et je pense que voilà l'origine de l'otomycosis dans un certain nombre de cas.

Il devient, dès lors, important de surveiller rigoureusement la pureté des liquides aqueux employés en instillations ou en injections dans la thérapeutique auriculaire, surtout là où, le tympan étant perforé, les champignons de moisissure pourront pénétrer dans la caisse et même dans les anfractuosités intérieures de l'apophyse mastoïde!

C'est dans cet ordre d'idées que j'ai pris l'habitude d'employer l'alcool pur ou des solutions alcooliques, ou bien de soumettre les solutions aqueuses à l'ébullition préalablement à leur emploi. Comme toute spore et tout mycélium suspendus dans un liquide meurent à la chaleur de l'eau bouillante, je fais bouillir de temps en temps toute solution aqueuse destinée à combattre une maladie de l'oreille. On maintient le liquide en ébullition pendant quelques minutes, après quoi on le filtre. De plus, tout instrument ayant pénétré dans l'intérieur d'une oreille atteinte de mycosis, doit être exposé à la chaleur d'une flamme ou bien plongé dans l'eau bouillante.

Voilà les mesures aptes *à prévenir cette affection;* quant à son *traitement*, une fois la nature de la maladie reconnue, on aura recours aux remèdes parasiticides, tels que l'*alcool absolu* qui tue sûrement les spores et les mycéliums, et que l'oreille supporte parfaitement, sous condition de commencer par le faire instiller étendu d'un volume égal d'eau (préalablement bouillie) et de n'augmenter la concentration que graduellement. Il faut, de plus, par des injections, détacher et enlever les cryptogames morts et les débris d'épiderme qui les portent ou les renferment.

Il me semble que les considérations étiologiques que je viens de développer sont susceptibles *d'être utilisées au delà des limites de la spécialité otologique.* Dans bien des régions, nous employons des solutions aqueuses, et il doit être également possible, là aussi, d'introduire sur les surfaces muqueuses non seulement des spores, mais même le champignon formé de toutes pièces. Il en est de même des *injections hypodermiques* où l'introduction des champignons pourrait bien expliquer l'irritation locale survenant quelquefois.

Parmi toutes les maladies dues au développement de mucédinées, je ne citerai que la dernière connue qui vient d'être décrite par M. Leber : Un ulcère de la cornée, dû à un léger traumatisme, présentait une marche progressive d'une gravité surprenante et s'accompagnait d'hypopyon et de chémosis. Ce n'est que tardivement qu'on découvrit que les membranes qui formaient le fond de l'ulcère étaient composées de substance cornéenne feutrée de mycélium. Ni acide phénique, ni acide sulfureux ne parvinrent à arrêter cette végétation, et il y eut terminaison malheureuse par un leucome total.

La lecture de cette observation me fait admettre qu'il a dû y avoir introduction du parasite par un des liquides employés, solutions d'atropine et de chlore. Je me suis livré, à ce propos, à des recherches microscopiques sur les liquides usités en ophthalmologie, et les deux premiers échantillons que j'ai demandés à un oculiste de mes amis ont pleinement confirmé ce que j'avais prévu : le premier, une solution de 4 centigrammes de sulfate d'atropine dans 10 grammes d'eau distillée, contenait quelques flocons qui se trouvaient composés de mycélium de différentes espèces, en partie fructifère. Dans le second, une solution de 20 centigrammes de pilocarpine dans 20 centigrammes d'eau distillée, il y avait un petit dépôt, renfermant, outre des détritus de toute sorte, du mycélium d'aspect différent de ceux de l'autre solution, et en quantité moindre. Si ces collyres ne provoquent pas plus fréquemment le mycosis oculaire, c'est qu'il faut, peut-être, une solution de continuité dans la cornée ou du moins dans son épithélium pour permettre aux parasites de se fixer.

Je ne saurais terminer sans recommander d'adopter pour *toutes les régions du corps,* et surtout pour l'œil, les mesures que je viens de proposer pour l'oreille.

Si nous avons affaire à des substances qui ne supporteraient pas l'ébullition en solution aqueuse sans se décomposer ou se volatiliser, je conseillerai de tourner la difficulté par les *deux procédés* suivants :

1° On conservera les substances actives, les alcaloïdes par exemple, dont les caractères chimiques et la destination thérapeutique le permettent, en solution alcoolique et on n'ajoutera qu'au moment de les employer l'eau qu'on aura soin de porter à l'ébullition préalablement, ou bien :

2° On conservera ces substances en solution aqueuse *saturée* (la concentration étant défavorable aux champignons), et on ajoutera au moment d'employer le médicament l'eau préalablement stérilisée par la chaleur.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Anesthésie par le protoxyde d'azote.

Genève, ce 26 août 1880.

Permettez-moi, messieurs, d'apporter mon contingent de faits à l'article sur le protoxyde d'azote que publie dans votre journal M. A. Lutaud. Quelques mots d'abord pour expliquer pourquoi j'ai abandonné le protoxyde d'azote pur.

C'est en 1868 que je fis, à Genève, les premières opérations dentaires avec l'aide du protoxyde d'azote : depuis cette année jusqu'en 1879, j'ai noté sur mes livres un peu plus de 2000 (deux mille) anesthésies avec ce gaz; je puis dire que, sur ce nombre, le résultat dans 300 cas n'a pas été entièrement satisfaisant; ainsi, plusieurs personnes (des femmes nerveuses spécialement) ont résisté complètement à l'influence anesthésique; d'autres étaient incomplètement endormies; quatre fois j'ai dû pratiquer la respiration artificielle à cause de lipothymie persistante; plusieurs sujets ont eu des contractures des membres excessivement violentes, allant jusqu'à simuler l'opisthotonos; dans un cas, une jeune fille que j'endormais avec le docteur G..., a présenté subitement des accidents cloniques que nous eûmes beaucoup de peine à maîtriser. Un des reproches capitaux qu'on peut faire à ce gaz est le peu de durée de l'anesthésie qu'il produit; souvent, ayant plusieurs dents à extraire, j'essayai de saturer mon patient, espérant avoir une plus longue période d'insensibilité; mais devant la cyanose effrayante du visage et la menace imminente d'asphyxie, j'ai dû rapidement laisser rentrer l'air atmosphérique dans l'inhalateur.

Aussi, en février 1878 (voir *Gazette hebdomadaire*), lisant l'exposition des premières expériences de M. Paul Bert et voyant le succès de plus en plus confirmé de sa nouvelle méthode anesthésique, je me suis mis en relation avec le docteur Fontaine; après avoir assisté à une opération (ablation d'un carcinome du sein) dans une des cloches de l'établissement aérothérapique de la rue de Châteaudun, j'ai fait construire la cloche dont je vous envoie le dessin.

Depuis deux mois, j'ai fait avec mes aides ou avec plusieurs médecins de Genève (le docteur Barde, le docteur Gauthier, etc.) 51 opérations (cinquante et une), et toujours avec le succès le plus complet. D'après les conseils personnels qu'a bien voulu me donner M. le professeur Bert, je *sursature* mes patients, afin que la période analgésique (après l'enlèvement de l'inhalateur) soit suffisamment longue pour me permettre de faire plusieurs opérations dentaires. Cette période d'insensibilité a duré de 30 *secondes* jusqu'à 5 *minutes*, suivant la quantité de gaz administré. J'ai pu extraire en une seule fois 9 dents très fortes et très adhérentes. Ce matin encore (mardi 26 août), j'ai fait l'excision de 3 incisives cariées, mais ayant encore leur nerf vivant; j'ai pu extraire chaque nerf de sa racine, de sorte que cette double opération fort douloureuse s'est faite sans que notre jeune malade donnât un signe

quelconque de sensibilité. Du reste, j'ai pris note de chaque séance anesthésique, et je compte publier en détail le résultat de mes opérations.

Comme conclusion, et comparant la nouvelle méthode d'administration du protoxyde d'azote à l'ancienne, nous pouvons dire que dans le système Paul Bert le patient s'endort *toujours facilement* sans dyspnée; il n'y a ni cyanose, ni menace d'asphyxie; l'anesthésie peut, suivant le degré de saturation du malade, et *à volonté, durer plusieurs minutes* après l'enlèvement du masque inhalateur; enfin il n'y a pas de contractures à redouter, une surpression de 2 ou 3 centimètres dans la cloche permettant d'obtenir la résolution musculaire complète.

Tel est, messieurs, au point de vue dentaire, le résultat d'une expérience de deux mois. Si vous jugez que cela puisse intéresser vos lecteurs, publiez-le dans votre journal et recevez, messieurs, l'assurance de ma haute considération.

Guillermin.

Nota. — D'après la figure que l'auteur veut bien nous envoyer et dont nous ne possédons pas le cliché, la cloche porte, vers les deux tiers supérieurs de sa hauteur, un robinet de chaque côté : l'un pour l'entrée de l'air comprimé, l'autre pour la dépression et l'aération. Le sac contenant le mélange gazeux est placé dans la partie supérieure de la cloche, et communique avec un tuyau qui descend jusqu'à portée du sujet et se termine par un inhalateur.

(*La Rédaction.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences. (Session de Reims, août 1880.)

(Voyez les numéros 34 et 35.)

SÉANCE DU 18 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

DÉFORMATION : M. A. PONCET. — DÉVELOPPEMENT DES ALCALIS CADAVÉRIQUES : MM. BROUARDEL ET BOUTMY. — FISTULES ANO-VULVAIRES : M. TERRILLON. — ÉPISTAXIS REBELLE : M. GARNIER. — THROMBOSES ET GANGRÈNES MULTIPLES : MM. LABBÉ ET BRUCHET. — COXALGIE SUPPURÉE : M. OLLIER. — RÔLE PHYSIOLOGIQUE DES TROMPES D'EUSTACHE : M. FOURNIÉ. — GÉOGRAPHIE MÉDICALE : M. CHERVIN. — FÉCONDATION : M. MATHIAS DUVAL. — CAS D'HYDRAMNIOS : M. TISON.

M. *A. Poncet* (de Lyon) : *Sur une déformation du crâne propre aux scieurs de long.* — Il y a quelques mois M. Poncet signalait à l'Académie de médecine la présence, sur la tête d'un grand nombre de scieurs de long, d'une tumeur osseuse non décrite jusqu'alors.

Cette périostose, de nature professionnelle, occupe toujours la ligne médiane; elle est située sur la suture sagittale; son maximum de volume répond au vertex, et sa partie moyenne sensiblement à la courbe bi-auriculaire. Ses dimensions sont en moyenne de 5 à 7 centimètres de longueur et de 3 à 4 centimètres de largeur. L'existence de ce durillon osseux s'explique par le genre de travail auque se livrent les scieurs de long.

Appelés à scier de longs madriers, de grosses pièces de bois, ils doivent, à un moment donné, pour permettre à la scie d'aller plus loin, déplacer, faire avancer la poutre maintenue sur un ou plusieurs chevalets. Ils exercent ces manœuvres avec la tête.

Les pièces de bois soulevées ont souvent un poids considérable: 150 à 200 kilogrammes, parfois 300 à 400 kilogrammes.

Sous l'influence de ces pressions lourdes et répétées se développe, sur la voûte crânienne, la périostose dont parle M. Poncet, qui mérite d'être prise en considération, intéressant à la fois le clinicien, le médecin légiste et l'anthropologiste.

M. Poncet, qui n'a pas eu jusqu'ici d'autopsie, présente le moule en plâtre d'une des têtes de scieurs de long qu'il a examinés : la déformation est très caractéristique.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-deux ans, exerçant depuis plus de trente ans la profession de scieur de long. On constate sur le vertex une plaque de calvitie ovalaire et des dimensions d'une pièce de 5 francs en argent. La peau, à ce niveau, est épaisse, calleuse, et recouvre une masse osseuse, régulière, uniforme, formant dos d'âne sur le sommet de la tête. Cette périostose mesure 9 centimètres environ de longueur et 4 centimètres dans sa partie la plus large, située à 1 centimètre de la ligne bi-auriculaire.

La tumeur, que l'on constate aussi bien par la vue que par le toucher, est dure, de consistance osseuse, ainsi que le démontre encore la piqûre faite à son niveau avec une épingle. Il ne saurait être question d'un épaississement des parties molles, d'une bourse séreuse volumineuse.

— MM. *Brouardel* et *Boutmy: Sur le développement des alcalis cadavériques* (*ptomaïnes*). — Au cours de la décomposition cadavérique, il se forme certaines substances alcalines que l'on a nommées ptomaïnes. L'existence des ptomaïnes a été contestée ; c'est à tort, disent les auteurs de cette note, et, pour appuyer cette manière de voir, ils recherchent et démontrent la présence des ptomaïnes : 1° dans les viscères d'individus morts en dehors de tout empoisonnement; 2° dans les viscères d'individus morts par empoisonnement.

Les organes d'un individu asphyxié par l'oxyde de carbone sont analysés quelques heures après la mort ; on les trouve exempts de poison. On examine huit jours après les mêmes viscères, et l'on constate qu'ils contiennent une base organique solide présentant les caractères généraux des alcaloïdes, et capable de tuer à petite dose les grenouilles et les cobayes. Il est donc certain que la putréfaction donne naissance à des alcaloïdes organiques, même en dehors de tout fait d'empoisonnement.

Dans le second cas, les auteurs découvrent une ptomaïne vénéneuse chez un sujet empoisonné par de l'acide arsénieux, et se trouvent sur ce point en parfait accord avec M. le professeur Selmé (de Boulogne), qui rencontre la même ptomaïne chez deux individus morts aussi par intoxication arsénieuse. On voit que la formation des ptomaïnes peut avoir lieu aussi bien chez l'individu mort sans ingestion de poison que chez celui qui a été intoxiqué, même quand le toxique présente, comme l'acide arsénieux, des propriétés antiseptiques énergiques.

Les propriétés générales des ptomaïnes sont celles des alcaloïdes organiques, et, le plus souvent, leur action toxique ne le cède en rien à celle de nos poisons les plus énergiques.

Il existe plusieurs ptomaïnes distinctes qui présentent une différence complète d'ordre chimique et d'ordre physiologique, et, pour ne parler ici que d'un seul point de cette question, certaines d'entre elles sont des poisons violents, tandis que d'autres ne sont pas toxiques. On peut dire d'une manière générale que les ptomaïnes sont vénéneuses six fois sur dix.

Chaque cas de putréfaction ne paraît pas donner naissance à des ptomaïnes distinctes, car les auteurs ont retrouvé le même alcaloïde dans les cadavres d'individus morts dans des conditions absolument différentes. L'expérience a permis, par exemple, de constater l'existence de la même ptomaïne chez deux individus intoxiqués, le premier par l'oxyde de carbone, le second par l'acide prussique.

Les ptomaïnes sont le plus souvent volatiles; cependant il peut exister des cas où elles présentent de la fixité. MM. Brouardel et Boutmy ont retrouvé, en effet, une ptomaïne analogue à la vératrine dans un cadavre qui avait séjourné dix-huit mois dans les eaux de la Seine, et ils en

ont rencontré une autre dans une oie qui avait supporté l'action de la chaleur nécessaire à la cuisson.

Les ptomaïnes, ou au moins certaines ptomaïnes sont toxiques pour l'homme.

Il n'est pas besoin d'un temps considérable pour que les ptomaïnes prennent naissance, puisque dans ces derniers exemples l'oie avait été achetée au marché, le matin même du jour où a eu lieu l'empoisonnement et avait subi l'inspection réglementaire.

D'après les auteurs, l'un des obstacles les plus efficaces à opposer à la formation des ptomaïnes est le refroidissement, et l'on dispose en ce moment à la Morgue des chambres à air glacé dans lesquelles les cadavres seront conservés sans altérations nouvelles jusqu'au moment où l'on pourra procéder à l'expertise. Ce sont là les premiers résultats du travail long et difficile que viennent d'entreprendre MM. Brouardel et Boutmy; les faits s'accumuleront dans leurs mains et permettront sans aucun doute de résoudre les difficultés sérieuses qu'a fait naître pour l'expertise médico-légale la découverte des ptomaïnes.

— M. *Terrillon: Sur les fistules ano-vulvaires consécutives aux abcès de la glande vulvo-vaginale.* — La glande vulvo-vaginale n'est pas, comme on le croit généralement depuis Huguier, une seule masse glandulaire limitée par une sorte d'aponévrose, d'enveloppe. De Amicis et depuis M. Terrillon ont prouvé qu'il existait de véritables glandules accessoires, comme pour les glandes parotide et sublinguale. Ces glandules accessoires sont disséminées dans le tissu cellulaire de la région périnéale, et surtout autour de la vulve. Lorsqu'elles viennent à s'enflammer, elles donnent naissance à des abcès suivis de fistules interminables. Pour éviter ces fistules, M. Terrillon conseille d'ouvrir les abcès avec le thermo-cautère.

— M. *Garnier: Sur une épistaxis rebelle liée à une cirrhose du foie.* — M. Garnier a recueilli dans le service de M. Verneuil le fait suivant : Un homme robuste, cloutier, entre dans le service pour une épistaxis durant depuis deux jours, arrêtée par deux ou trois fois à l'aide d'un tamponnement au perchlorure de fer, et reparaissant chaque fois qu'on enlève le tampon. M. Verneuil pratique le tamponnement antérieur et postérieur, et, croyant voir là une épistaxis intermittente, prescrit le sulfate de quinine. L'hémorrhagie persiste; l'ergotine à l'intérieur et en injections dans l'aile du nez n'a pas plus de succès. La digitale arrête l'hémorrhagie pendant deux jours. Alors un examen organique minutieux révèle la présence d'une cirrhose du foie. M. Verneuil fait appliquer un large vésicatoire sur la région hépatique, et l'épistaxis s'arrête définitivement.

— MM. *Labbé* et *Bruchet: Thromboses et gangrènes multiples.* — Il s'agit d'un cas probablement unique dans la science, recueilli dans le service de M. Verneuil. Homme de trente-six ans, chétif, petit; pas de syphilis, pas d'alcoolisme; antécédents rhumatismaux. Le malade accuse de violentes douleurs dans les quatre extrémités. Ces douleurs se localisent dans le gros orteil droit, où l'on trouve un peu de sphacèle, ainsi qu'aux médius des deux mains. Aucune altération viscérale à l'examen; les deux pouls radiaux un peu faibles; cause impossible à trouver; la gangrène envahit le pied en cinq ou six étapes successives, en s'accompagnant de douleurs atroces. Amputation de la jambe avec les précautions antiseptiques, à l'aide du thermo-cautère; pas une goutte de sang; pansement ouaté. Soulagement immédiat; pas de fièvre; l'état général s'améliore, retour de l'appétit, régime lacté. Au huitième jour, légère hémoptysie; le lendemain, signes d'hémorrhagie interne, sphacèle des lambeaux. Mort.

L'examen du membre amputé avait montré que les deux tibiales étaient thrombosées; à l'autopsie, on trouve la même lésion dans les tibiales du côté sain, dans les deux cubitales et même une radiale, bien qu'il n'y eût aucun phénomène annonçant ces lésions; dans l'estomac on trouve au moins un litre de sang, et, près de la petite courbure, deux ulcères ronds, dont l'un avait ouvert une artériole de 2 millimètres environ de diamètre. Pas d'altération des autres organes internes, sauf un peu d'athérome de l'aorte. Quant aux artères thrombosées, elles présentaient de l'endartérite s'étendant jusqu'à la tunique moyenne inclusivement. Virchow a dit que l'ulcère simple de l'estomac était le résultat d'une artérite limitée; le cas présent serait la confirmation de cette opinion.

— M. *Ollier: Du traitement de la coxalgie suppurée.* — Au congrès de Clermont, M. Ollier a fait une communication sur cette affection, qu'il traitait alors par le drainage et l'immobilisation. Mais il a constaté que ce traitement ne suffisait pas dans certains cas. Aujourd'hui le pansement de Lister permet une plus grande hardiesse, et les indications opératoires sont tout à fait changées.

M. Ollier pratique avec succès la résection de la tête du fémur chez les enfants.

Une coxalgie s'accompagne-t-elle d'abcès, M. Ollier les ponctionne; si le pus se reproduit, on fait une seconde, puis une troisième ponction; alors on ouvre la jointure et on la draine; en cas d'insuccès, il pratique la résection. Sur 11 cas, 4 ont guéri par la rugination, 4 par la résection, 3 sont encore en traitement. M. Ollier préfère cette méthode à l'immobilisation du sujet pendant plusieurs années; celle-ci a pour inconvénient de déterminer l'atrophie des muscles et du squelette du membre, ce qu'on évite par le traitement qu'il vient de décrire.

— M. *Édouard Fournié: Nouvelles expériences touchant le rôle physiologique des trompes d'Eustache et des muscles tubaires.* — Dans un précédent *Mémoire* lu à l'Académie de médecine (mars 1880), l'auteur, s'appuyant sur l'anatomie et l'expérimentation physiologique, avait démontré : 1° que la trompe est toujours béante, en communication directe avec l'air contenu dans le pharynx; 2° que les muscles tubaires (péristaphylins interne et externe, faisceau du pharyngo-staphylin) sont destinés, par leur contraction, à fermer la trompe et non à l'ouvrir, comme on le professe.

Désirant répondre à ceux qui prétendent que l'ouverture permanente de la trompe serait un danger pour la membrane du tympan et en même temps une mauvaise condition pour l'ouïe, à cause de la pénétration incessante des ondes sonores dans l'oreille moyenne par le conduit tubaire, M. Fournié a institué les expériences suivantes :

Il a démontré, d'abord, au moyen de sondes dont le diamètre intérieur varie de 1 à 4 millimètres, que le tic-tac d'une montre, fort bien entendu à travers la sonde qui a 4 millimètres de diamètre, ne l'est pas à travers la sonde qui n'a que 1 millimètre. Or, les trompes se trouvant dans les conditions de cette dernière, car elles n'ont sur une partie de leur étendue que 1 millimètre de diamètre, il s'ensuit que les sons qui se produisent dans le corps, les sons de la voix et autres ne sont pas entendus à travers le conduit de la trompe.

Dans une seconde expérience, M. Fournié a démontré, au moyen d'un dispositif de flacons et de tubes capillaires, que le gaz de l'éclairage, même soumis à une certaine pression, ne traverse pas un tube capillaire, si ce tube est fermé à un de ses bouts. Or comme c'est le cas de l'oreille moyenne et du conduit de la trompe, l'auteur en a conclu que la trompe étant un conduit capillaire fermé à un de ses bouts, l'on n'est pas autorisé à craindre que les mouvements aspiratoires violents soient un danger pour le tympan, en admettant que la trompe soit toujours ouverte.

Cette même expérience sert à prouver que l'air ne peut traverser les trompes d'Eustache que sous l'influence d'une certaine pression, et comme cette pression ne peut être exercée que par les muscles tubaires, il s'ensuit, comme

l'affirme M. Fournié, que les muscles exercent une action constrictive sur la trompe, et non une action dilatatrice, comme on le professe généralement.

L'auteur maintient donc les conclusions de son premier mémoire.

— M. *Chervin : Essai de Géographie médicale de la France.* — Si nous partageons la France en trois grandes régions : le nord, le centre et le midi, et si nous subdivisons chacune de ces régions en trois : l'ouest, le centre et l'est, nous arrivons à constituer neuf groupes de départements pour lesquels nous allons résumer toutes nos appréciations sur la distribution géographique des infirmités que nous étudions.

Les groupes les plus maltraités sont d'abord et surtout le groupe des départements du nord-ouest, puis celui du centre, enfin celui du sud-est. On remarquera que ces trois groupes sont échelonnés suivant une ligne diagonale allant du nord-ouest au sud-est. Cette ligne diagonale, partant d'une extrémité de la France, passant par son centre et aboutissant à une extrémité opposée, partage donc notre pays en trois grandes régions : une région nord-nord-est, la région nord-ouest-sud-est, dont je viens de parler et qui est placée au milieu des trois, puis une région ouest-sud-ouest. La région médiane est la plus maltraitée, puis vient celle de l'ouest-sud-ouest, enfin celle du nord-nord-est. Dans toutes trois il est bon de faire observer que le nombre des infirmités diminue progressivement du nord au sud.

Trajet intra-abdominal des ovules par les cils vibratiles. — M. *Wiet* communique au nom de M. *Mathias Duval*, et en son nom, quelques expériences qui peuvent jeter un jour nouveau sur certaines questions relatives à la fécondation.

Depuis longtemps, M. Mathias Duval, peu satisfait par la théorie de l'adaptation tubaire et frappé en outre de l'importance que doivent jouer dans l'économie les cils vibratiles, s'était demandé si ce dernier agent n'intervenait pas pour favoriser la pénétration dans la trompe de l'ovule détaché de l'ovaire. Cette hypothèse a été confirmée par les recherches des deux auteurs.

Sur le péritoine de grenouilles femelles, à l'époque du frai, nous avons toujours constaté la présence d'un épithélium à cils vibratiles se mouvant avec une grande vigueur. Il ne nous a jamais été possible de rencontrer ces éléments sur le péritoine de grenouilles mâles, ou même de grenouilles femelles à tout autre moment qu'à celui du frai. Nous avons fait, avec succès, les mêmes observations sur les chattes en rut, et nous pensons que pendant la menstruation un phénomène semblable doit se passer chez la femme. M. de Sinéty a d'ailleurs rencontré des cils vibratiles abondants sur des tumeurs extraites du bassin, quelques jours avant la période des règles.

Nous appuyons sur les données précédentes, nous ne devons pas nous permettre de conclure; mais nous pouvons formuler l'hypothèse de la *migration intra-abdominale des ovules par les cils vibratiles.* Cette hypothèse semble d'autant plus acceptable, que M. Mathias Duval par des expériences, et entre autres par l'expérience de la *limace artificielle*, a démontré combien était réellement considérable la force déployée par ces éléments microscopiques.

— M. *Tison : Considérations pratiques à propos d'un cas d'hydramnios.* — Dans ce cas on avait cru, trois jours avant l'accouchement, à un kyste multiloculaire; le ventre avait un volume beaucoup plus considérable que dans deux grossesses antérieures. L'accouchement, qui s'est terminé normalement, a présenté certaines particularités : grande lenteur du travail après une marche d'abord rapide; poche des eaux très résistante, qu'il a fallu percer avec une longue aiguille en bois; écoulement de six litres de liquide amniotique; impossibilité de faire le diagnostic de la présentation et de la position, à cause de la malformation de la tête fœtale. Ce fœtus, qu'on n'a pas pu faire respirer, présentait une ossification très imparfaite des os du crâne, un raccourcissement très considérable des deux premiers segments des quatre membres, bras, avant-bras, cuisse et jambe, avec une mobilité extraordinaire de toutes ces articulations. En un mot, il était atteint de ce vice de conformation auquel M. le professeur Parrot a donné le nom d'*achondroptasie*, c'est-à-dire d'arrêt de développement des cartilages et, par suite, de l'os qui doit les remplacer.

SÉANCE DU 19 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DENUCÉ.

L'ACNÉ : M. GENTILHOMME. — OPÉRATION DE LA CATARACTE; DU GLAUCOME : M. GAILLIET.— DE LA PAPAÏNE : M. BOUCHUT. — CRÉATION D'HÔPITAUX MARITIMES : M. DAREMBERG. — VACCINATIONS CHARBONNEUSES : M. TOUSSAINT. — ISCHÉMIE PROVISOIRE : M. NICAISE. — TEMPÉRATURE DE LA TÊTE ET DU CERVEAU : M. F. FRANCK. — LA MÉTHODE GRAPHIQUE : M. LABORDE.

M. *Gentilhomme : Traitement de l'acné de la face.* — Dans certains cas, l'acné de la face reconnaît pour cause principale la présence d'un parasite, le demodex, dans les glandes sébacées. La destruction du parasite a pour conséquence immédiate la cessation de l'éruption pustuleuse et de la rougeur de la peau. Le traitement employé par M. Gentilhomme, avec succès dans quatre cas, est le suivant : onction tous les soirs sur les parties malades avec la pommade sulfuro-alcaline. Cette pommade a pour effet d'enlever toutes les matières grasses à la surface de la peau, et de ramollir le bouchon qui existe au niveau de l'orifice externe du canal excréteur; le lendemain matin, les parties malades sont lavées à l'eau de savon d'abord, pour enlever la pommade et la matière sébacée ramollie, puis à grande eau. La surface de la peau étant ainsi complètement nette, et les conduits excréteurs des glandes devenus perméables, le malade fait une lotion parasiticide avec une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 0/0. Pas de traitement général, sauf dans les cas où une diathèse est évidente. La destruction du parasite est possible par ce moyen; cependant, la destruction totale doit être très difficile, et ne pourrait être obtenue que par un traitement très long et très minutieux. La conservation d'un certain nombre de parasites qui ont échappé au poison, ou la conservation des œufs, expliquent la facilité de la récidive après une guérison en apparence complète.

— *M. Gailliet* (de Reims) : *Opération de la cataracte.* — L'auteur emploie le procédé suivant : Il fait son incision par ponction, comme pour la kératotomie supérieure, puis sectionne le petit cercle de l'iris. Le cristallin sort, en général, avec le couteau. La section du petit cercle de l'iris ne donne pas une seule goutte de sang. Les lèvres de l'incision se réunissent bien et l'iris remplit bien ses fonctions. Le pansement se fait à l'aide de bandelettes de taffetas gommé qui servent à fermer l'œil; on l'immobilise avec un bandeau blanc, puis avec un bandeau noir, et on fait ensuite des applications d'eau froide. L'iris est légèrement déformé en général.

M. Gailliet : Traitement du glaucome. — Le glaucome suraigu s'accompagne de douleurs violentes et de sensations lumineuses très pénibles, de dilatation de l'iris, etc.; dans un cas, chez un sujet rhumatisant, M. Gailliet a fait une ponction avec la lancette dans la conjonctive, à 2 millimètres en arrière de la cornée; à l'aide d'un ténotome mousse, légèrement convexe, introduit en dehors du bord externe du muscle droit supérieur, il pénètre à travers la sclérotique; une sensation de résistance vaincue annonce la fin de l'opération; il sort quelques gouttes de sérosité jaunâtre. Pansement comme après l'opération de la cataracte. Les douleurs cessent immédiatement après l'opération, le sommeil revient; la dilatation de l'iris diminue; au bout de trois ou quatre jours, on enlève le bandeau; dans un cas, le dixième jour la guérison était parfaite. Ce procédé est celui qui est indiqué

dans la dernière édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, par M. Léon Le Fort.

M. *Denucé* fait remarquer que ce procédé a été pratiqué pour la première fois par de Wecker, qui pensait ainsi produire une sorte de filtrage continu du liquide. Ce procédé donne de bons résultats au point de vue des douleurs, mais moins bons au point de vue de la guérison définitive.

M. *Gailliet* dit que son malade est guéri depuis dix ans.

— *De la papaïne et autres pepsines végétales tirées du Carica papaya et du Ficus.*—M. *Bouchut* présente, en son nom et pour M. *Henri Bouchut*, de la papaïne extraite du *Carica papaya*, et de la ficoïne extraite du *Ficus*. Il montre qu'il y a dans le latex d'un grand nombre de végétaux des sucs remplis de pepsine végétale qu'on peut isoler et employer en thérapeutique. La papaïne est très abondante et la ficoïne l'est beaucoup moins. Avec une solution de 10 centigrammes de papaïne pour 30 grammes d'eau, on peut faire digérer 15 grammes de fibrine qui est convertie en peptone assimilable. Il fait l'expérience devant l'assemblée et, en une heure, on voit s'opérer la digestion de la fibrine : « Il en est de même, dit-il, avec la ficoïne. » De ces expériences il résulte qu'on peut employer la papaïne dans la dyspepsie et dans les maladies chroniques des voies digestives, au lieu de la pepsine animale qui est si souvent de mauvaise qualité et infidèle. On a préparé du sirop, du vin et de l'élixir de papaïne. On peut, de plus, faire des injections interstitielles avec la seringue de Pravaz chargée de papaïne dans les tumeurs cancéreuses, dans les adénomes, les myxomes, etc., de façon à les ramollir et à les détruire sur place dans la zone imbibée de ferment. Ces expériences ont été répétées un grand nombre de fois.

— M. *Daremberg* (de Menton) : *Sur l'établissement dans le Midi d'hôpitaux maritimes pour les phthisiques.* — L'auteur expose les idées qui, d'après lui, doivent présider à la création des hôpitaux hivernaux pour les phthisiques des grandes villes. Tout le monde est d'accord pour demander que les premiers essais soient tentés sur les cas les plus favorables. Cependant, avant de se lancer dans une entreprise aussi généreuse, il faut bien en peser toutes les conditions d'exécution. Ces hôpitaux, d'après les vues des médecins ou des édiles qui les ont patronnés, sont destinés à recevoir des indigents. Or, comme ces indigents, qui ne pourront supporter pendant l'été le séjour du Midi, seront renvoyés dans leurs foyers, c'est-à-dire dans les conditions fâcheuses où ils sont devenus phthisiques, ils perdront le fruit de leur saison hivernale, et même s'ils sont renvoyés dans le Midi, ils seront voués à une mort certaine, par suite de l'interruption dans le traitement hygiénique. La société, en les secourant de cette façon, n'aura obtenu aucun effet, puisqu'elle ne rendra pas une personne robuste à la vie sociale. Elle aura simplement permis à l'homme ou à la femme secourus de donner le jour à un ou deux phthisiques de plus.

Pour que l'assistance donnée aux phthisiques indigents soit efficace, il faut qu'ils soient gardés et surveillés attentivement, sans aucune interruption, pendant une période que l'on peut, sans être accusé d'exagération, fixer entre cinq et dix ans. Il faut donc que non seulement on crée des hôpitaux hivernaux, mais aussi des hôpitaux estivaires, dans les montagnes, principalement auprès des sources minérales, dont les malades pourraient profiter.

Pour réaliser de telles conditions, il faut pouvoir disposer de capitaux considérables, et même en supposant que l'Etat ou les municipalités, ce qui n'est pas probable, puissent consacrer les capitaux nécessaires, ils profiteraient à bien peu d'individus, et le résultat serait certainement bien au-dessous de l'étendue des efforts. Aussi, avant d'agir sur les adultes, M. Daremberg croit qu'il faudrait bien plutôt étendre les essais tentés avec tant de succès à l'hospice de Berk. Que l'on fasse dans le Midi maritime plusieurs hospices en construction légère avec jardins et gymnases, contenant chacun deux cents enfants scrofuleux et tuberculeux. L'été, ces enfants se transporteraient dans de vastes chalets établis au sommet des montagnes avoisinant la Méditerranée. De cette façon, avec beaucoup moins de frais, et avec beaucoup moins de résistance de la part des malades, on pourra, pendant cinq ou six années consécutives, maintenir des enfants sous une surveillance hygiénique de chaque instant, et en faire des hommes et des femmes d'une santé excellente et capables de donner le jour à des êtres sains.

—M. *Toussaint: Vaccinations charbonneuses.*— L'auteur donne connaissance des résultats qu'il a obtenus sur ce sujet et qui ont été communiqués aux Académies des sciences et de médecine. Il résulte, comme on sait, de ces expériences que, lorsqu'on injecte dans le tissu conjonctif sous-cutané d'un jeune chien ou d'un mouton une petite quantité de sang charbonneux dilué et filtré, ou bien encore privé de ses parasites par la chaleur et l'acide phénique, on provoque un état tel de l'économie que les bactéridies, ultérieurement inoculées, ne produisent plus aucun phénomène local ou général. M. Toussaint expose les recherches qui l'ont conduit à la constatation de ce fait. Etudiant l'anatomie pathologique du charbon et surtout la marche du parasite inoculé, il a vu qu'après avoir multiplié sur place, les bactéridies pénètrent dans les lymphatiques de la peau, sont entraînées jusqu'au ganglion lymphatique qu'elles envahissent dans tous ses points; on les trouve surtout en amas serrés dans les follicules, dont elles ont chassé la presque totalité des cellules ; elles s'accumulent surtout autour des vaisseaux. Les bactéridies partent de ce ganglion pour aller, par les vaisseaux efférents, au ganglion suivant, sur lequel les mêmes phénomènes se répètent, et de là dans le sang d'où elles ne sortent que lorsque, sous l'influence de la matière phlogogène qu'elles secrètent, il se produit des ruptures vasculaires, comme on le remarque chez certains animaux.

M. Toussaint a vu, en outre, que dans quelques espèces le ganglion suffit pour ainsi dire à arrêter, à filtrer la bactéridie. Cela arrive le plus souvent chez le chien adulte. Dans ce cas, le ganglion s'enflamme, acquiert un volume dix à vingt fois plus considérable ; puis après cinq ou six jours ces phénomènes s'effacent, les bactéridies mourant sur place, le ganglion enflammé revient presque à ses dimensions primitives, mais en conservant une assez grande dureté, une plus grande consistance, et par conséquent une certaine imperméabilité pour les parasites.

C'est avec l'idée de rendre les ganglions imperméables que l'auteur des expériences fit ses premières injections. La matière employée fut le sang charbonneux filtré, en raison de ses propriétés éminemment inflammatoires. En effet, dans les jours qui suivirent cette opération, les organes ganglionnaires augmentèrent considérablement de volume, une fièvre intense s'empara des animaux, la température monta jusqu'à 42°,3 chez le mouton ; mais ces phénomènes cessèrent bientôt, et cinq à six jours après les animaux étaient revenus à leur état normal, les ganglions seuls étaient encore volumineux ; c'est pour leur laisser le temps de prendre plus de consistance que M. Toussaint attendit un certain temps avant d'inoculer le sang charbonneux.

Dans l'hypothèse qui vient d'être exposée, il était nécessaire de faire une inoculation pour chaque département ganglionnaire. Huit à dix inoculations furent pratiquées dans les points de la surface extérieure desservis par ces ganglions.

Les premières inoculations de sang charbonneux frais furent faites le quinzième jour après l'injection de sang filtré. On pouvait s'attendre à un œdème local, une sorte de pustule maligne ; mais aucun phénomène n'apparut, la plaie d'inoculation se cicatrisa comme une plaie simple.

L'absence de phénomènes locaux et généraux indiquait une vaccination complète des liquides de l'économie. C'est

en effet ce qui a lieu dans ces cas, où des quantités considérables de bactéridies injectées dans les vaisseaux ne produisent plus aucun effet.

Mais il est nécessaire, pour que ce résultat se produise, de laisser s'écouler un certain temps entre le moment de l'inoculation préventive et celui de la première inoculation charbonneuse. Onze à quinze jours sont nécessaires; en deçà de ce temps toute inoculation, même faite avec une petite quantité de sang charbonneux, est mortelle.

Ainsi donc, d'après ces expériences, une matière sécrétée par un parasite, un produit d'excrétion, serait vaccinal de la maladie provoquée par le parasite lui-même. C'est la première fois qu'un pareil fait aurait été constaté en physiologie ; les vaccins jusqu'ici connus, celui de la variole, celui du choléra des poules, de la péripneumonie, n'étant que des agents de la maladie dont les propriétés sont plus ou moins atténuées.

Cette conclusion est très grosse de conséquences, et M. Toussaint pense lui-même qu'elle ne peut être acceptée qu'après de nouvelles et très minutieuses recherches. Il peut se faire, en effet, que dans la filtration ou dans le traitement du sang charbonneux par 55 degrés, il y ait non pas une destruction complète de la bactéridie, mais une simple atténuation. Cette hypothèse, difficile à admettre pour les cas de filtration, dans lesquels les lapins et les moutons, qui décèlent des quantités infinitésimales de bactéridies, ont résisté, est plus plausible pour ceux dans lesquels le sang a été chauffé; il est en effet beaucoup plus difficile qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent de tuer le parasite du charbon par la chaleur. Voici les faits qu'a observés M. Toussaint. Dans les deux premières expériences de chauffage à 55 degrés pendant dix minutes, procédé indiqué par M. Davaine, toutes les bactéridies furent tuées : car, inoculé plusieurs fois en grande quantité à des lapins et à des moutons, ce sang n'en tua aucun. Les moutons furent vaccinés, mais les essais ultérieurs ne donnèrent pas les mêmes résultats. Le sang chauffé et même porté jusqu'à 60 degrés tua tous les animaux auxquels il fut inoculé. Six moutons inoculés avec du sang ainsi préparé, et en trois séries différentes, moururent du charbon. Dans le dernier cas même, on avait ajouté 1 pour 100 d'acide phénique, et l'inoculation n'avait été faite que deux jours après cette préparation.

Enfin, l'acide phénique seul, même employé à raison de 1 1/2 pour 100 et laissé longtemps en contact avec le sang, n'est pas non plus sans danger. Le 28 juillet, on avait tué par section des vaisseaux du cou un mouton sur le point de mourir, son sang défibriné fut passé sur des linges et même sur un filtre unique de papier, puis ensuite additionné de 1gr,52 pour 100 d'acide phénique: cinq lapins reçurent sous la peau 2 centimètres cubes de ce liquide; l'un d'eux mourut du charbon. Trois jours après un lapin fut de nouveau inoculé avec 2 centimètres cubes : il résista. Enfin, le 6, cinq moutons reçurent chacun 5 centimètres cubes dans le tissu conjonctif sous-cutané. Tous ces animaux sont aujourd'hui bien portants. Croyant être certain de la destruction complète du parasite, M. Toussaint pratiqua, le 8 juillet, c'est-à-dire onze jours après le début de l'action de l'acide phénique, l'inoculation avec 4 centimètres cubes à 20 moutons ou brebis de la ferme de Vincennes. Quatre succombèrent au charbon.

Ainsi, onze jours n'ont pas suffi à l'acide phénique pour tuer les parasites du charbon dans un sang recueilli sur un animal tué. Que penser de ce résultat ? M. Toussaint émet l'hypothèse que, malgré tout ce que l'on a pu dire sur ce sujet, les spores peuvent se former dans l'animal vivant, qu'elles résistent à l'action de l'acide phénique.

Des expériences vont être instituées pour résoudre cette question importante : La vaccination a-t-elle lieu sous l'influence simple de la partie liquide du sang, ou bien est-il nécessaire de développer une vraie maladie charbonneuse, mais bénigne?

— M. *Nicaise* communique une note sur l'*ischémie provisoire produite par la bande d'Esmarch et les hémorrhagies consécutives.* — Selon l'auteur, la méthode d'Esmarch ne se généralise pas assez rapidement. La plupart des auteurs redoutent encore les hémorrhagies en nappe dues à la paralysie vaso-motrice qui suit pendant quelque temps l'application de la bande, et qu'on doit quelquefois combattre par les divers moyens propres à ramener la contractilité des vaisseaux. D'après M. Nicaise, les opérations faites d'après la méthode d'Esmarch, avec les modifications qu'il y propose, comprendront les temps suivants : 1° application de la bande et d'un anneau spécial ; 2° opération ; 3° ligatures des artères et veines visibles ; 4° application d'éponges sur la plaie ; 5° enlèvement de la bande et de l'anneau : il se produit alors une congestion intense de la partie ischémiée ; 6° enlèvement des éponges au bout de huit à dix minutes ; 7° ligature des artérioles qui avaient échappé la première fois ; 8° pansement.

— M. *François-Franck* présente le résultat de ses recherches sur *les rapports de la température superficielle de la tête et de la température du cerveau.* — Il conclut de ses expériences à l'impossibilité de déterminer une relation de cause à effet entre les variations fonctionnelles de la température corticale du cerveau et les variations de la température péricrânienne; il s'attache surtout à combattre, comme illusoires et dangereuses au point de vue de l'application clinique, les conclusions d'un travail de M. Amidon sur les localisations cérébrales. Les principaux points de ces recherches ont été développés devant la Société de biologie, cette année même, par M. François-Franck.

— M. *Laborde : Sur l'application de la méthode graphique aux recherches médico-légales.* — Si l'on administre certaines substances capables d'agir sur la circulation, on voit que le tracé donné dans ces conditions est spécial à chaque substance. Les alcaloïdes végétaux ne font pas exception à cette règle, et si on administre à des grenouilles des doses infinitésimales de ces alcaloïdes, on peut constater les modifications typiques que donnent au tracé sphygmographique du cœur la vératrine, l'aconitine, etc. En cas d'empoisonnement, les alcaloïdes cristallisables trouvés dans le foie serviront donc, à l'aide d'expériences comparatives sur des grenouilles, à découvrir la nature du poison employé. On a également des tracés typiques à l'aide des contractions provoquées sur les muscles volontaires.

A l'appui de la communication de M. Laborde, M. *François-Franck* rappelle que la différenciation entre la vératrine et la strychnine est très difficile par les études chimiques et physiologiques; mais que la méthode graphique donne des différences remarquables entre ces deux substances. Ainsi le tétanos strychnique et le tétanos vératrinique diffèrent beaucoup au point de vue des contractions.

F.-F.

Congrès de l'Association médicale britannique tenu à Cambridge le 10 août 1880, sous la présidence de M. le docteur Humphry.

Nos lecteurs ont déjà lu dans le dernier *Feuilleton* de la *Gazette* le compte rendu humoristique du Congrès, retracé par la plume spirituelle d'un collaborateur qui avait pris part aux travaux et aux fêtes de la grande réunion britannique. Nous donnerons maintenant un aperçu de la partie scientifique du meeting, sans oublier les discours préliminaires prononcés dans les assemblées générales et dans les sections par leurs présidents respectifs. Ces discours, que les Anglais désignent sous le nom d'*adresses inaugurales*, ont une grande importance dans les congrès britanniques. Ils contiennent généralement, outre les compliments d'usage et les paroles de bienvenue, un excellent résumé des travaux scientifiques et des découvertes de l'année écoulée.

Les adresses lues dans les *assemblées générales* sont celles de

MM. Humphry, président du Congrès; Bradbury pour la médecine; Holmes pour la chirurgie; Foster pour la physiologie. Dans les *sections*, nous avons à signaler les adresses de MM. Savory (*chirurgie*), Playfair (*obstétrique*), Chrieton Browne (*psychologie*), Acland (*médecine publique*). Nous regrettons de ne pouvoir nous arrêter qu'à quelques-uns de ces discours :

M. Humphry, après quelques mots sur l'histoire générale de l'anatomie, a tâché de montrer le rôle joué par l'Université de Cambridge dans le développement de cette science. Nommer après lui Caius, Harvey, Glisson, Heberden, Watson Budd, Burrows, c'est montrer les titres passés et présents de cette Université. Relevons seulement dans ce discours un point bien fait pour flatter notre amour-propre national : lors de la fondation de l'Université de Cambridge, les statuts et les dispositions de celle de Paris servirent de modèle.

M. T. Holmes avait choisi pour sujet de discours : *Les progrès de la chirurgie conservatrice illustrés par la vie et les travaux de sir William Ferguson.* C'était retracer l'histoire chirurgicale de l'Angleterre pendant ces trente dernières années, en même temps que faire connaître la vie de l'homme remarquable que la science vient de perdre. M. Timothy Holmes s'est acquitté de cette tâche délicate avec un tact et une modération au-dessus de tout éloge, tout en déployant une grande érudition.

On ne pouvait aborder la chirurgie conservatrice sans parler des *résections articulaires.* L'orateur déclare qu'il n'est pas nécessaire d'insister sur ce fait, que nous pouvons aujourd'hui sauver les articulations de la hanche et du genou par des mesures moins radicales qu'autrefois. Mais les statistiques fournies par M. Timothy Holmes montrent qu'il existe encore de grandes divergences en ce qui concerne l'opportunité des grandes résections du genou et de la hanche. L'opinion émise par notre confrère, à savoir « que, si la résection du genou est une des ressources indispensables de la chirurgie, la résection de la hanche peut le plus souvent être évitée par un traitement prolongé, par l'immobilité, l'extension, etc. », a été l'objet de quelques commentaires de la part des chirurgiens qui assistaient au Congrès. En effet, l'étiologie et la pathologie des maladies chroniques articulaires du genou et de la hanche sont à peu près les mêmes; le traitement par la contre-irritation, le drainage, l'extension, l'immobilité, les incisions, est plus facilement applicable au genou qu'à la hanche, et l'exploration de l'articulation ainsi que la connaissance exacte des lésions est également plus facile au genou. Puisque ces mesures palliatives convenablement appliquées peuvent permettre d'éviter la résection de la hanche, pourquoi ne pourraient-elles pas être également appliquées au genou? Telle est l'objection principale adressée à l'orateur.

Mais M. Timothy Holmes a parfaitement fait ressortir que l'ankylose qui se forme naturellement dans le genou n'a lieu que très lentement, pendant que la santé générale continue à s'épuiser, qu'elle est toujours très imparfaite et constitue une source continuelle de dangers; l'ankylose résultant d'une résection du genou est, au contraire, rapidement obtenue, solide, résistante et permet parfaitement l'usage du membre. Pour la hanche, les choses ne se passent pas de la même façon : la résection laisse un membre affaibli et déformé sur lequel le malade ne peut s'appuyer et qui devient presque inutile; au contraire, lorsque l'ankylose se forme naturellement et sans que la résection ait été pratiquée, le membre est plus solide et peut généralement être maintenu dans une bonne position par un traitement approprié.

En somme, M. Timothy Holmes pense que la résection qu'il convient d'appliquer dans la majorité des cas pour l'articulation du genou, doit être réservée pour les cas exceptionnels lorsqu'il s'agit de l'articulation coxo-fémorale.

Le discours de M. Bradbury est destiné à démontrer « que la médecine est quelque chose de plus qu'un art pratique. Le docteur Whewell a dit « que nous n'avons point actuellement de science » qui s'appelle médecine, si du moins nous prenons le mot *science* » dans son acception habituelle, c'est-à-dire si nous appelons ainsi » une série de vérités découvertes successivement par les savants». Si la chose était vraie à l'époque où elle a été écrite, elle a certainement cessé de l'être. »

Pour le prouver, M. Bradbury passe en revue les applications à la clinique des instruments et des méthodes de précision. Il nous montre le microscope nous donnant le coefficient globulaire de la maladie d'Addison et de l'anémie idiopathique à marche rapide, grâce aux travaux de Davy, Sörensen, etc.; le thermomètre, qui avait déjà rendu de si sérieux services pour le diagnostic en général, et qui est utilisé pour les lésions locales depuis les recherches de MM. Broca, Peter, Carter Gray et Brooklyn. Huglings, Jackson, Clifford, Albutt, Gowers, etc., ont pu remonter, grâce à l'ophthalmoscope, des lésions profondes de l'œil à leur cause éloignée. Le laryngoscope, le sphygmographe, les appareils électriques ont également leur rôle dans la sémiotique moderne. La thérapeutique elle-même s'est enrichie de la métallothérapie. Malgré cela, l'enthousiasme de l'auteur pour l'époque actuelle ne le conduit point au mépris du passé. « Je me suis efforcé de montrer les avantages retirés par la médecine de l'emploi des instruments de précision empruntés à la physique. Il faut cependant que j'ajoute à ceci un correctif, surtout pour les plus jeunes d'entre nous, qui seraient tentés d'accorder trop d'importance aux renseignements que fournissent les instruments. Ceux-ci sont certainement de la plus grande valeur; souvent ils nous servent de base pour le traitement; mais il ne faut point oublier que nos prédécesseurs avaient eux-mêmes d'excellents auxiliaires : c'étaient, en premier lieu, les caractères fournis par le facies, puis l'état du système nerveux et un certain nombre d'autres phénomènes que nous pouvons apprécier avec nos sens, mais qu'aucun instrument n'a le pouvoir d'enregistrer. Restons donc dans une certaine mesure sur ces voies antiques, et cultivons avec soin ce *tact médical* qui fut le principal guide de nos maîtres. »

L'adresse de M. Foster a obtenu un succès éclatant. L'auteur s'est surtout attaché à faire ressortir l'importance de la physiologie expérimentale dans les études médicales modernes. La partie la plus remarquée de ce discours est celle dans laquelle M. Foster expose la nature des problèmes que le physiologiste doit chercher à résoudre. Tous les êtres vivants doivent être étudiés sous deux aspects bien différents : premièrement sous le rapport de leurs formes, secondement sous le rapport des mouvements dont ils sont doués. Le premier aspect sert de base à la morphologie, le second à la physiologie propre. Quoique la morphologie constitue un facteur essentiel dans un certain nombre de phénomènes physiologiques, il est incontestable qu'elle ne saurait servir de base ordinaire pour la solution des problèmes les plus essentiels et les plus contestés. Quelle que soit l'action vitale qu'on étudie : la construction d'un muscle, les changements qui surviennent dans une cellule sécrétante ou les modifications moléculaires d'un nerf excité, il y a toujours, indépendamment de toute action mécanique, chimique ou physique, une question plus fondamentale qui est spéciale aux êtres vivants. Il nous est sans doute permis d'espérer que, dans un avenir éloigné, la morphologie et la physiologie ne feront qu'une seule science, et que les actions et les réactions des organismes vivants pourront être comprises en s'appuyant sur une connaissance complète de la forme, de la structure et des forces moléculaires de leurs tissus; mais ce jour est probablement éloigné, car la nature ne répond qu'avec lenteur aux questions qui lui sont posées par la physiologie moderne.

La physiologie ancienne considérait l'être vivant comme un groupe de machines appelées *organes;* ces machines, qui faisaient chacune un travail appelé *fonction*, étaient reliées entre elles d'une façon plus ou moins ordonnée pour constituer l'individu. « Cette vieille conception, nous dit M. Foster, a depuis longtemps cessé de guider le physiologiste. Le but de la physiologie moderne est d'approfondir les caractères généraux de la nature vivante, d'étudier cette lutte moléculaire qui semble être le point de départ des grands phénomènes vitaux, de la sécrétion, du spasme musculaire et de l'impulsion nerveuse. »

Nous avons reproduit quelques fragments du remarquable discours de M. Foster, afin de montrer avec quelle élévation d'idées le professeur de Cambridge aborde l'étude des grands problèmes physiologiques. Ceux de nos lecteurs qui s'intéressent à ces questions liront avec intérêt cet important document, qui sera publié *in extenso* par tous les journaux de médecine anglais.

L. et T.

Nota. — Où se tiendra le Congrès de 1881 ? La question a été abordée au Conseil, mais non résolue. L'Association n'a encore accepté, au moment où nous écrivons, aucune des invitations qui lui ont été adressées de la part de quelques villes du royaume; si nous en croyons les *on dit*, il est probable qu'elle tiendra son prochain meeting à Londres, en même temps que le Congrès international des sciences médicales qui, comme on le sait, doit se réunir dans cette ville au mois d'août. Nous ne pourrions qu'approuver cette idée qui réunirait dans la métropole, en même temps que les nombreux médecins de l'Association britannique, les sommités médicales du monde entier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Caractères distinctifs de la pulsation du cœur, suivant qu'on explore le ventricule droit ou le ventricule gauche. Note de M. *Marey*.

Les expériences dans lesquelles nous avons étudié, M. Chauveau et moi, la pression du sang dans les ventricules du cœur nous ont fait voir que les phases des variations de cette pression ne sont pas les mêmes dans les deux ventricules. Le cœur droit donne, dès le début de sa systole, le maximum de son effort, tandis que, dans le ventricule gauche, la pression s'élève d'ordinaire jusqu'à la fin de la phase systolique.

J'ai cherché longtemps si la pulsation du cœur, qui traduit les changements de consistance des ventricules, c'est-à-dire les variations de la pression du sang dans ces cavités du cœur, n'offrirait pas les mêmes différences de forme, et j'ai constaté, en effet, que, suivant la région où l'on explore la pulsation, on recueille des tracés de formes différentes. Le cœur de l'homme présente son ventricule droit un peu en avant, son ventricule gauche un peu en arrière; il suit de là que, si l'on applique l'explorateur de la pulsation dans le quatrième espace intercostal et au-dessous du mamelon gauche, c'est la pulsation du ventricule droit qu'on doit recueillir, tandis que, si l'on place l'explorateur 4 ou 5 centimètres plus en dehors en faisant coucher le patient sur le côté gauche, on doit obtenir le tracé du ventricule gauche. On constate, en effet, que les deux tracés ainsi obtenus présentent des caractères différents et tels que la théorie les faisait prévoir; mais, comme la position du cœur varie assez souvent d'un sujet à un autre, et comme certaines maladies peuvent augmenter encore ces variations individuelles, il ne serait pas prudent de s'en rapporter exclusivement au lieu où la pulsation a été recueillie pour affirmer qu'elle tient à l'un ou à l'autre ventricule. J'ai dû chercher un contrôle qui levât toute hésitation à cet égard : mes expériences m'en ont fourni plusieurs, parmi lesquels je ne citerai que les deux suivants :

1° *Le cœur droit et le cœur gauche ne se comportent pas de la même manière pendant un arrêt de la respiration.* — On sait que le poumon est plus facilement traversé par le sang quand on respire que pendant l'arrêt respiratoire; il en résulte qu'une stase se produit dans le cœur droit si la respiration est arrêtée. On voit aussitôt changer les caractères de la pulsation du cœur droit; celle-ci perd de son amplitude et finit par être trois ou quatre fois plus faible qu'au début de l'arrêt respiratoire, lorsque cet arrêt s'est prolongé pendant trente à quarante secondes. Cette diminution d'amplitude de la pulsation du cœur se produit par suite de l'élévation du minimum des courbes; les sommets restent toujours sur la même ligne horizontale. L'explication de ce phénomène est très simple : il tient à ce que le cœur, se vidant de moins en moins, à cause de la résistance pulmonaire, offre de moins en moins ces chutes de pression qui traduisent sa vacuité. Si l'on explore le cœur gauche pendant l'arrêt respiratoire, au lieu d'une diminution d'amplitude des pulsations on constate, au contraire, que celles-ci offrent un léger accroissement.

2° *Retentissement des ondes aortiques dans le tracé de la pulsation du ventricule gauche.* — J'ai maintes fois signalé la solidarité intime qui unit les variations de la pression du sang dans le ventricule gauche et dans l'aorte, solidarité d'où résulte une similitude de forme entre les pulsations du ventricule gauche et de l'aorte pendant la période systolique. J'ai même observé que, si une influence quelconque, en faisant baisser la tension artérielle, fait naître des ondes dans l'aorte, ces ondes retentissent dans le tracé de la pression du ventricule gauche, où elles se traduisent par une bifurcation ou une trifurcation du sommet, selon que les ondes aortiques sont au nombre de deux ou de trois pendant la systole du ventricule.

On voit apparaître ces ondes sur les pulsations cardiaque et aortique quand on fait baisser la tension artérielle par l'exercice musculaire, par l'inhalation de nitrite d'amyle, par l'hémorrhagie, etc. On les voit naître aussi après un effort prolongé quelque temps avec occlusion de la glotte.

Sur l'homme, nous ne pouvons constater directement l'existence de ces ondes sur l'aorte, mais nous devons admettre qu'elles existent dans les mêmes conditions où nous les voyons se produire sur les grands mammifères. Or, dans ces conditions, le tracé du ventricule gauche présente des ondulations multiples, tandis que le ventricule droit ne montre ces ondes qu'à l'état de vestige et par propagation de voisinage.

Des deux signes que nous venons de donner pour distinguer auquel des deux ventricules appartient la pulsation que trace le cardiographe, le premier est le plus facile à employer et semble devoir être très utile dans la pratique médicale, où souvent les signes d'auscultation ne permettent pas de déterminer avec certitude sur quelle moitié du cœur porte une lésion valvulaire.

Maladies du cœur. — M. *Mourgue* adresse une note *Sur le rôle de la phlogose névrasculaire pneumogastrique dans les maladies du cœur*. (Renvoi au concours des prix de médecine et chirurgie.)

Alimentation. — M. *Edm. Lippmann* adresse un mémoire intitulé : *De l'alimentation dans le 22e régiment de dragons*. (Renvoi à l'examen de M. Larrey.)

Projet d'établissement d'une station hospitalière aux sources de l'Ogôoué, par le Comité français de l'Association africaine. — M. de Lesseps présente, au nom de M. *Mizon*, une note sur ce sujet.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. Marié-Davy, président de la Société française d'hygiène, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Hygiène et éducation de la première enfance*; 2° une lettre de M. le docteur Rathery, médecin des hôpitaux, dans laquelle l'auteur dit qu'ayant eu l'occasion, comme médecin du Bureau central, de remplacer M. le docteur Lecorché à la Maison municipale de santé, il a pu observer les dernières phases de la rage chez le malade qui a été l'objet de l'intéresssante communication faite par M. Hardy dans la dernière séance. Les détails dans lesquels entre M. Rathery confirment et complètent l'observation de M. Hardy.

M. *Larrey* présente : 1° Au nom de M. le docteur Tholozan, médecin principal d'armée, en mission en Perse, un ouvrage intitulé : *La peste en Turquie dans les temps modernes; sa prophylaxie défectueuse, sa limitation spontanée*; — 2° en son propre nom, un Rapport fait à l'Académie des sciences sur un mémoire de M. le docteur Campanyo, intitulé : *Projet d'organisation du service de santé du canal inter-océanique de Panama*.

Hydrophobie. — M. *Lagneau*, à l'occasion du procès-verbal, donne quelques renseignements sur le nombre de cas de rage qui se sont manifestés dans le département de la Seine pendant le cours de cette année. D'après une lettre qu'il a reçue de M. le secrétaire du Comité d'hygiène et de salubrité, il y aurait eu, dans le département de la Seine, du 1er janvier au 20 août 1880, 127 chiens abattus reconnus enragés ou suspects de rage; sur ce nombre, 103 chiens auraient mordu d'autres chiens qui auraient tous été abattus. Il y aurait eu 24 personnes mordues, et sur ces 24 personnes, 2 seulement auraient été atteintes de la rage, à savoir: le vétérinaire de la rue d'Allemagne et le cocher dont il a été question dans la dernière séance.

M. le Secrétaire ajoute qu'une instruction sur la rage, extraite du rapport de M. Bouley, est affichée dans les mairies de Paris et des communes de la banlieue.

M. Lagneau ajoute quelques mots à ce qui a été dit dans la séance précédente, relativement à la distribution de certaines brochures contenant des instructions aux mères et aux nourrices sur la manière d'élever les enfants. Il persiste à penser, malgré les réclamations qui lui ont été adressées à ce sujet, que la distribution de ces brochures est fâcheuse, et qu'il y aurait grand avantage à leur substituer les instructions émanées de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance.

Recherches expérimentales sur le premier bruit du cœur. — M. le docteur *Rosolimos* (d'Athènes) lit un travail sur ce sujet. « La cause unique du premier bruit, dit l'auteur, tient à la vibration des cordages tendineux provoquée

par le sang, qui fait irruption à travers le réseau constitué par ces cordages pendant la contraction ventriculaire. Si la cause du premier bruit tient, d'après M. Bouilland, au claquement des valvules auriculo-ventriculaires, on aurait dû donner naissance à ce bruit, en partie du moins, en tirant les valvules par ces cordages. J'ai fait cette expérience plusieurs fois sur des cœurs d'homme et de cheval, et jamais je n'ai pu produire le bruit prétendu. On peut certainement, en tirant une bande de toile ou une membrane par une de ses extrémités, l'autre étant fixée, provoquer un bruit (claquement) qui est l'effet de la tendance qu'a la partie libre (partie moyenne) de la bande à occuper la nouvelle direction que lui imprime le point qui fixe son extrémité attirée; mais ce claquement, on ne peut l'obtenir sur une membrane qui serait attirée dans toute son étendue par de nombreux points de fil, par exemple. Dans cette dernière condition rentrent exactement les valvules auriculo-ventriculaires. Pour confirmer l'opinion que j'avance, j'ai établi artificiellement, au laboratoire de l'Anatomie comparée, un réseau de cordages tendineux en les attachant des deux bouts par des nœuds de fil sur deux planchettes parallèlement opposées. J'ai dirigé un courant d'eau à l'aide d'une seringue contre ce réseau et j'ai obtenu un bruit analogue au premier bruit du cœur. » (*Com.* M. Sappey.)

Rapports.— M. *Bouchardat* lit, au nom de la Commission des eaux minérales, une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions du rapport de M. Bouchardat sont adoptées sans discussion.

Mortalité de l'enfance. — M. *Bouchardat* lit ensuite un mémoire intitulé : *De l'excessive mortalité des enfants depuis la naissance jusqu'à un an, ses causes et ses remèdes.* Voici ses principales conclusions :

« De l'étude à laquelle je viens de me livrer, je crois devoir conclure que la plus grande masse de lait commercial vendue à Paris ne peut remplir les conditions indispensables à l'alimentation depuis la naissance jusqu'à un an; qu'il ne digère pas de la même façon que le lait de la mère, qu'il détermine de la diarrhée infantile ou alimentaire et que cette maladie est la cause dominante de l'énorme excédent de la mortalité; par toutes ces voies, nous sommes une fois de plus conduit à affirmer l'opinion que j'ai depuis longtemps défendue, et qui, du reste, est généralement admise aujourd'hui : qu'il convient de faire de continuels efforts pour revenir exclusivement, sauf de très rares exceptions, à l'allaitement maternel, non seulement à Paris, mais partout. »

M. *Jules Guérin* est d'accord avec M. Bouchardat sur la grande fréquence de la diarrhée infantile; mais il regrette que son savant collègue n'ait pas énuméré, parmi les moyens d'y remédier, l'appropriation du lait de vache employé dans l'allaitement artificiel aux facultés digestives de l'enfant. Il faut, aux nourrissons, un lait qui ne soit ni trop fort ni trop faible. Dans sa longue pratique, M. Jules Guérin a eu souvent occasion de constater que les enfants, nourris d'ailleurs avec du bon lait, avaient la diarrhée, parce que ce lait était trop fort ou donné en trop grande quantité. Il faut donc recommander aux mères et aux nourrices qui pratiquent l'allaitement artificiel, d'approprier le lait à l'âge de l'enfant et à ses facultés digestives. M. Jules Guérin a réussi à faire cesser les diarrhées vertes des enfants en se bornant simplement à leur faire donner du lait étendu d'eau et additionné de sucre.

M. *Bouchardat* est de l'avis de M. Jules Guérin, s'il s'agit des enfants des classes aisées qui peuvent se procurer du lait absolument frais et en suffisante quantité; mais, à Paris, les enfants des classes ouvrières n'ont que trop souvent du lait étendu d'eau et radicalement écrémé. Ici la cause de la diarrhée et de l'effrayante mortalité qu'elle entraîne, c'est la fermentation lactique qui se manifeste avec une si grande rapidité pendant les chaleurs de l'été.

M. *Jules Guérin* pense que la cause qu'il a signalée s'applique aux classes pauvres comme aux classes aisées; trop souvent les enfants du peuple sont soumis à une alimentation prématurée qui s'ajoute à l'allaitement artificiel pour en fausser les résultats. Les bouillies d'orge, de gruau, les farines lactées, etc., sont les causes les plus fréquentes de la diarrhée des enfants du peuple, sans préjudice des diarrhées causées par la fermentation lactique.

Hystérectomie. — M. *Tillaux* donne quelques détails complémentaires sur l'observation d'une femme à laquelle il a pratiqué, il y a un an, l'hystérectomie pour une tumeur kystique, et qu'il présenta à l'Académie de médecine. Il rappelle que, dans cette opération, il avait enlevé la plus grande partie de l'utérus et les trompes, ne laissant de l'appareil utérin que la portion intra-vaginale du col et un tout petit moignon de la portion sus-vaginale. Les deux ovaires avaient été conservés, mais il y avait interruption complète de communication entre ces organes et le tronçon d'utérus qui restait.

A la demande de M. Jules Guérin, M. Tillaux promit de s'enquérir de ce que deviendraient, chez cette femme, les fonctions menstruelle et génitale, et d'en venir rendre compte à l'Académie. Pour remplir cette promesse, M. Tillaux a suivi cette femme avec la plus grande attention. Depuis l'opération, elle a eu très exactement ses règles tous les mois, avec une légère avance chaque fois; elles ont duré trois ou quatre jours, mais elles ont été un peu moins abondantes qu'avant l'opération.

La femme avait soin de noter sur un calendrier que M. Tillaux lui avait remis *ad hoc*, la date précise et la durée de chaque époque. M. Tillaux s'est assuré, par l'examen au spéculum pratiqué pendant les règles, que le sang provenait du tronçon d'utérus restant et non du vagin. Quant aux fonctions génitales, la femme a déclaré à M. Tillaux qu'elles s'exécutaient mieux que jamais, à tous les points de vue.

Ainsi voilà une femme à laquelle on a enlevé le corps de l'utérus tout entier avec les deux trompes, chez laquelle il n'existe plus aucune communication entre les ovaires et le peu qui reste de la cavité utérine, et chez laquelle cependant la fonction menstruelle continue à se faire avec la plus grande régularité.

D'autre part, M. Tillaux a pratiqué, au mois de novembre dernier, sur une jeune fille de vingt-deux ans, l'ablation des deux ovaires qui étaient malades; or, depuis cette opération, la jeune fille, qui se porte à merveille, a eu très exactement ses règles chaque mois. M. Tillaux ajoute que, précédemment, toutes les fois qu'il a pratiqué la même opération d'ovariotomie double, les règles ont cessé de couler. De ces faits il est permis de conclure que la physiologie de la menstruation, dans ses rapports avec l'ovulation, que l'on considérait comme une question désormais résolue, exige de nouvelles recherches capables de donner la raison de ces faits contradictoires. En attendant, M. Tillaux résume sa communication de la manière suivante : l'ablation de l'utérus, l'indépendance de cet organe d'avec les ovaires, n'empêchent nullement l'accomplissement régulier de la fonction menstruelle; de plus, l'extirpation des deux ovaires n'entraîne pas fatalement comme conséquence la suppression de la menstruation.

M. *Jules Guérin* demande s'il existe dans la science des faits d'extirpation totale de l'utérus avec conservation des règles.

M. *Tillaux* répond que l'ablation de l'utérus en totalité, pratiquée généralement pour des cas de cancer de cet organe, a constamment entraîné la mort des malades. Dans toutes les autres observations d'hystérectomie, il restait toujours un

petit tronçon d'utérus composé de la portion intra-vaginale du col et d'un petit bout de la portion sus-vaginale ; ce petit tronçon a suffi pour l'excrétion du sang menstruel.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE DES JOURNAUX

Antagonisme de la respiration thoracique et de la respiration abdominale, par M. A. Mosso.

Les expériences de Mosso ont été faites sur l'homme : la courbe respiratoire était enregistrée par un tambour à levier ordinaire relié au pneumographe de Marey. La durée de la respiration étant partagée en douze temps, on voit d'après les tracés de Mosso que l'inspiration prend les 9/12 du temps pour l'abdomen, les 10/12 pour le thorax; par conséquent la durée des deux phases inspiratoire et expiratoire est à peu de chose près égale dans la respiration pulmonaire et dans la respiration abdominale. Cependant elles ne coïncident pas entre elles, et la poitrine commence à se dilater un peu de temps avant l'abdomen. C'est ainsi au moins que les choses se passent pendant le sommeil, mais à l'état de veille il n'en est pas de même. La dilatation de la cage thoracique et de la cavité abdominale se fait simultanément ; mais l'inspiration thoracique ne dure que les 2/12 du temps total, alors que l'inspiration abdominale dure les 8/12 de ce même temps qui mesure une respiration complète (inspiration et expiration). Il s'ensuit que l'abdomen continue encore à se dilater alors que le thorax commence déjà son expiration.

La courbe respiratoire du sommeil est tellement distincte de la courbe respiratoire de la veille, que Mosso a pu, par le simple examen du tracé graphique, reconnaître le moment où la personne dont il enregistrait la respiration s'était endormie.

Mosso a aussi pu, sur une personne endormie et en parfaite santé, constater l'existence du phénomène de Cheynes-Stokes. Ce phénomène consiste, comme on le sait, en une pause expiratoire prolongée. Sur une autre personne profondément endormie l'auteur a fait la même constatation. Il n'y a donc pas lieu de faire de cette forme respiratoire un phénomène purement pathologique. Mosso cherchera la cause qui le produit assez souvent pendant ce sommeil.

On admet généralement que l'expiration est suivie d'une pause expiratoire et l'inspiration d'une pause inspiratoire. Mosso n'a pas trouvé cette donnée nettement confirmée chez tous les sujets. On peut du reste remarquer que les tracés offrent entre eux de très grandes dissemblances, ce qui tendrait à démontrer qu'il y a de grandes variations individuelles.

Pendant le sommeil chloralique et pendant le sommeil profond la respiration thoracique augmente beaucoup, tandis que la respiration abdominale est très diminuée.

Si l'on compte le nombre des mouvements respiratoires pendant le sommeil et pendant l'état de veille, on constate que pendant le sommeil il y a une très faible accélération de rhythme (soit 1/16 environ). Ce qui varie énormément c'est la quantité d'air inspiré, qui descend de 7 à 2 litres (par minute). Du reste, cette diminution très prononcée n'a lieu que pendant le sommeil très profond. (*Archivio per el science mediche*, V, II, p. 4, 1879, et *in Rev. des Scienc. méd.*, 1880, fascicule 1er, t. XV, p. 37.)

De l'action des bains sur le cœur, par M. Schott.

Les bains ont été recommandés, en 1872, contre les endocardites récentes, par Beneke, qui pensait que les néoformations de l'endocarde pouvaient être dissociées et résorbées sous l'influence du traitement hydrothérapique. Schott, qui paraît avoir une assez grande expérience de cette méthode de traitement des maladies du cœur, confirme d'une manière générale les bons résultats annoncés, mais les explique d'une manière différente : la cure par les bains devient simplement un tonique de premier ordre pour le muscle cardiaque. Que l'affection soit ou non accompagnée de souffle, c'est à l'élément « dilatation ventriculaire » que s'adresse spécialement l'action tonique, et cet élément ne manque, dit-il, ni dans les lésions valvulaires vraies, ni dans les insuffisances relatives. Il s'agit d'une espèce de gymnastique du cœur, et l'action des bains se rapproche sensiblement de celle de la digitale, Schott employa surtout les bains simplement alcalins ou chargés d'acide carbonique (Nauheim). Mais on peut aussi se servir de bains artificiels, par exemple, 2 à 3 pour 100 de sels alcalins, d'une température de 24 à 26 degrés, de dix à vingt minutes de durée, administrés quotidiennement avec un jour de repos par semaine. (*Berl. klin. Woch.*, n° 26, 1880.)

La fièvre jaune, par MM. Beutner et Montevio.

Les auteurs annoncent avec une certaine solennité que, pour qu'il y ait fièvre jaune, il faut deux facteurs : la prédisposition et l'infection ; et que l'absence de l'un ou de l'autre fournirait probablement une autre maladie — proposition dont la première partie un peu naïve ne sera certainement contestée par personne, et dont la seconde, si nous la comprenons bien, est tout bonnement une monstruosité. Une prédisposition ne peut pas plus qu'une cause infectieuse causer une maladie lorsqu'elle est isolée. Il est vrai que, dans le cas particulier, la prédisposition se trouve être une maladie elle-même, et voici comment dans l'imagination des deux auteurs vont s'échelonner les symptômes de la fièvre jaune.

Au commencement, il y avait de la constipation : c'est la prédisposition en question. « L'intestin étant devenu dès lors moins capable de résistance (on se demande pourquoi), si l'infection par le poison de la fièvre jaune a lieu, le système cérébro-spinal est pris tout d'abord (?) : l'activité réflexe trouve dans l'intestin un lieu propice et y détermine une contraction tonique. » Nous citons textuellement les lignes mises en italique dans l'original pour mieux attirer l'attention. Que va-t-il se passer ensuite ?

« La contraction tonique persistera jusqu'à épuisement de l'élasticité des fibres musculaires... les fèces vont éprouver la transformation putride (ce qui ne saurait tarder plus de trois à cinq jours sous le climat des tropiques...); les produits de la fermentation putride seront résorbés et le malade mourra septicémique : la constipation avec putréfaction des fèces constitue la première période, les symptômes de septicémie la seconde période de l'affection. » Et voilà comme on écrit l'histoire de la fièvre jaune dans une des publications les plus estimées de l'Allemagne! Il est vrai que les auteurs, auxquels il n'a pas été possible de faire une autopsie, craignent que leur théorie ne se soutienne pas devant le siège judiciaire de la critique. (*Berl. klin Woch.*, 1880, n° 28.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, par le docteur Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8 de 169 pages, avec 5 planches. — Paris, 1879. Asselin et Cie.

Placé sur un théâtre des plus favorables à l'étude des affections osseuses du jeune âge, le docteur Lannelongue s'est efforcé d'élucider, faits en main, le problème si délicat et si controversé de l'ostéomyélite. Dans une excellente monogra-

phie publiée dans les *Archives générales de médecine* (1879), le savant chirurgien de Sainte-Eugénie a fait connaître ses idées touchant l'ostéomyélite chronique. Le mémoire que nous analysons est consacré à l'étude de l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. C'est à cet âge, en effet, que les phlegmasies aiguës des os offrent au clinicien et au pathologiste le plus grand intérêt. Des désordres qu'elles occasionnent, désordres lentement réparés, en raison des obstacles mécaniques que la structure anatomique des tissus malades apporte à la guérison complète, dérivent les hyperostoses, les abcès osseux, les fistules, les nécroses immobilisées, effets éloignés de l'affection première. Entre ces accidents morbides, souvent séparés par une longue période de santé parfaite, les rapports sont parfois difficiles à établir, et le déplacement des lésions qu'entraîne l'accroissement normal des parties peut faire méconnaître cette chaîne pathologique, dont une observation attentive vient chaque jour confirmer l'existence.

La théorie dichotomique de Chassaignac, qui sépare absolument les abcès sous-périostiques des inflammations de la masse osseuse; la doctrine de l'école de Strasbourg, qui fait rentrer tous les faits dans la périostite phlegmoneuse aiguë; les opinions peut-être trop exclusives de Klose et de Gosselin, sur le siège épiphysaire de ces phlegmasies, doivent faire place aujourd'hui à une plus large conception pathogénique. Il est actuellement démontré par les recherches de Robin, de Ranvier, de Culot, etc., que toujours la masse osseuse est malade avant le périoste. Cependant, tout en partageant cette opinion, Lannelongue, au terme trop restreint de *médullite*, préfère celui d'*ostéomyélite*, qui répond mieux à la généralisation des lésions dans toutes les parties de l'os. Ici, comme partout, au reste, le mot adopté n'est pas sans importance pratique : car toujours le traitement est en rapport étroit avec les doctrines pathogéniques qu'exprime et que résume la désignation choisie et acceptée. Lannelongue, aux incisions insuffisantes que réclame seules l'abcès sous-périostique, à l'amputation hâtive et par trop radicale qu'entraîne la théorie de la médullite suppurée constante, oppose, comme terme moyen et bien souvent suffisant, la trépanation précoce, qui vide le foyer extérieur en même temps qu'elle ouvre une issue au pus infiltré ou collecté dans l'intérieur du tissu osseux et dans le canal médullaire.

Etablissant ainsi par avance les faits principaux qu'il se propose de démontrer, frappant l'attention du lecteur par l'exposé clair et précis de ses conclusions, Lannelongue aborde alors l'étude des phlegmasies osseuses. C'est l'ostéomyélite des os longs, forme de beaucoup la plus fréquente (95 pour 100), qui fait l'objet des sept premiers chapitres. L'anatomie pathologique nous montre les deux degrés principaux que parcourt l'inflammation : hyperhémie de la moelle et de l'os au début, ramollissement et purulence à la seconde période. L'abcès sous-périostique suit la marche de la phlegmasie profonde, et les parties voisines, cartilage conjugal, cartilages diarthrodiaux, plus tard les articulations, le tissu cellulaire, subissent à leur tour des altérations plus ou moins étendues. Désormais la chaîne pathologique va se dérouler, lente ou rapide, parfois d'une marche continue, ailleurs avec de longues périodes d'arrêt, rarement avec un arrêt définitif par la guérison radicale. En même temps que l'os ancien se mortifie, ici dans ses couches superficielles, là dans toute son épaisseur, périoste et moelle sécrètent un nouvel os raréfié et éburné, incomplet, parfois invaginant le séquestre du vieil os. Alors également se produisent les décollements épiphysaires, la séparation des épiphyses et les fractures spontanées.

Dans le troisième chapitre, Lannelongue décrit avec soin les symptômes locaux et généraux de l'ostéomyélite aiguë; il insiste sur l'importance de l'élément douleur et la nécessité de sa constatation méthodique, sur sa valeur diagnostique, bien supérieure à celle du bourrelet circonférenciel. Il passe successivement en revue les abcès sous-périostiques, les complications articulaires, les formes locales de l'affection, les phlegmasies osseuses secondaires et les complications générales de nature septicémique. Les phénomènes tardifs, le diagnostic, l'étiologie sont étudiés et discutés avec soin. La thérapeutique est le point important du mémoire. Après avoir démontré par les faits que l'incision précoce, hâtive, avec ou sans drainage, est parfois et souvent insuffisante, Lannelongue nous montre les avantages de la trépanation dans les cas limités, dans les cas étendus et jusque dans les cas compliqués d'arthrites suppurées, avant d'en venir à l'amputation du membre. Dans la première phase de l'ostéomyélite, la trépanation constitue, au moins pour le tibia et le fémur, la seule thérapeutique rationnelle. La résection est une ressource précieuse dans l'ostéomyélite épiphysaire et dans le cas d'épuisement du sujet par l'abondance de la suppuration. Enfin, l'amputation doit être le plus souvent retardée, alors seulement elle offre des chances de succès.

L'étude de l'ostéomyélite aiguë des os courts et des os plats conduit Lannelongue à des conclusions identiques. Pour l'inflammation des os courts, l'infiltration diffuse du pus, la rapidité du développement des arthrites suppurées, rendent les incisions insuffisantes et doivent engager à une trépanation hâtive, en réservant la résection et l'amputation comme une dernière ressource. Plus impérieusement encore est l'indication du trépan dans l'ostéomyélite des os plats et spécialement des os du crâne : car il permet seul d'évacuer la collection interne, constamment développée vis-à-vis du foyer purulent extérieur.

Lannelongue termine son excellent mémoire par l'exposition détaillée de vingt-quatre cas personnels. La lecture de ces observations, recueillies avec un soin extrême, ne saurait être trop conseillée. Mieux qu'un exposé doctrinal, elles montrent la valeur de la trépanation hâtive dans l'ostéomyélite aiguë et l'insuffisance des simples incisions. Six planches, dont quatre coloriées, mettent sous les yeux du lecteur les pièces à conviction les plus importantes, et permettent de juger des formes principales des altérations anatomiques de l'ostéomyélite. Si le mérite d'un ouvrage se mesure à l'intérêt qu'il inspire, le savant chirurgien de Sainte-Eugénie doit être heureux de son œuvre. Il sait faire passer dans l'esprit du lecteur la conviction profonde qui l'anime. La valeur de la trépanation hâtive dans l'ostéomyélite aiguë ne peut être mise en doute désormais que par les chirurgiens prévenus.

Dr J. Chauvel.

Index bibliographique.

Étude sur l'ictère grave, par M. le docteur A. Mossé. 1 vol. in-8 de 175 pages. — Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

M. Mossé n'a pas la prétention de faire une monographie de l'ictère grave; son but, il le dit lui-même, est plus modeste : il s'agit simplement de montrer quelles sont les diverses formes cliniques de cette maladie et exposer leur pathogénie d'après les résultats des investigations récentes. Pour atteindre ce but, l'auteur a compulsé avec le plus grand soin tous les travaux publiés depuis quelques années sur l'ictère grave; au résultat de ces recherches, il a joint le résultat de trois observations inédites qu'il a recueillies à l'Hôtel-Dieu. Il admet :

« 1° L'ictère typhoïde ou grave primitif : affection générale à laquelle se joignent d'ordinaire bientôt les effets d'une toxicohémie secondaire d'origine hépatique; il est susceptible de guérir bien plus souvent que l'on ne croit;

» 2° Les ictères graves secondaires : véritable syndrome qui traduit les effets de la désorganisation du foie;

» 3° Les ictères aggravés; ici l'ictère était primitivement catarrhal et bénin, la gravité est due à une condition morbide antérieure spéciale à l'individu;

» Dans ces trois catégories, mais surtout dans la dernière, le rein joue un rôle très important. La transition n'est pas brusque entre ces trois classes; un certain nombre de cas dont la pathogénie est complexe, sert de transition de l'une à l'autre. »

De la pneumonie caséeuse lobaire aigue chez l'adulte, par M. le docteur A. Berthier. In-8 de 48 pages. — Thèse inaugurale, Paris, 1880.

L'auteur constate que la pneumonie caséeuse lobaire aiguë présente au début les caractères classiques d'une pneumonie franche. Elle se manifeste toujours (c'est là une opinion de M. Berthier qui, croyons-nous, est trop absolue) sous forme d'une broncho-pneumonie; celle-ci ne serait pas purement inflammatoire. Il croit que certains phénomènes du début sont déjà une manifestation de la tuberculose. Pour lui, il ne s'agirait jamais d'une pneumonie franche devenant caséeuse. Comme conclusion générale, il avance que « la pneumonie caséeuse lobaire est une broncho-pneumonie tuberculeuse pseudo-lobaire ».

Essais d'urologie clinique. La fièvre typhoïde, par M. le docteur Albert Robin. In-8 de 264 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Des connaissances spéciales et une grande habitude des manipulations chimiques ont permis à M. Albert Robin d'entreprendre des recherches sur les modifications intimes des urines sous les diverses influences mobides. Il y a là une mine encore peu explorée et qui pourra, nous n'en doutons pas, rendre de grands services à la clinique et à la thérapeutique rationnelles. Le mémoire actuel traite de la fièvre typhoïde; il suffit d'y jeter un coup d'œil pour voir quel labeur il a coûté; mais aussi la lecture convaincra rapidement que la connaissance de maints détails de la dothiénentérie en est éclairée. Les recherches personnelles sont très nombreuses, les analyses, les cas particuliers abondent, et la synthèse n'est pas basée sur quelques cas isolés qui, si souvent, par une conclusion prématurée, exposent l'auteur à des erreurs préjudiciables. Ajoutons que M. Robin s'est pénétré de tout ce qui avait été fait avant lui, et que la bibliographie qui accompagne son mémoire est aussi complète que choisie avec discernement. Ce n'est pas que nous voulions dire que le mémoire de M. Robin soit le dernier mot sur ce sujet; il y a encore des lacunes et des résultats à vérifier; mais il est basé sur une bonne méthode, et les travaux de ce genre, s'ils ne défient pas la critique, gardent toujours l'avantage d'une utilité incontestée. Voyons maintenant à quelles conclusions est arrivé l'auteur.

Les divers caractères que présente l'urine dans la fièvre typhoïde sont, d'après M. Robin, susceptibles d'être réunis en syndromes afférents aux diverses périodes et formes de la maladie. Un grand nombre de maladies ont pour caractère commun l'état typhoïde. Quand dans l'une de ces maladies on rencontrera le syndrome urologique type de la fièvre typhoïde, on pourra ajouter ce signe à ceux qui militent en faveur de cette affection et conclure à son existence. L'absence des syndromes de la fièvre typhoïde ne devra pas faire éliminer d'emblée cette maladie; mais elle inspirera des doutes sur son existence, et dans le cas où le diagnostic en serait porté, elle pourra mettre sur la voie d'une complication ou de quelque phénomène anormal. Ces syndromes sont applicables aussi au diagnostic des périodes et des formes de la fièvre typhoïde.

Les caractères des urines viennent en aide au pronostic de la maladie : dans quelques cas, en l'absence de tout symptôme clinique suffisant, ils pourront constituer à eux seuls des signes pronostics (syndromes prémonitoires de la défervescence). La pathogénie de la fièvre typhoïde est éclairée par l'interprétation rationnelle des modifications diverses subies par les urines. La thérapeutique peut bénéficier aussi des résultats de cette interprétation. La médecine vétérinaire et la pathologie comparée peuvent tirer partie de cet ordre de recherches. On voit combien est vaste le cadre entrepris par M. Robin; il est à désirer qu'il ait des imitateurs et que lui-même n'abandonne pas des expériences si largement conçues.

VARIÉTÉS

Le professeur Schutzenberger et le Général-Artz Neubauer.

Les journaux d'Alsace-Lorraine sont pleins du récit d'un incident très regrettable, qui cause à Strasbourg la plus vive émotion, et qu'un journal français ne peut passer sous silence.

Le professeur Schützenberger, qui depuis 1870 vit dans la retraite, estimé et respecté par tous ses concitoyens, a été brutalement bousculé et violemment frappé par un médecin militaire prussien, le General-Artz Neubauer, qui prétendait passer devant lui. C'est à grand'peine et grâce à sa fermeté que M. Schützenberger a pu obtenir de ce fonctionnaire médical quelques mots d'excuse auxquels — c'est un trait de mœurs — il a cru devoir ajouter naïvement ces paroles textuelles : « C'est égal, monsieur le professeur, je suis tout de même content d'avoir fait votre connaissance. » On devine quelle a été la réponse du vénéré doyen du corps médical alsacien. Mais n'est-il pas profondément triste d'avoir à constater qu'un médecin ait pu s'oublier à ce point, et se prévaloir de son grade militaire pour méconnaître ainsi les règles de la confraternité médicale et les devoirs de déférence et de respect qu'imposent des services éminents rendus à la science et à la profession?

Congrès international des sciences médicales.
(7e *session. — Londres*, 1881.)

Nous recevons de Londres la note suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

A la sixième session du Congrès international médical, tenue à Amsterdam, on exprima le désir général que la prochaine réunion eût lieu en Angleterre. Nous avons l'honneur de vous informer qu'un comité d'organisation vient de se constituer, qu'il a désigné Londres comme le siège du Congrès, et qu'il a nommé les comités suivants :

Comité exécutif. — M. le docteur Risdon Bennett, P.R.C.P., F.R.S, *président;* MM. Bowman, F.R.S.; Alfred Carpenter; Andrew Clark; Matthews Duncan; Erichsen, P.R.C.S., F.R.S.; Sir William Gull, Bart., F.R.S; MM. Prescott Hewett, F.R.S.; Luther Holden; Hutchinson; Sir William Jenner, Bart., F.R.S.; MM. Lister, F.R.S.; Mac Cormac; Mac Kellar; Sir James Paget, Bart., F.R.S.; MM. George Pollock; Pitman; Shepherd; Sieveking; Pye-Smith; Sir Henry Thompson; M. H. Weber.

Comité de réception. — M. Prescott Hewett, Esq., F.R.S., *président;* MM. Chepmell; Andrew Clark; Farquharson, M.P.; Cooper Forster; Philip Frank; Grigg; Ernest Hart; Mitchell Henry, F.R.C.S., M.P.; George Johnson, F.R.S.; Sir Trevor Lawrence, Bart., M.R.C.S., M.P.; MM. Lyons, M.P.; John Marshall, F.R.S.; Monro; W. O. Priestley; Owen Rees, F.R.S.; Sir Henry Thompson; MM. A. Vintras; Sharkey, *secrétaire;* S. West, *secrétaire.*

Une réception générale aura lieu le mardi soir, 2 août 1881, et les séances s'ouvriront le mercredi, 3 août, et finiront le 9. Les langues officielles seront le français, l'allemand et l'anglais.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours sera ouvert, le 6 septembre 1880, pour la place de *prosecteur* vacante à la Faculté de médecine de Montpellier. — La durée des fonctions du prosecteur est de trois années; un traitement annuel de 1200 fr. est affecté à ces fonctions. Le registre d'inscription sera clos le 4 septembre 1880.

— *Un concours pour trois places de chefs des travaux pratiques*, savoir : chef de travaux pratiques de physique et de chimie; chef de travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie; chef de travaux pratiques de physiologie, sera ouvert le mercredi 10 novembre 1880, et les inscriptions seront reçues, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 6 novembre. — La durée des fonctions des chefs des travaux pratiques est de six ans; ils entrent immédiatement en exercice.

— *Un concours pour cinq places de chefs de clinique*, savoir : pour la clinique médicale; pour la clinique obstétricale; pour la clinique annexe des maladies des vieillards; pour la clinique annexe des maladies des enfants, et pour la clinique annexe des maladies syphilitiques et cutanées, sera ouvert le mercredi 10 novembre 1880, pour la place de chef de clinique médicale et pour celle de clinique obstétricale; le mercredi 24 novembre 1880, pour les places de chefs de clinique des maladies des vieillards, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et cutanées. Les inscriptions seront reçues, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 6 novembre pour les places de chefs de clinique médicale et obstétricale; et jusqu'au samedi 20 novembre pour les trois places de chefs de clinique annexe. — La durée des fonctions des chefs de clinique est de trois ans; ils entrent en exercice le 1er jan-

vier de l'année qui suit la nomination. Les chefs des cliniques magistrales reçoivent une indemnité annuelle de 1200 francs; les chefs des cliniques annexes reçoivent une indemnité annuelle de 1000 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté ministériel, en date du 17 août, M. le docteur Vannebroucq, professeur de clinique médicale est nommé, pour cinq ans, doyen de la Faculté de médecine de Lille, en remplacement de M. Cazeneuve, nommé doyen honoraire.

EXTERNAT ET INTERNAT. — L'ouverture des concours pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux de Paris aura lieu les mardi 12 et lundi 11 octobre, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3.

Les registres d'inscription resteront ouverts tous les jours, de onze heures à trois heures, du 6 au 30 septembre pour l'externat, et du 4 au 25 septembre pour l'internat.

En raison de l'appel, fixé au 1er novembre prochain, des volontaires d'un an, les candidats à l'externat qui justifieront de leur engagement conditionnel seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Quant aux engagés volontaires qui doivent être libérés le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au même concours, ils seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Barbin, maire de Droué (Loir-et-Cher), vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

HÔTEL-DIEU. — Mme veuve Poulhonnier, plus connue sous le nom de Selim-Bey, qui a donné à l'Hôtel-Dieu un portrait du triste poète Gilbert, vient également de faire un cadeau au même établissement d'un portrait du chirurgien Jobert de Lamballe, par Henri Scheffer.

M. RICORD. — M. Ricord vient d'être atteint d'une plaie au pied, résultat de la maladresse d'un pédicure dont l'instrument avait pénétré dans l'articulation. Il a été un instant question d'amputer une phalange ; mais cette éventualité paraît aujourd'hui écartée.

LES FAUX DIPLÔMES. — Nous avons récemment parlé des faux diplômes de docteur fabriqués aux Etats-Unis, et de l'arrestation d'un certain Buchanan, accusé de les avoir confectionnés et vendus. Le docteur Buchanan a été mis en accusation par le grand jury, et la sentence devait être rendue ces jours derniers; mais l'inculpé, qui avait été laissé en liberté sous caution, s'est, paraît-il, précipité du haut d'un des *ferry-boats* dans la Delaware. On a d'abord cru à un suicide, attendu que l'accusé était sujet à des accès de mélancolie. Mais la police suppose que c'est simplement une supercherie et une tentative de fuite, attendu que le corps du prétendu noyé n'a pas été retrouvé.

NÉCROLOGIE. — Le corps des élèves des hôpitaux de Paris vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. José-Antonio-Francisco *Angulo*, né à San-José (république de Costa-Rica). M. Angulo, externe des hôpitaux, faisait les fonctions d'interne à l'hôpital des Enfants. Il a succombé, le 22 août, à la Maison municipale de santé, victime, comme tant de ses collègues, de son dévouement à l'humanité. Il avait contracté une diphthérie à la suite d'une opération de trachéotomie. M. Angulo n'avait que vingt-cinq ans.

— M. le docteur Maure, ancien deputé et ex-président du Conseil général des Alpes-Maritimes, est mort ces jours derniers à Grasse (Mme Maure, sa femme, était morte quatre heures auparavant). M. le docteur Maure avait été nommé président de la Société locale des Alpes-Maritimes, agrégé à l'Association générale.

— Le corps médical italien vient de perdre en peu de jours trois de ses plus illustres membres, le commandeur Francesco Rizzoli, un des plus savants chirurgiens de l'Europe, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Bologne. Dans son testament, il lègue toute sa fortune, s'élevant à près de six millions, à la municipalité de Bologne, pour achever dans sa magnifique villa de San Michele in Basco un hôpital orthopédique modèle, dont il avait lui-même, de son vivant, tracé le plan, et auquel il avait affecté deux millions de sa fortune pour entreprendre les travaux. La mort ne lui a pas permis de voir son œuvre philanthropique accomplie. (*Nice médical.*)

MORTALITÉ A PARIS (34e semaine, du vendredi 20 au jeudi 26 août 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1048, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 42. — Variole, 35. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 37. — Dysenterie, 4. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 159. — Autres tuberculoses, 56. — Autres affections générales, 117. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 30. — Diarrhée infantile et athrepsie, 176. — Autres maladies locales : aiguës, 69; chroniques, 143; douteuses, 57. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 40. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 34e semaine. — Dans le courant de cette 34e semaine, nous comptons 1048 décès généraux au lieu de 1006 pendant la 33e. On peut dire que c'est presque le *statu quo.* Cependant si nous recherchons quels sont les mouvements offerts par les diverses causes de mort, nous trouvons que les unes se sont un peu aggravées : telle la fièvre typhoïde, qui a déterminé 42 décès au lieu de 36 la semaine précédente; la coqueluche, à laquelle 11 décès sont attribués au lieu de 5; de même 7 décès par *infection* puerpérale (dont 2 dans les hôpitaux), ont été signalés cette semaine au lieu de 3 la semaine avant; enfin, le nombre des morts violentes a doublé, 40 au lieu de 20, etc. Mais aussi d'autres causes de mort se sont atténuées : ainsi les décès par variole ont diminué, 35 au lieu de 41; de même ceux par diphthérie, 37 au lieu de 45; ceux par pneumonie, 30 au lieu de 47, etc. Quoi qu'il en soit, ce sont là, sans doute, des mouvements de peu d'importance pour une si grande ville, et nous estimons qu'il y a lieu de penser que l'état de la santé publique n'a pas notablement changé.

On ne s'étonnera pas de nous voir employer des formes aussi dubitatives, l'imperfection de nos bases d'appréciation l'exige ainsi. En effet, si, comme il convient, on veut apprécier la mortalité des habitants de Paris, en comparant les décès *en chaque grand groupe d'âge* à la population vivante qui les a fournis, on s'aperçoit que si, d'après le bilan mortuaire de la semaine, la mortalité actuelle est un peu moindre pour l'âge de 5 à 15 ans (environ 6,4 décès annuels au lieu de 6,8, et 7 en France), elle est, au contraire, bien plus élevée pour les autres âges, et notamment pour la première enfance de 0 à 1 an (451 au lieu de 338, et 205 en France) et pour celle de 1 à 5 ans (81 au lieu de 53); on constate que la différence est plus importante encore de 15 à 35 ans (environ comme 13 est à 10), et aussi de 35 à 60 ans (environ comme 26 est à 20). Au contraire, la mortalité est moindre pour les vieillards de plus de 60 ans. Mais empressons-nous d'avouer que ces apparences sont peut-être très fallacieuses : car, d'une part, nous ne pouvons prendre pour base de nos rapports que la population recensée en 1876, et il est à peu près certain que les habitants de Paris se sont notablement accrus depuis quatre ans; ensuite les diverses saisons amènent des déplacements temporaires de certains groupes de vivants...

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 9 septembre 1870.

LES TEMPÉRATURES PÉRIPHÉRIQUES ET LEUR MENSURATION.

Lorsque, il y a deux ans, à l'occasion des communications faites à l'Académie de médecine par M. Peter (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1878, p. 597 et suiv.), nous avons été amené à étudier les conditions qui déterminent les variations de la température périphérique et les procédés qui permettent de l'apprécier avec quelque exactitude, nous sommes arrivé aux résultats suivants : 1° Au point de vue du procédé opératoire, il nous a paru démontré que les thermomètres ordinaires, dont on se sert dans nos hôpitaux, ne pouvaient donner une approximation suffisante et que les procédés mis en usage pour mesurer la température à la surface de la peau modifiaient notablement les résultats. Dans un assez grand nombre d'expériences, nous avions, en effet, constaté que le *coefficient individuel* donné par le mode d'application d'un thermomètre ordinaire, pouvait augmenter ou diminuer de 0°,5 à 1 degré, le chiffre thermique obtenu. 2° Recherchant ensuite quelle est la température périphérique que l'on peut considérer comme normale, nous avons cru pouvoir affirmer que cette température, prise au sommet du poumon, variait, chez un individu sain, dans des proportions assez notables ; que, par exemple, on pouvait, alors qu'il n'existait aucune lésion pulmonaire, constater entre les deux sommets une différence de 0 à 1 degré et que la moyenne de ces différences était d'environ 0°,3 (trois dixièmes de degré). 3° Appliquant nos efforts à bien apprécier, chez les tuberculeux, la température de la paroi thoracique, nous avons trouvé que la température périphérique, bien qu'elle semblât toujours plus élevée chez les tuberculeux que chez les individus sains, ne dépassait presque jamais au niveau du thorax la température centrale prise dans l'aisselle et se trouvait souvent dépassée par la température de la paume de la main ou du pli du bras; que cette température était très variable, non seulement chez des individus différents, mais même, à quelques heures d'intervalle, chez le même individu ; qu'il était donc inexact d'affirmer que toujours la température du côté malade était supérieure à celle du côté sain, et qu'il semblait dès lors prématuré de conclure à l'existence de foyers thermogènes échauffant par propagation directe la paroi thoracique. De toutes ces recherches nous avions conclu à la nécessité : 1° de prendre avec la plus grande exactitude les températures périphériques en évitant avec un soin minutieux les causes d'erreur que nous avions reconnues ; 2° de ne se servir, au point de vue diagnostique ou pronostique de la phthisie pulmonaire, que de résultats absolument probants, c'est-à-dire de courbes thermiques analogues à celles que recueillent, dans toutes les maladies, la plupart des médecins, et non d'un chiffre thermométrique pris à la hâte au sommet d'un poumon et *paraissant* indiquer une température supérieure à celle que l'on considère trop arbitrairement comme représentant la température normale et *fixe* du sommet de la paroi thoracique.

Depuis que ces lignes ont été écrites, nous avons fréquemment recherché quelles étaient au sommet du poumon, chez les tuberculeux, les pleurétiques, les cardiaques et surtout les arthritiques et les chlorotiques, les températures périphériques. Nous ne sommes pas encore en mesure de tirer de ces observations personnelles des conclusions bien précises. Mais puisque, dans ces derniers temps, plusieurs

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le service médical de nuit à New-York et à Londres. — Une cause peu connue de mort par submersion après le repas. — Un chirurgien doit-il pratiquer des autopsies ? — Les atrocités des vivisections. — La lèpre est-elle contagieuse ?

Grâce aux efforts du docteur Henri Nachtel, le service médical de nuit, qui a donné déjà de si bons résultats dans la plupart des grandes villes d'Europe, vient de prendre pied en Amérique. New-York sera la première à bénéficier de cette excellente mesure ; mais ce n'est pas sans peine que notre confrère est parvenu à faire adopter par la *législature* de l'Etat un projet de loi ayant pour objet d'organiser ce service, et finalement à obtenir la signature du gouverneur qui donne force de loi à cet acte.

L'organisation du nouveau service est à peu près la même que celle du service qui fonctionne à Paris. « Chaque capitaine de police, dit la *Revue scientifique* du 21 août dernier, sera pourvu d'un registre sur lequel seront inscrits les noms et adresses de tous les médecins réguliers de son district qui en feront la demande, et s'engageront à répondre à tout appel de nuit qui leur sera adressé. Ces noms seront affichés dans la station, près du bureau du capitaine, à portée du public. Lorsqu'un capitaine ou l'officier de service sera avisé que quelqu'un a besoin d'un médecin à une heure quelconque de la nuit, il désignera, d'après la liste, à moins de préférence indiquée, le médecin le plus rapproché de la résidence du malade, et l'enverra requérir par un agent, qui le conduira à l'adresse désignée. »

Un crédit annuel de 75000 francs a été alloué à ce service ; ce chiffre a été établi par le docteur Nachtel d'après les statistiques des services analogues de Berlin et de Paris, mais on pourrait l'augmenter en temps d'épidémie.

Londres, et à plus forte raison toutes les autres villes de

travaux ont été publiés, qui nous paraissent préciser quelques-uns des résultats que nous n'avions fait qu'indiquer, nous croyons intéressant de résumer ces nouvelles recherches et d'appeler l'attention des cliniciens sur une question si difficile à résoudre qu'elle nécessite encore bien des études.

L'insuffisance des thermomètres à cuvette sphérique, cylindrique ou conoïde a été reconnue par tous ceux qui ont apporté quelque précision à la mensuration thermique. C'est ainsi qu'à la Société de biologie (17 juillet 1880, *Gaz. hebd.*, p. 508), M. Redard a fait ressortir l'imperfection de tous ces instruments, voire même du thermomètre employé par M. Voisin pour ses études sur la température cérébrale. M. d'Arsonval (Société de biologie, 17 avril, *Gaz. hebd.*, p. 268) avait déjà fait remarquer que l'on ne pouvait arriver à un résultat vraiment scientifique, c'est-à-dire à une approximation supérieure à un demi-degré, en faisant usage de thermomètres autres que les appareils thermo-électriques. L'appareil imaginé par M. Mortimer Granville (de Londres) et celui qu'a construit, sur les indications de M. Lépine, M. Alvergnat (de Paris) semblent jusqu'à un certain point passibles des reproches adressés par ces observateurs aux thermomètres ordinaires. Pour arriver à fixer, d'une manière irréprochable et à un point de vue rigoureusement physique, les variations physiologiques de la température superficielle des diverses régions du corps, il faut, en effet, se servir d'appareils thermo-électriques. Ces thermomètres seuls permettent de juger les hyperthermies relativement faibles que l'on constate dans certains actes physiologiques. Aussi ont-ils été jugés nécessaires lorsqu'il s'est agi de mesurer la température de la paroi crânienne et d'examiner si l'élévation de température que l'on observe si fréquemment à la région frontale ou à la région occipitale peut être due à un échauffement direct par continuité de tissu, et si elle permet d'affirmer l'existence d'une hyperthermie des couches corticales du cerveau. Il n'en est point toujours de même dans les observations cliniques faites en vue de mesurer la température de la paroi thoracique ; mais, dans ces cas, il serait cependant utile d'avoir, sous le rapport exclusivement physiologique, quelques données précises. En ce qui concerne la thermométrie cérébrale, la question est assez sérieuse et elle a paru assez nettement résolue après les premiers travaux de Broca, pour qu'il nous semble utile d'y revenir encore. On n'a point oublié l'intérêt qu'excita la publication, faite en 1877, d'une note indiquant l'importance de la thermométrie cérébrale dans le diagnostic de la nature et du siège des lésions du cerveau, particulièrement dans l'embolie (*Gaz. hebd.*, 1877, p. 577). Dans ce travail Broca constatait : 1° une différence de température de 1/10 de degré entre le côté droit et le côté gauche de la tête (33°,90 à droite, 34 degrés à gauche) ; 2° une différence plus notable entre les températures frontales, temporales et occipitales,

	Droite.	Gauche.
Température unilatérale frontale......	35°,28	35°,48
Température unilatérale temporale....	33°,72	33°,96
Température unilatérale occipitale.....	32°,92	33°,23

et il en concluait que cette différence « est assez considérable pour qu'on ne puisse considérer comme suffisantes à l'expliquer l'application presque directe du thermomètre pour la plus élevée, l'application médiate pour la moins élevée ». Passant à l'application de cette méthode aux cas cliniques d'embolie cérébrale, Broca constatait que, dans deux observations, la température correspondant au siège de la lésion (c'est-à-dire à gauche) était inférieure à celle de la région correspondante droite. Ces résultats, d'accord avec ceux que Broca constatait vingt ans auparavant sur les températures des membres dont l'artère principale avait été oblitérée par un caillot embolique, l'avaient amené à déclarer que l'étude des températures locales peut éclairer le diagnostic des maladies du cerveau, et qu'il est toujours facile, même à l'aide d'un thermomètre usuel, d'apprécier, sur la peau du crâne, des hyperthermies dues à une congestion des régions sous-jacentes, ou des abaissements de température déterminés par leur anémie. Dans sa communication à l'Académie de médecine (1879, *Bulletin*, p. 1341), M. Broca a été plus loin, trop loin peut-être, en affirmant que la température cérébrale augmentait d'une manière très notable (surtout au niveau de la région frontale) dans les cas de travail intellectuel. Ces conclusions purement physiologiques ont été, en effet, très diversement jugées par tous ceux qui, reproduisant les expériences de Broca, ont fait usage d'appareils perfectionnés. On a pu lire il y a quelques mois (*Gaz. hebd.*, p. 305) l'analyse très complète du travail de M. Lombard. L'appareil thermo-électrique dont il a fait usage est d'une sensibilité extrême et les expériences qu'il a entreprises sont très nombreuses. Or les chiffres qu'il donne diffèrent notablement de ceux qu'a constatés M. Broca ; les comparaisons établies entre le côté droit et le côté gauche du cerveau démontrent que la température est, tantôt plus élevée,

---

l'Angleterre, sont encore dépourvues de toute institution de ce genre ; mais un fait extrêmement regrettable qui vient de se passer dans ce pays me paraît de nature à attirer vivement l'attention des médecins anglais, et à faire avancer un peu plus rapidement la question. Un enfant de treize ans fut frappé à l'épigastre par une voiture ; aucun symptôme fâcheux ne se manifesta sur-le-champ et le blessé put rentrer chez lui ; mais deux jours après sa mère, le trouvant très malade, envoya chercher un médecin ; celui-ci refusa de se déranger avant d'être payé ; la mère, en l'absence de son mari, emprunta alors trois shillings et les envoya au médecin. Lorsque celui-ci arriva, le malade était mort.

Le médecin prétendit qu'on l'avait envoyé chercher par une petite fille qui lui dit que son frère était mourant, et qu'il n'avait pas voulu aller le voir avant d'être payé, parce que maintes fois des personnes de ce quartier l'avaient fait demander dans des circonstances analogues, et avaient refusé de lui donner des honoraires. Du reste, dans le cas présent, il vit le malade un quart d'heure après qu'on l'eut demandé. Un procès fut intenté au médecin, mais l'autopsie démontra que son intervention n'aurait pu nullement empêcher ni même retarder l'issue fatale, puisque celle-ci avait été causée par une rupture de la rate. Tout en blâmant le peu d'humanité que le médecin avait montré dans cette affaire, le président du jury exprima le regret qu'il n'existât aucune mesure qui permît, le cas échéant, de rémunérer l'homme de l'art, afin que celui-ci pût donner ses soins à toute personne indigente qui les réclamerait. Le *British medical Journal*, qui rapporte ce fait, termine son article en faisant des vœux pour qu'on établisse à Londres un service médical fonctionnant comme celui de Paris.

On sait combien il est imprudent et dangereux de se baigner peu de temps après le repas, et les accidents survenus dans ces conditions ne sont plus à compter ; mais on connaît moins pourquoi et comment la mort arrive en pareil cas. Le

tantôt, au contraire, inférieure à droite, enfin que les élévations de température dues à l'émotion et au travail intellectuel sont en général de 5 à 6 *dix-millièmes* de degré ! Si l'on admet l'exactitude de ces chiffres et la précision de la méthode, que faut-il en conclure, sinon que les hyperthermies constatées à l'aide des thermomètres usuels sont dues à une tout autre cause que la congestion des couches corticales du cerveau ? C'est ce que démontrent les recherches de M. François-Franck. Dans une série de communications faites à la Société de biologie et reproduites il y a quelques jours au congrès de Reims (*Gaz. hebd.*, p. 392, 421 et 585), notre collaborateur a étudié, avec le soin et la compétence qu'il sait apporter à ses recherches physiologiques, cette question de l'échauffement des parois du crâne. Ses conclusions sont aussi probantes qu'il est possible de le désirer.

M. François-Franck prouve, en effet, que les régions corticales du cerveau sont moins chaudes que les régions profondes, en raison de la déperdition de la chaleur qui se fait par les téguments ; que la température profonde du cerveau n'est inférieure que de 1 à 2 dixièmes de degré à la température du sang de l'aorte thoracique ; enfin que l'échauffement cérébral, quand il se produit vers la périphérie, dépend surtout de l'élévation de la température des téguments de la tête, c'est-à-dire de l'échauffement de la coque vasculaire qui entoure le cerveau. Abordant ensuite l'étude de la transmission à travers l'os et la peau des variations de la température cérébrale, M. François-Franck prouve que les téguments du crâne opposent une résistance très considérable à la transmission des variations de la température intra-crânienne. C'est ainsi qu'il faut un échauffement intra-crânien de plus de 2 degrés pour percevoir à la surface externe une élévation de température appréciable. Avec un échauffement intra-crânien de 3 degrés on note une élévation superficielle de 1/15 de degré environ. Il résulte de ces expériences que l'élévation de la température périphérique des parois du crâne constatée par MM. Broca, P. Bert et Lombard ne peut être attribuée à l'existence d'un foyer thermogène intracrânien momentanément surchauffé. Il faudrait une élévation de température interne de 2 degrés au moins, faisant donc monter à près de 40 degrés la température des couches corticales du cerveau, pour que l'on pût percevoir sur la peau du crâne un échauffement de 2 à 3 dixièmes de degré. Que dire de la température qui serait nécessaire pour déterminer une élévation thermique superficielle d'un ou de plusieurs degrés? M. François-Franck arrive d'ailleurs à contester absolument l'exactitude des faits annoncés par M. Amidon (de New-York), qui prétendait déterminer, par l'élévation locale de la température, l'existence des régions cérébrales dont le fonctionnement met en jeu l'activité de certains groupes musculaires, et qui seraient plus chaudes au moment où ces muscles entrent en action. Les observations de Broca, P. Bert et Lombard sont plus sérieuses ; car il s'agit de l'échauffement non d'une zone circonscrite, mais d'une étendue considérable de la surface du crâne. Nous verrons dans un instant l'interprétation qu'on en peut donner ; mais nous pouvons, dès à présent, résumer les travaux les plus récents en disant qu'ils démontrent jusqu'à quel point sont prématurées les conclusions déduites, au sujet de la thermométrie cérébrale, d'expériences faites avec les thermomètres usuels.

L. LEREBOULLET.

(*A suivre.*)

La tribune de l'Académie de médecine a été occupée mardi par deux confrères de Lille : M. Desplats, professeur à la Faculté libre de cette ville, a lu un mémoire, qui a été écouté avec une attention particulière, sur l'emploi de l'acide phénique en lavement comme antipyrétique ; l'effet direct et appréciable du médicament serait d'abaisser la température générale. Puis l'Académie a entendu une lecture de M. Ortille sur l'urémie dans ses rapports avec le cancer de l'utérus, travail dont la pensée principale est que la disparition brusque des douleurs est un symptôme prémonitoire de l'urémie.

On trouvera aussi au *compte rendu :* 1° une communication de M. Jules Guérin sur un moyen de traitement de la diarrhée infantile ; 2° une note de M. Vittu, médecin vétérinaire (communiquée par M. Bouley), relative à de petites concrétions de nature encore incertaine, trouvées dans les muscles d'un cheval ; 3° un mémoire de M. Lancereaux, sur le diagnostic différentiel des crises d'absinthisme aigu et des attaques d'épilepsie. La lecture de ce mémoire a été suivie d'un exposé d'observations très intéressantes de M. Dujardin-Beaumetz, concernant des expériences qu'il a entreprises sur des porcs, dans le but d'étudier les effets de l'alcoolisme.

---

docteur Naegli a rapporté deux faits qui nous paraissent de nature à jeter quelque lumière sur ce point.

Deux jeunes gens, l'un de quatorze ans, l'autre de dix-huit, prirent un bain froid presque immédiatement après avoir mangé ; tout à coup ils poussèrent un cri étouffé et disparurent sous l'eau. On alla immédiatement à leur secours : le premier fut retiré au bout de trois ou quatre minutes et le second au bout d'un quart d'heure. Un médecin arriva presque aussitôt. Chez le premier malade le cœur battait encore ; on fit la respiration artificielle, mais sans succès ; alors, sans délai, on eut recours à la trachéotomie ; mais en ouvrant la trachée, au lieu que l'air y entrât, il sortit des aliments liquides par la plaie. Tous les moyens furent alors employés pour retirer par succion les aliments des voies respiratoires ; mais, en dépit de toutes les tentatives, on ne put ramener le sujet à la vie. A l'autopsie, les signes ordinaires de la mort par submersion furent trouvés peu marqués, mais la trachée était injectée de sang rouge, et on trouva des parcelles alimentaires jusque dans les bronchioles du poumon. Dans le second cas, on ne fit pas la trachéotomie, mais à l'autopsie on trouva également des parcelles de nourriture jusque dans les dernières ramifications bronchiques.

L'auteur explique ce fait de la manière suivante : La pression de l'eau sur l'abdomen et les efforts de la natation, qu'il n'est pas rare de voir produire, chez les nageurs, une légère sensation de mal de mer, déterminent des nausées et le vomissement ; de là, perte des forces des sujets, qui s'enfoncent sous l'eau ; les aliments et l'eau pénètrent dans les voies respiratoires et les obstruent ; de telle sorte que, même si on secourt immédiatement les patients, on ne peut les rappeler à la vie.

La question de la pratique des autopsies par les chirurgiens et les accoucheurs a été traitée d'une manière remarquable par le professeur Volkmann. (*Centralblatt für Chir.*, 26 juin.)

Ce chirurgien résout la question par l'affirmative, mais il donne quelques explications à ce sujet. « On peut d'abord se

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Fracture du fémur par effort musculaire, par le docteur E. Vallin, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce.

Nous avons lu, ces jours derniers, dans le *Medical Times and Gazette* de Londres (17 juillet 1880, p. 70), une observation intéressante de M. le docteur Clarence Foster, relative à « *Un cas remarquable de fracture du fémur chez un adulte, par suite d'un effort musculaire soudain et excessif, sans maladie antérieure du système osseux.* » Ce cas nous incite à publier un fait presque identique, qui s'est passé absolument sous nos yeux et qui nous a jusqu'ici paru difficilement explicable.

Voici d'abord le fait signalé par M. le docteur Clarence Foster :

« Dans la soirée du 16 juin, dit-il, je fus appelé pour voir un » gentleman, âgé de cinquante ans, chez qui je constatai une » fracture simple et transverse du fémur gauche au tiers » moyen. — La déformation était énorme comme toujours, » et le diagnostic pouvait se faire à distance. J'appris que le » malade n'avait pas fait de chute ni reçu le moindre coup, » mais qu'en se promenant il avait fait un léger faux pas; » pendant l'effort pour maintenir son équilibre, la contraction » musculaire avait été assez brusque pour amener la fracture » de l'os.

« Ce cas, sans doute, n'est pas unique, mais il nous semble » digne de remarque : Debeaumarchef, Curet, Léveillé, en » ont cité d'analogues, quoique Richerand, avec sa grande autorité, affirme positivement (*Nosographie chirurg.*, 4e édit., » III, p. 12) qu'un os long, quand il est sain, ne peut jamais » être fracturé simplement par la contraction musculaire. » Ici je n'ai eu aucune raison de supposer l'existence d'une » altération quelconque de l'os chez mon malade. »

Voici maintenant le fait que j'ai eu l'occasion d'observer en 1873, à Batna, en Algérie. — J'étais chargé, en l'absence de tout médecin civil dans la localité, de la visite hebdomadaire des filles publiques au dispensaire de salubrité ; chaque examen portait sur quarante femmes environ, dont les deux tiers étaient indigènes. Les femmes, étant toutes examinées au spéculum, montaient, à l'aide d'un escabeau fixe, sur une table élevée de 80 centimètres environ et identique à celle qui sert à cet usage dans les hôpitaux.

Une jeune Arabe, de seize à dix-huit ans, gaie, robuste, bien portante, répondant à l'appel de son nom, se préparait à prendre sa place et se soulevait sur le degré de l'escabeau, quand tout à coup elle poussa un cri, et s'affaissa doucement entre les bras de l'infirmière qui l'aidait à monter. Elle prétendait qu'elle ne pouvait plus soulever la cuisse, qu'elle avait senti un craquement, qu'elle avait la cuisse fracturée. Le fait était si invraisemblable, que je crus tout d'abord à une supercherie, à un prétexte pour éviter l'examen. Je dus me rendre à l'évidence : la cuisse droite était fracturée au-dessous de sa partie moyenne, mais un peu trop haut pour qu'il s'agît simplement d'un décollement d'épiphyse ; la crépitation et la mobilité n'étaient pas très prononcées, mais elles étaient certaines et hors de toute contestation ; tout déplacement de la jambe était impossible.

Presque sans avoir eu besoin de quitter mon siège, je pus, à l'instant même, établir d'une façon précise la façon dont l'accident s'était produit. La femme avait marché sans aucune peine pendant plus d'un quart d'heure pour venir d'un groupe de maisons, dit le *Village nègre*, situé à près de un kilomètre du dispensaire ; quelques minutes avant l'accident, elle causait et se promenait dans la cour avec ses compagnes. Elle n'avait point fait de faux pas en escaladant la table d'examen, devant laquelle je me tenais assis, la regardant se placer. Les degrés avaient la hauteur d'une marche un peu haute, soit environ 30 centimètres, et c'est pendant que l'effort des muscles de la cuisse droite supportait tout le poids du corps, que la fracture avait eu lieu. Il est impossible de réaliser un ensemble de circonstances où un tel accident puisse se passer plus complètement sous les yeux du médecin ; il est évident qu'ici la contraction musculaire et le poids du corps peuvent seuls avoir produit la fracture. Je fis transporter la malade dans mon service à l'hôpital, où, avec l'aide de M. le docteur Dardignac, je posai un appareil. La guérison eut lieu à peu près sans raccourcissement, sans claudication appréciable, dans le délai habituel ; au bout de six semaines cette femme quittait son appareil, au bout de deux mois elle sortait de l'hôpital ; quelques mois plus tard elle avait repris son métier à Biskra, où, lors d'un voyage, je la reconnus se livrant à la danse dans un café public.

Pendant son séjour à l'hôpital, je l'interrogeai et surtout je l'examinai avec le plus grand soin au point de vue des antécédents morbides. Elle n'était ni cancéreuse ni en apparence de souche cancéreuse ; sa mère vivait encore et était d'une bonne santé habituelle. Ma première pensée fut qu'elle était syphilitique, d'autant plus qu'elle appartenait à cette tribu des Ouled-Naïl qui alimente presque exclusivement la prostitution dans toute l'Afrique, et où les jeunes filles de quatorze à vingt ans vont toutes gagner leur dot en se livrant à ce commerce ; c'est une tradition et, chose étrange dans ce pays où l'on garde les femmes avec un soin si jaloux, aucune infamie ne s'attache aux femmes qui, dans leur jeunesse, ont mené ce genre de vie. — Ces femmes ont donc de fréquentes occasions de contracter la syphilis ; je dois avouer cependant que, malgré un examen minutieux et répété bien

---

demander, dit-il, si un chirurgien qui n'est pas un strict *antisepticiste* ne doit pas être quelque peu anxieux lorsque, dans le cours de sa pratique, il vient en contact avec des ulcères, des plaies, des fistules diverses, il touche, directement ou indirectement, des muqueuses sensibles, comme celles de l'œil ou de l'urèthre, ou soumet à l'examen vaginal des femmes enceintes ou accouchées. Et comme il est rare qu'un praticien puisse être certain que pendant le cours d'une journée il peut éviter ces contacts, la question devient simplement celle-ci : un tel chirurgien doit-il pratiquer des autopsies, s'il ne peut s'éloigner pendant un certain temps des malades qu'il pourrait infecter? Car il est de toute évidence que l'agent d'infection ne peut que nuire à une plaie, et que son influence, dans le cas où il siège sur les mains ou les habits du praticien, ne peut être que neutralisée, même chez l'*antisepticiste* qui, avant d'examiner ou d'opérer un patient, se désinfecte avec soin, et ne met en contact avec les tissus que des instruments lavés dans des liquides antiseptiques ou des pièces de pansement imprégnées de substances antiseptiques.

» Ce n'est que depuis 1873 que toutes les complications des plaies ont cessé de se montrer chez les malades de ma clinique. Depuis lors, aucun assistant ni infirmier n'a touché à une plaie, une fistule, une solution de continuité quelconque à la peau, sans s'être au préalable désinfecté. De même, aucune sonde n'a servi à explorer, ou des ciseaux à couper une suture (et cela même dans une plaie exposée, par exemple dans le bec-de-lièvre ou les opérations plastiques de la face) sans avoir été soigneusement nettoyés et désinfectés. Depuis cette époque les phlegmons les plus bénins ont complètement disparu ; et l'érysipèle ne se montre que sous la forme dite spontanée dans les cas d'ozène, de lupus, d'éléphantiasis, de fistule, et encore est-ce très rarement.

» Souvent des chirurgiens étrangers, visitant mes salles et y voyant de nombreux cas d'opération récente sur la face, traités par le pansement ouvert, sans trace de réaction inflammatoire, ont dit que ma clinique devait être tellement phéni-

des fois, je ne trouvai chez la malade ni trace de cicatrices, ni adénopathies, ni exostoses suspectes, ce qui ne prouve nullement qu'elle n'avait pas eu antérieurement la syphilis.

Comme il est difficile d'admettre des accidents tertiaires chez une fille aussi jeune et chez laquelle on ne découvrait aucune autre manifestation, je serais porté à attribuer plutôt cette fragilité anormale des os à une diathèse syphilitique héréditaire. C'est là ce qui me paraît le moins invraisemblable; mais en l'absence de toute autre manifestation de cette diathèse, ce n'est qu'une hypothèse, à laquelle on arrive par exclusion et qui a peu de valeur scientifique. Cette femme, d'ailleurs, n'était ni scorbutique, ni anémique, ni cachectique; elle était bien développée, vigoureuse, bien réglée, elle avait des dents superbes et correctes; elle avait, par ailleurs, tous les attributs d'une santé parfaite. Les urines ont été examinées à plusieurs reprises et elles ne contenaient ni albumine, ni *sucre* surtout: car, après la syphilis, c'est le diabète que j'avais soupçonné, mais à tort, chez la malade.

Ce cas est assurément rare et curieux, mais il est stérile puisqu'il n'a pas été possible de trouver son explication physiologique. L'observation de M. le docteur Clarence Foster en a provoqué la publication; elle fera peut-être surgir dans la littérature médicale d'autres faits du même genre, qui pourraient éclairer cette obscure question de la fragilité primitive des os.

Pathologie externe.

Contribution a l'étude clinique des polyadénomes sudoripares a forme maligne. Observations recueillies à Quito (Equateur), par le docteur D. Domec.

Obs. — Le 21 décembre 1875, je suis appelé en consultation auprès d'une malade nommée Esther N..., âgée de seize ans, pour une tumeur occupant la partie latérale droite de la région dorsale. La jeune malade, quoique jouissant encore d'un embonpoint assez considérable, n'en révèle pas moins une manière d'être tout à fait anormale. Son teint est d'un pâle jaunâtre; toute sa physionomie exprime l'inquiétude et la souffrance. Elle paraît douée d'un tempérament lymphatique. Jusqu'à l'apparition de la maladie actuelle, Esther N... a toujours été bien portante; menstruée dès l'âge de treize ans, sa menstruation n'a cessé d'être régulière que depuis trois mois. Les antécédents héréditaires ne fournissent non plus aucun renseignement positif. Le père, la mère, les frères et les sœurs vivent tous, et en bonne santé. Voici comment on nous raconte l'histoire de la maladie :

Esther se serait, il y a une quinzaine de mois, violemment heurtée contre une grosse clef, et le coup aurait précisément porté sur le point qu'occupe la tumeur. Quelques jours plus tard, ce même point serait devenu le siège de quelques douleurs et en même temps d'une petite induration. La malade n'en dit rien, même à sa mère, de peur qu'on ne l'obligeât à se faire voir à un médecin. La mère s'en aperçoit elle-même un jour, au moment où sa fille sortait du bain. On fait aussitôt appeler un médecin, qui prescrit l'application d'un emplâtre résolutif. A partir de ce moment, l'accroissement de la tumeur devient beaucoup plus rapide, et quelques jours plus tard elle avait, sur presque toute la circonférence, dépassé les limites de l'emplâtre appliqué. On prescrit de nouveaux résolutifs; mais la marche envahissante du mal n'en continue pas moins, et semble même, chaque jour, acquérir un nouveau degré d'intensité. On se décide alors à une opération, à l'ablation de la tumeur, qui occupait alors une superficie plus ou moins égale à la paume de la main, et présentait une couleur violacée avec de petites bosselures à la surface; plusieurs points noirâtres se trouvaient à l'intérieur. Les suites immédiates de l'opération furent très bonnes : l'état général était des plus satisfaisants et la cicatrisation de la plaie marchait rapidement. Mais cette cicatrisation n'était pas plus tôt achevée que, sur un point de la circonférence de la cicatrice, apparaît un point noirâtre, et la tumeur se reproduit à ce niveau. Elle y prend un développement rapide et énorme : dans l'espace de quelques mois elle atteint le volume qu'elle présente actuellement. Pendant tout ce temps les douleurs ont été constantes, mais peu intenses. Elles ont sensiblement augmenté depuis une quinzaine de jours, c'est-à-dire depuis que la tumeur s'est spontanément *ouverte* à son sommet.

L'examen de l'état actuel nous fait constater dans la région déjà indiquée l'existence d'une vaste tumeur hémisphérique du volume d'une tête d'adulte. Son diamètre vertical correspond à peu près à l'angle postérieur des côtes; son diamètre horizontal, à l'angle de l'omoplate. Sa limite interne se trouve séparée tout au plus d'un centimètre de la saillie des apophyses épineuses dorsales; sa limite supérieure atteint la première côte, et sa limite inférieure correspond à l'avant-dernière. La circonférence ne mesure pas moins de 55 centimètres. La partie ulcérée occupe le point le plus saillant, présente une forme circulaire, et mesure environ 12 centimètres de circonférence; elle est couverte d'une bouillie noirâtre. La surface de la tumeur est violacée en certains points, bosselée, et la peau est sillonnée par de grosses veines entrecroisées dans tous les sens, et dont quelques-unes ont le volume de la jugulaire interne. La consistance est variable suivant les points : ici molle et fluctuante, là plus forte et comme charnue. La peau est mobile sur tous les points de la tumeur, excepté au pourtour de la partie ulcérée, et la tumeur elle-même est mobile sur les parties profondes. On ne constate ni battements, ni souffle, ni transparence; la compression ne provoque que des douleurs modérées. Les ganglions axillaires ne présentent aucune altération appréciable; mais le sein droit est le siège d'une induration du volume d'une noix, et offrant les caractères d'un adénome mammaire. Une nouvelle ablation de la tumeur est décidée, et je la pratique le lendemain, aidé de deux confrères.

Une fois le sommeil chloroformique obtenu, la tumeur est circonscrite par une incision circulaire comprenant environ 1 centimètre de peau saine; la base d'implantation est ensuite disséquée, énucléée en certains points. L'opération s'est prolongée plus que nous ne l'aurions supposé, à cause des nombreuses adhérences que la tumeur avait contractées avec les masses musculaires sous-jacentes. Au niveau de tous les points adhérents, les faisceaux musculaires présentaient une coloration noirâtre. Toutes les par-

---

quée que toutes les plaies s'y cicatrisaient facilement; ou bien que ces cas montraient que sans l'emploi des antiseptiques on obtenait d'aussi bons résultats qu'à leur aide. Les deux conclusions sont erronées : car tous ces cas étaient traités aussi strictement que possible par la méthode antiseptique, mais sans le pansement par occlusion de Lister; quant à phéniquer un hôpital, je considère cela comme un mythe. Dans chaque cas, dans tout acte opératoire, avec tout instrument ou pansement, les agents de putréfaction et d'inflammation doivent, dans l'hôpital le mieux désinfecté, être chaque fois anéantis ou neutralisés. Dans ma clinique, cette idée est si bien entrée dans la moelle et le sang des *panseurs*, que je vois avec grand plaisir l'un ou l'autre d'entre eux, dont j'ai pu apprécier l'intelligence et l'attention, nettoyer et désinfecter mécaniquement les ciseaux avec lesquels il coupe l'appareil d'une fracture sous-cutanée.

» La preuve que, sans danger pour nos malades, nous pouvons toucher de nos mains les cadavres, en nous les lavant et désinfectant soigneusement après, est fournie par ma pratique de l'été. Bien que je fasse mon cours de médecine opératoire de six à huit heures du matin, ayant par conséquent les mains en contact avec les humeurs et le sang de cadavres récents ou en putréfaction, et qu'après un court repos je m'occupe d'opérations et de pansements, je constate cependant aussi peu d'accidents pendant l'été que pendant l'hiver. La désinfection que je pratique dans l'amphithéâtre où je fais mon cours, et que je répète avant et après chaque examen à la clinique, s'est montrée tout à fait satisfaisante. L'acide phénique est exclusivement employé; nous avons toujours à notre portée à la salle d'autopsie une solution de glycérine concentrée, comme celle qui nous sert à préparer les différentes solutions employées à la clinique. On met dans l'eau dont on se lave la quantité de cette solution nécessaire pour faire une solution à 5 pour 100.

» Je regarde comme superflu de changer de linge entre les leçons à la salle d'autopsie et la clinique. Pour les opérations

ties suspectes ont été successivement enlevées. Nous avons cru cependant, pour plus de précautions et à cause de la récidive antérieure, devoir faire suivre l'ablation de la tumeur d'une cautérisation au fer rouge, pratiquée sur toute la superficie saignante. L'hémorrhagie a été peu considérable : aucune ligature d'artère n'a dû être faite. On ne pouvait, avec une telle perte de substance, encore augmentée par la rétraction de la peau sur toute la circonférence de la plaie, songer à réunir les bords au moyen d'une suture. Nous appliquons un pansement plat, phéniqué, et nous procédons à l'examen macroscopique de la tumeur.

Chaque bosselure de la surface correspond à un lobe de la tumeur parfaitement circonscrit et comme contenu dans une bourse séreuse. En pratiquant des coupes, on voit que tout l'intérieur de la masse est parcouru par des tractus celluleux plus ou moins résistants et formant une série de compartiments. La substance de la tumeur est d'un blanc jaunâtre; on trouve un certain nombre de points ecchymotiques et aussi quelques foyers hémorrhagiques. Nous découvrons, en outre, deux kystes sanguins du volume d'une grosse amande. La consistance est très variable : dans certains points c'est du tissu lardacé, dans d'autres c'est du tissu qui, à la moindre compression, se réduit en bouillie. Le liquide exprimé est un liquide séreux plus ou moins sanguinolent.

L'examen microscopique a révélé les particularités suivantes : le produit du grattage, exercé au moyen d'un scalpel sur divers points de la tumeur et déposé sur le champ du microscope apparaît presque exclusivement composé de petites cellules arrondies, dont les dimensions ne sont guère supérieures à celles des globules sanguins, qui s'y trouvent mélangés en nombre plus ou moins considérable, suivant les points que l'on examine. Chacune des cellules contient un noyau sphérique, renfermant lui-même un nucléole. Quelques jours après, des coupes sont pratiquées sur le tissu préalablement durci de la tumeur et soumises à l'examen. Ici encore on trouve en très grand nombre les cellules arrondies déjà signalées. On constate aussi une quantité considérable de granulations graisseuses et de granulations pigmentaires. Enfin un troisième examen est fait qui révèle, outre les mêmes détails que dans les deux examens précédents, l'existence de quelques culs-de-sac tapissés par une couche de cellules à noyau, ovoïdes, quelques-unes hexagonales et régulièrement disposées. On aperçoit aussi des fibres de tissu conjonctif, des fibres élastiques, mais en très petit nombre, et on peut dire que le tissu de la tumeur est essentiellement cellulaire.

Pendant le premier mois qui suit l'opération, l'immense plaie a constamment présenté un très bon aspect; des granulations de bonne nature n'ont pas tardé à en recouvrir toute la surface, et la cicatrisation a fait chaque jour de sensibles progrès. Au bout de ce temps, et au moment où la cicatrice recouvrait déjà les trois quarts de la plaie, un point noirâtre apparaît sur un des points de la circonférence non encore cicatrisée. Le jour suivant, on en aperçoit un autre à côté, et au niveau de chacun une induration facilement appréciable. Ces deux points sont excisés, en comprenant dans l'excision une certaine quantité de parties en apparence saines. La cicatrisation continue à bien marcher, et elle était complète deux mois après l'opération. La débilité, l'aspect cachectique avaient fait place à un état général excellent, et nous crûmes un instant que cette jeune existence n'était plus sérieusement menacée par ces productions néoplasiques. Un mois se passe tout allant bien, après lequel la tumeur recommence à se reproduire sur le pourtour de la cicatrice. Cette fois l'accroissement est encore plus rapide, et lorsque, au 25 février 1876, j'ai été prié de voir la malade, la tumeur avait déjà le volume d'un œuf de poule. En même temps s'était manifestée une série d'autres phénomènes aggravant singulièrement la situation. La malade avait de nouveau un aspect cachectique des plus prononcés : teint jaunâtre, amaigrissement. Les deux régions axillaires étaient devenues le siège d'un engorgement ganglionnaire considérable donnant lieu à des douleurs lancinantes. Les jours suivants, l'engorgement devient de plus en plus volumineux; l'induration mammaire, déjà signalée, prend de plus grandes proportions; deux indurations analogues apparaissent dans le sein du côté opposé; d'autres noyaux indurés ne tardent pas à se montrer dans la région cervicale et dans la région inguinale. Chacune de ces tumeurs augmente à vue d'œil, pendant que la tumeur du dos s'accroît elle-même avec tant de rapidité que, deux mois après sa seconde reproduction, elle avait de nouveau le volume d'une tête d'enfant. Au niveau des deux fosses iliaques et des deux hypochondres on perçoit tous les phénomènes pouvant faire admettre l'existence de tumeurs profondes. Des névralgies dentaires atroces ne pouvant nullement s'expliquer par l'état de la dentition, d'horribles douleurs dans tout le membre abdominal droit, légèrement œdématié, viennent encore charger le sinistre tableau; plusieurs tumeurs s'ulcèrent, la cachexie s'accentue chaque jour davantage, et la malade succombe dans un état de marasme extrême.

L'autopsie n'a pu être faite.

L'intérêt de cette observation sera immédiatement saisi par tous ceux qui sont au courant de l'état de nos connaissances sur la question des polyadénomes sudoripares à forme maligne. Nous possédons déjà plusieurs cas de polyadénomes sudoripares observés par Verneuil, Hénocque, Souchon et Christos; mais nous manquons de cas analogues à celui dont il est ici question, c'est-à-dire de cas qui se soient manifestés sous une forme aussi grave. « Les polyadénomes sudoripares peuvent-ils se généraliser? se demande Broca. Présentée sous cette forme, la question devrait, d'après les faits connus, être résolue par la négative; car la généralisation est la production de tumeurs multiples de même nature que la tumeur primitive, sans connexion avec elle, et développées à la faveur d'une infection générale. Or, on n'a jamais vu de polyadénomes multiples se développer dans les viscères à la suite d'une infection produite par un polyadénome. » Notre observation était peut-être destinée à contredire cette affirmation de Broca, si l'autopsie avait pu être pratiquée.

---

sur le vivant et l'application des pansements, mes assistants et moi mettons des blouses de toile blanche; j'en change même trois ou quatre fois dans une matinée. Les vieux habits, que beaucoup de chirurgiens mettent pour les opérations, me paraissent absolument inadmissibles, et les manches et tabliers imperméables me semblent convenir assez mal.

» Comme on le sait, certains gynécologistes n'acceptent comme aides ou spectateurs à leurs laparotomies que les personnes qui leur assurent n'avoir depuis plusieurs jours pratiqué aucune autopsie, pansé de plaie donnant issue à un pus putride, ni visité de malade atteinte de fièvre puerpérale. C'est pousser trop loin les précautions. S'assurer par soi-même que ces personnes se sont soigneusement désinfectées dans une chambre voisine et ont revêtu des vêtements de toile récemment lavés, vaudrait beaucoup mieux que toutes les affirmations et *paroles d'honneur*. D'ailleurs, il serait bien gênant pour nous autres chirurgiens de ne pouvoir nous débarrasser par un nettoyage attentif de tous germes septiques et agents morbides; car nous ne pouvons toujours éviter, le jour même où nous avons opéré un phlegmon diffus septique ou pansé quelque plaie putride, de pratiquer une opération sur un organe particulièrement sensible aux germes morbides, ou de panser une plaie récente de cet organe. Qu'arriverait-il, si une désinfection attentive et rapide était impossible? Nous serions obligés d'établir des salles spéciales et d'avoir des aides spéciaux pour tous les malades dont les plaies n'auraient pas un caractère aseptique bien tranché. Telle serait la conséquence nécessaire.

» Lorsque je commençai à essayer la méthode antiseptique dans le pansement des plaies, et, comme il n'en pouvait être autrement avec une méthode si délicate, n'obtenant pas d'abord les résultats que j'ai eus depuis, je tombai dans une grande anxiété au sujet du point dont je viens de parler. Les patients atteints de plaies sales et de suppuration putride furent isolés et pansés les derniers, et le professeur Ranke, alors mon assistant, prenait invariablement, lorsqu'il avait de

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès de l'Association médicale britannique tenu à Cambridge le 10 août 1880, sous la présidence de M. le docteur Humphry.

(Suite. — Voyez le numéro 36.)

Travaux des sections.

Après la lecture des adresses en assemblée générale, le Congrès a entendu les rapports des comités sur les questions d'intérêt professionnel mises à l'ordre du jour dans la réunion précédente à Dublin. Puis les travaux scientifiques proprement dits ont commencé. L'Association est divisée en sept sections : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, physiologie, pathologie (anatomie pathologique et pathologie générale), ophthalmologie et subsection d'otologie.

L'espace nous manque pour analyser les allocutions prononcées à l'ouverture des travaux de ces diverses sections, dont nous avons nommé, dans le dernier numéro, les présidents. Dans la section de chirurgie, M. Sovary a parlé des diathèses envisagées surtout dans leurs rapports avec les opérations, question devenue classique, sinon résolue chez nous, depuis les travaux du professeur Verneuil et de ses élèves. M. Playfair a présenté à la section d'obstétrique un certain nombre d'observations pratiques sur l'enseignement de cette science. M. Crichton Browne s'est occupé dans la section de médecine mentale de la circonscription des affections psychiques ; il a jeté un coup d'œil sur leurs formes prédominantes dans les temps modernes. Enfin, l'adresse de M. Acland renferme de curieux détails sur l'organisation de la médecine publique en Angleterre et les *desiderata* qu'elle présente. Peut-être ne serait-il pas sans avantage de faire distribuer aux membres du Conseil supérieur de l'instruction publique une traduction imprimée de l'adresse de M. Playfair, et populariser par le même procédé celle de M. Acland dans les bureaux du ministère de l'intérieur.

Nous ne pouvons malheureusement passer en revue chacun de ces discours, nous allons nous borner à donner un résumé plus que succinct des travaux des sections, en insistant surtout sur la première (médecine).

Ils peuvent fournir la matière de quatre paragraphes : pathologie générale, maladies du système nerveux, des poumons et du rein.

Un mémoire du docteur Rabagliati, de Bradford, serait digne d'une longue analyse. C'est une tentative de classification nosologique, dont les bases reposent sur la durée des maladies et la marche de la température. L'auteur appelle oligo- ou brachychroniques celles qui ne dépassent pas 28 jours. Il y a des maladies légères dans lesquelles le thermomètre ne monte pas au delà de 37°,7 ; des maladies *subaiguës* (T. variant de 37°,7 à 38°,9) ; on a affaire à l'état *aigu* proprement dit lorsque ce dernier chiffre est dépassé. Il faut également tenir compte des causes : certaines affections ont pour origine une substance inorganique comme l'air ou l'eau, d'autres une matière organique. Les causes de premier ordre ne produisent que des inflammations simples.

Les matières morbigènes peuvent présenter des différences plus ou moins marquées. Tantôt, c'est un germe véritable, capable de donner naissance à une maladie parasitaire ; tantôt, un élément plus subtil et moins connu, comme le contagium du typhus et de la variole. L'auteur passe en revue un certain nombre d'affections et s'efforce de les faire rentrer dans son système.

Cette communication est à peu près la seule importante qui ait été faite sur les affections générales. Mentionnons toutefois une simple indication du docteur A. Collie, de Homerton, sur la période d'incubation de la fièvre typhoïde, et une revue rétrospective du docteur J. F. Payner à propos de la peste de Vietlianka.

Voyons maintenant les discussions relatives aux affections du système nerveux, les plus longues et les plus importantes de toutes.

Le docteur Bowles de Folkestone attribue le stertor qui suit l'attaque d'apoplexie à l'accumulation des liquides dans le pharynx. Cette condition suffirait à elle seule pour tuer les malades, il faut de toute nécessité leur donner une position qui permette de l'éviter.

Les docteurs Allen Sturges, Mac Call Anderson, Brown-Séquard et David Ferrier ont rapporté des observations d'un certain nombre de phénomènes d'origine cérébrale qu'ils ont discutés au point de vue de leur siège et de leur mécanisme. D'après Sturges, l'hémianesthésie générale et spéciale est rare dans les affections organiques du cerveau. Lorsqu'on l'a rencontrée et qu'on a pu faire l'examen nécroscopique, on a trouvé des désordres constants à l'extrémité postérieure de la capsule interne. Il serait théoriquement possible qu'une lésion intéressant les corps quadrijumeaux et la partie postérieure de la capsule produisît l'amaurose d'un côté et l'hémiopie de l'autre avec l'hémianesthésie ; il peut arriver qu'un des corps quadrijumeaux seul soit détruit, et que l'autre ne soit affecté qu'au moment de l'insultus ; dans ce cas, une partie des phénomènes est temporaire ; l'auteur en a vu un exemple. Une personne eut une attaque apoplectique accompagnée d'un bruit violent dans l'oreille droite, d'une parésie du bras et d'une cécité complète. Elle conserva une amaurose absolue à droite et de l'hémiopie du côté gauche (moitié droite du champ visuel de ce côté perdue).

Le docteur Carter, de Liverpool, ne croit pas que la localisation de l'hémianesthésie soit susceptible du degré de précision que lui assigne A. Sturges. Il a eu l'occasion de faire récemment l'autopsie d'une personne qui, pendant la vie, avait eu à la suite d'une attaque d'apoplexie de l'anesthésie bilatérale et plus tard des crises épileptiformes. Il trouva un gros kyste dans l'épaisseur des circonvolutions du côté droit, mais il n'y avait absolument rien ni dans la circonvolution de l'hippocampe ni dans la capsule interne.

M. David Ferrier, après avoir passé en revue de nouvelles recherches sur les rapports entre certaines altérations de la vue et les lésions cérébrales, faites par lui et le professeur Gerald Yeo, déclare que l'existence d'un centre visuel distinct est probable, mais que jusqu'à ce jour elle n'a point été suffisamment démontrée. Chez le singe, ce centre se trouverait dans la circonvolution angulaire et le lobe occipital. Il faut que ces portions de l'encéphale soient entièrement détruites des deux côtés pour produire une cécité complète. L'hémiopie causée par des lésions subcorticales de la région occipitale aurait pour cause une lésion des fibres médullaires radiées venant de la circonvolution angulaire et

---

ces cas, un bain et changeait tout son linge de corps. Maintenant les seuls malades isolés sont ceux qui sont atteints d'érysipèle, de diphthérie et d'affections semblables. Toutefois, dans une clinique où il y a fort à faire, comme dans la nôtre, il est nécessaire d'établir certaines règles, afin de rendre les erreurs ou les fautes aussi rares que possible. Si, comme c'est en général le cas, plusieurs opérations doivent être pratiquées l'une après l'autre, il faut commencer par celles pour lesquelles les chances d'infection sont les plus grandes, et opérer en dernier lieu les patients atteints d'affections septiques. Ainsi, par exemple, j'ouvre d'abord le péritoine ; puis j'extrais un corps étranger du genou ; puis je résèque des jointures fongueuses, et enfin j'incise un phlegmon diffus ; j'agis de même dans les pansements.

» Autre question : Un accoucheur doit-il permettre à des étudiants et des jeunes docteurs, qui quelques heures auparavant ont travaillé sur des cadavres ou dans un musée anatomique, de pratiquer le toucher vaginal chez les femmes enceintes ou en couches ? Certainement non, s'il n'est pas en mesure de s'assurer quand et comment ils se sont désinfectés, et à moins qu'ils n'aient changé ou quitté leurs vêtements. »

Nous n'ajouterons qu'un mot, pour exprimer tout notre désir que les sages conseils donnés par M. Volkmann soient lus et médités par les chirurgiens des hôpitaux qui ne se sont pas encore ralliés à la doctrine septicémique et à la méthode antiseptique, et dont les salles sont en quelque sorte le dernier refuge de l'érysipèle, de la pyohémie, des phlegmons, qui ont disparu des services de leurs confrères mieux avisés.

On sait les difficultés qu'une certaine classe de la population anglaise a essayé d'opposer aux vivisections. Pour cette raison il est curieux de savoir que pendant l'année 1879 le nombre des vivisections en Angleterre a été de deux cent soixante-dix, parmi lesquelles vingt-cinq environ se sont ac-

du lobe occipital. Il paraîtrait que dans les cas d'hémiopie d'origine cérébrale, il se fait une amélioration progressive.

Le docteur J. Moorhead, de Weymouth, a rapporté une observation d'hémiplégie avec aphasie ,intéressante surtout par les circonstances eoneomitantes. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, goutteux, qui fut pris brusquement d'aphasie sans autre phénomène; au bout de quarante-huit heures, il recouvra la parole; depuis lors, plusieurs autres attaques d'aphasie; la dernière fut accompagnée de parésie du bras droit. Enfin, le 16 mars dernier, hémiplégie droite brusque avec aphasie; plus tard, convulsions bilatérales et perte de connaissance. Tout a disparu sans laisser de traces. L'auteur croit que ces symptômes dépendaient de lésions vasculaires d'origine goutteuse, limitées d'abord à la eireonvolution de Broca et qui se seraient ultérieurement étendues.

Dans un cas de ramollissement de la protubérance, le docteur Goodbrige, de Bath, a fait d'intéressantes observations thermométriques. La température, d'abord normale, monta à 39°,4, trente-six heures après l'attaque d'apoplexie; il y eut une accélération eorrespondante du pouls et de la respiration; l'élévation thermique fut graduelle et constante: elle atteignit 41°,5; on trouva de plus de la glycosurie et une paralysie de la huitième et de la neuvième paire. L'intelligence resta intacte jusqu'à la fin. Il y avait un ramollissement de la moitié gauche du pont de Varole ayant pour origine des lésions athéromateuses du tronc basilaire et de ses branches.

Ce fait peut être rapproché d'un autre, rapporté dans la section de psychiatrie par le docteur J. Miekle. La respiration cessa presque immédiatement après l'attaque d'apoplexie; la respiration artificielle fut faite sans succès, et la mort eut lieu en quelques minutes : il y avait un foyer d'hémorrhagie assez étendu intéressant la protubérance et le bulbe.

Les troubles mentaux d'origine syphilitique ont fait l'objet d'une étude intéressante du docteur Drysdale: on trouverait quelquefois de la démence, de la mélancolie, de la manie, mais il n'y aurait jamais de paralysie générale. Parfois, les désordres intellectuels arrivent de bonne heure; les symptômes de caractère dépressif sont les plus fréquents. L'auteur en rapporte des exemples. Il a vu la manie aiguë à la période éruptive de la syphilis.

Les névroses, et en particulier l'hystérie, ont fait l'objet d'une discussion très longue et très intéressante, dont il serait malheureusement difficile de donner une idée exacte autrement qu'en la reproduisant *in extenso;* le point de départ a été une excellente étude du docteur Bristowe sur les anesthésies hystériques. Il a passé en revue leurs earactères, leur diagnostic, leur traitement par la métallothérapie. Le docteur Matthews Duncan est extrêmement défiant en ce qui concerne les études eontemporaines dans ce sens. Dans les beaux jours du mesmérisme on produisait artificiellement, dans un but de thérapeutique ou d'amusement, l'anesthésie, la contracture et la catalepsie. Même alors la bonne foi des malades et des médecins ne pouvait être mise en doute. Il hésite également à propos du rôle que l'on fait jouer aux ovaires. Dernièrement il a observé trois cas. Dans l'un il y avait de l'hémianesthésie avec contracture; dans l'autre, de l'hystéro-épilepsie, et dans le troisième de la catalepsie. Chez aucune des malades ces phénomènes ovariques n'existèrent. Le docteur Eade (de Norwich) croit au contraire à l'influence des ovaires Si l'on considère, dit-il, qu'il existe surtout chez la femme une relation indiscutable entre les facultés émotives et l'état des organes sexuels, il est facile de comprendre qu'il y a deux espèces de cas dans lesquels les symptômes ovariens peuvent se manifester.

D'après Gowers, si les phénomènes décrits par le professeur Charcot n'ont pas été observés d'une manière constante en Angleterre, cela tient à ce que l'hystérie n'a pas généralement dans ce pays le même aspect qu'en France; cependant il a constaté la sensibilité pré-ovarienne dans la moitié des cas au moins. M. Hughes Bennett a répété à peu près toutes les expériences de M. Charcot, et il est arrivé exactement aux mêmes résultats que lui. Des observations venant tantôt confirmer et tantôt contredire les données de Bristowe ont été rapportées par MM. Moore (de Dublin), Thomas Barlow (anesthésie hystérique chez les enfants), Mac Call Anderson, Wade (de Birmingham), d'après lequel Briquet aurait décrit, le premier, en 1851, l'anesthésie dans l'hystérie, etc.

L'épilepsie a fait le sujet d'une communication du docteur Thomas Buzzard. Les premiers faits sur lesquels il s'appuie, remontent à l'année 1868. Il fit quatre fois l'application d'une bande circulaire de vésicatoire autour d'un bras dans lequel se manifestait une aura épileptique. Dans un cas ces phénomènes passèrent du bras droit à la jambe gauche, dans un autre ils cessèrent, dans un troisième une sensation de pesanteur passa du poignet gauche au poignet droit. Il croit que le transfert d'un certain nombre d'accidents nerveux d'un côté à un autre, démontre que l'on peut parfaitement réagir sur les centres par le moyen d'excitations cutanées.

La chorée paralytique, décrite par Gowers, est tout simplement une chorée ordinaire dont le phénomène prédominant est l'affaiblissement musculaire. Le bras est presque toujours affecté de préférence : la faiblesse peut être très marquée. Il n'y a rien de semblable du côté de la face et des membres inférieurs. Parfois cet état dure un certain temps, puis les mouvements choréiques se montrent; il est possible qu'ils n'existent point du côté paralysé. Toutes les fois qu'un enfant de sept à quinze ans présente un affaiblissement marqué d'un des membres supérieurs et que rien ne l'explique, c'est à la chorée qu'il faut penser lors même qu'il n'y aurait pas de mouvements eonvulsifs.

Les eommuuications relatives aux affections de l'appareil respiratoire, plus brèves et moins diseutées que les précédentes, sont néanmoins très intéressantes : M. Reginald E. Thompson a étudié sous ce titre : *Les effets pathologiques de l'inspiration*, un point de pathologie dont il est rarement question dans les livres. Sous l'influence de eet acte une substance se trouvant en un point quelconque de l'arbre aérien peut être transportée ailleurs. Ainsi dans des cas d'hémoptysie on rencontre parfois du sang dans des bronches très éloignées du foyer primitif. Dans les cas qui ne sont pas mortels, ce sang est transformé en caillots fibrineux et peut rester des années sans altération, d'autres fois il se ramollit et donne lieu aux phénomènes ordinaires de la phthisie. (C'est comme on le voit l'ancienne théorie de la *phthisis ab hæmoptoe*).

Le docteur Octavius Sturge signale la confusion qui règne à propos de la nomenclature d'un certain nombre d'affections du poumon. Il propose d'appeler pneumonie, sans qualification, la

---

compagnées de quelque douleur, dit le rapport. De ces vingt-cinq, il y eut quinze cas dans lesquels une maladie fut provoquée par l'inoculation de substances infectieuses, mais on ne pratiqua pas d'opération douloureuse; dans les dix autres on fit sur des grenouilles des expériences qui nécessitèrent une incision de la peau pour l'introduction d'une substance médicamenteuse. Le *New-York medical Record* rappelle à ce propos qu'il y a quelques années, l'*Association internationale pour la suppression totale des vivisections* se réunit dans le but de s'efforcer de mettre fin aux atrocités sus-mentionnées. L'auteur de l'article raille agréablement, et justement d'ailleurs, les promoteurs de cette sorte de ligue : les comtes, chevaliers, marquis, etc., qui passent l'hiver à courre le renard jusqu'à perdre haleine, et qui, après l'avoir forcé, émettent et discutent divers projets pour le perfectionnement de leur art. Certes, il est beau de penser combien les souffrances de dix grenouilles peuvent éveiller de sensibilité!

Les journaux anglais nous donnent, sur la lèpre aux îles Sandwich, des détails intéressants et dont quelques-uns confirment l'opinion des auteurs qui soutiennent que la lèpre est contagieuse. Le rapport du Conseil de santé d'Honolulu nous apprend que l'hôpital des lépreux, situé dans l'île de Molokaï, contenait six cent quatre-vingt-quatre patients au 31 mars 1880, dont trois étaient enfants de lépreux, et âgés de moins d'un an. Il y avait quatre cent vingt-quatre hommes et deux cent soixante femmes. La plus grande partie des lépreux sont traités comme malades externes, et on a constaté qu'un grand nombre reste mélangé à la population dans les autres îles. La mortalité moyenne parmi les lépreux dans l'établissement de Molokaï a été de près de cinquante-huit pour mille par an. Le docteur N. B. Emerson, médecin de l'établissement, dit qu'à l'approche de la saison froide et humide, en novembre, il y a une aggravation générale des symptômes chez les lépreux, avec de nouvelles éruptions, des frissons et une fièvre à caractère intermittent. Le docteur Emerson conclut que les

pneumonie lobaire franche, et pneumonite (pneumonic) la pneumonie lobulaire. Pour les pneumonies secondaires aboutissant plus ou moins rapidement à la phthisie, il recommande les deux expressions de catarrhe alvéolaire et de phthisie fibroïde, suivant les symptômes les plus frappants. Au lieu de pneumonie hypostatique, il veut qu'on dise simplement induration pulmonaire. MM. Mac Call Anderson, Goodchild (de Bordighera), Turnbull, Carter et Baar (de Liverpool), Totherick (de Valverhampton), se sont occupés des diverses formes de la phthisie aiguë et de son traitement. Pour M. Mac Call Anderson, elle se présenterait sous trois aspects anatomiques :

1° Comme une tuberculose pulmonaire aiguë.

2° Comme une phthisie pneumonique aiguë simple.

3° Comme phthisie pneumonique compliquée tardivement de tuberculisation miliaire. La troisième forme ne peut être distinguée de la seconde pendant la vie. On peut seulement la soupçonner quand les phénomènes généraux sont hors de proportion avec les lésions révélées par l'auscultation. Dans beaucoup de cas il aurait obtenu d'excellents résultats par le traitement suivant : nourriture bien choisie ; stimulants en petite quantité ; tous les soirs injection sous-cutanée d'atropine ; 1/2 millig. à 1 milligr. fébrifuges ; sachets de glace sur le ventre ; 60 centigrammes à 2 grammes de quinine en une seule dose journalière ; une des pilules suivantes :

Quinine	6	centigrammes
Extrait de digitale	3	—
Extrait d'opium	5	—

toutes les quatre heures.

Le docteur Turnbull dit qu'on trouve assez souvent à l'autopsie de phthisiques ayant succombé dans le cours d'une poussée aiguë, des dépôts crétacés, des foyers de tuberculose miliaire qui semblent récents et une congestion très étendue. Pour lui ces cas surtout peuvent guérir. La transformation d'un premier foyer indique une marche lente et la possibilité d'un arrêt.

Nous n'avons pas à insister sur la communication de M. William Macet, relativement à l'influence de l'altitude sur la marche des affections du poumon.

En revanche, le mémoire de M. Reginald E. Thompson sur la syphilis de cet organe, mériterait mieux qu'une mention. Il est basé sur soixante observations très intéressantes. Dans tous ces cas, les accidents pulmonaires arrivaient chez des individus atteints manifestement de cachexie syphilitique ; dans tous, ils furent guéris par un traitement spécifique. Voici les symptômes le plus fréquemment observés : matité à la percussion, murmure vésiculaire rappelant le bruit du papier froissé, bronchophonie, dyspnée intense surtout après les exercices. Dans aucun cas, rien n'indiquait un processus destructeur en voie d'évolution comme dans la phthisie. L'auteur n'a fait qu'une seule autopsie, et encore le malade est-il mort par une cause étrangère à son affection du poumon.

T.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 AOUT 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

D'UN MODE PARTICULIER D'ASPHYXIE DANS L'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE. Note de M. *Ch. Richet*. — Un chien empoisonné par la strychnine subit une asphyxie dépendant de deux causes : premièrement de la contracture des muscles respirateurs tétanisés, en second lieu de l'épuisement des centres nerveux de la respiration. C'est à cette asphyxie primitive que remédie d'abord la respiration artificielle.

Mais il est une autre asphyxie qui n'a peut-être pas encore été décrite, et qui est une des principales causes de la mort par la strychnine : c'est l'asphyxie qui résulte de la combustion interstitielle énorme qui se fait dans les muscles violemment tétanisés.

En effet, si, après avoir injecté à un chien une dose mortelle de strychnine, soit 0,007, on pratique la respiration artificielle suivant les méthodes classiques (vingt à trente fois par minute), l'animal meurt, quelquefois au bout de dix minutes, en tout cas au bout d'une heure ou deux tout au plus. Or si, pendant la vie, on examine le sang artériel, on peut constater que ce sang est noir et violacé, absolument comme du sang veineux. C'est ainsi que les choses se passent lorsqu'on fait vingt-cinq respirations artificielles par minute. Avec cinquante respirations, le sang est moins noir, et cependant il n'a pas encore repris la rutilance du sang artériel normal.

Mais on peut faire vivre des chiens qui ont reçu 0,007 de chlorhydrate de strychnine, si l'on a pris soin de paralyser leur système musculaire par une dose suffisante de curare.

Donc, si l'animal strychnisé meurt rapidement malgré la respiration artificielle faite d'après les méthodes classiques, c'est que la contraction de tous les muscles du corps a privé le sang d'oxygène, et y a introduit beaucoup d'acide carbonique, et peut-être encore d'autres produits de désassimilation. Il y a asphyxie, comme après l'oblitération des voies aériennes ; le résultat est le même, quoique le mécanisme en soit tout différent.

moyens palliatifs sont très puissants, mais que par contre on n'a encore trouvé aucun moyen curatif de cette affection. Il est convaincu que la maladie est contagieuse, puisque la lèpre fut introduite aux îles Sandwich vers 1856 et qu'aujourd'hui il y a des milliers de lépreux, dont le nombre s'accroît encore de jour en jour dans la population indigène.

L.-H. Petit.

Traitement a domicile. Élection. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XVIIIe arrondissement que, le dimanche 19 septembre 1880, il sera procédé, dans l'une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Alimentation militaire. — Le ministre de la guerre vient de décider qu'à partir du 1er octobre prochain, la ration quotidienne de 700 grammes de pain allouée aux soldats et qui alterne de temps en temps avec la ration de biscuit, sera remplacée, sans variation, par une ration de 620 grammes de pain et 100 grammes de biscuit.

Le docteur Tanner. — Le docteur Tanner continue à passer son existence à dormir, à manger des biftecks, des côtelettes, des pommes de terre, des crakers et des fruits, à boire du thé et du vin de Hongrie. Des personnes malveillantes ont répandu le bruit qu'il a bu de l'eau depuis la fin de son jeûne. Ce rapport est démenti officiellement et avec indignation. Il n'a pas avalé une goutte d'eau, à moins qu'on ne donne ce nom au jus des pastèques. Plusieurs journaux décrivent minutieusement chacun des douze ou quinze repas faits journellement par le docteur, — tant d'onces de tel aliment ou de tel autre ; — ils s'étendent sur le mode de préparation de chaque comestible, donnent le nom du cuisinier ou de la cuisinière, etc.

Académie de médecine (1).

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1880.— PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Larrey* présente : 1° Au nom de M. le docteur Brame (de Tours), un mémoire sur le phlegmon diffus et limité ; 2° au nom de M. le docteur Constan, médecin-major au 14e bataillon de chasseurs à pied, une brochure intitulée : *De l'abus du tabac dans les écoles considéré dans ses rapports avec l'aptitude au travail.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un volume intitulé : *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique ;* exposé de l'action physiologique et thérapeutique des médicaments, par MM. H. Nothnagel, professeur à l'Université d'Iéna, et M. J. Rossbach, professeur à l'Université de Wurtzbourg, ouvrage traduit et annoté par le docteur J. Alquier, précédé d'une *Introduction* par M. Ch. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris.

M. *H. Bouley* présente : 1° Au nom de M. le docteur Willems, médecin principal de l'hôpital civil de Hasselt, une brochure intitulée : *Nouvelles recherches sur la pleuro-pneumonie exsudative de l'espèce bovine et sur l'inoculation préventive de cette maladie ;* 2° au nom de M. Trasbot, professeur de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort, une brochure intitulée : *De la gourme ou variole du cheval.*

M. *le Président* annonce en termes émus et applaudis la mort de M. Delpech. (Voir aux *Variétés.*)

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE PHÉNIQUE COMME AGENT ANTIPYRÉTIQUE, par M. le docteur *Henri Desplats.* — Ce mémoire a pour but de démontrer :

1° Que l'acide phénique administré à doses suffisantes aux fébricitants a toujours pour effet d'abaisser temporairement la température ;

2° Que cet abaissement temporaire peut être maintenu et accru par l'administration de nouvelles doses et que, grâce à cet agent, le médecin peut modérer à volonté la température des malades ;

3° Que les doses d'acide phénique considérées jusqu'ici comme toxiques peuvent être dépassées sans danger. L'auteur cite l'exemple de malades qui ont pris pendant plusieurs jours de suite 8, 10 et 12 grammes d'acide phénique ;

4° Il indique le rectum comme la meilleure voie d'introduction et engage à ne jamais administrer plus de 2 grammes en un seul lavement.

Les conclusions de ce mémoire sont basées sur cinq observations de fièvre typhoïde, une de variole, une de métro-péritonite puerpérale, plusieurs de phthisie. Il s'appuie en outre sur des expériences faites sur les animaux.

M. *Jules Guérin*, à l'occasion du procès-verbal, lit une *Note sur le traitement de la diarrhée infantile par le charbon en poudre mêlé au lait du biberon.*

Pour les enfants appartenant aux familles aisées, M. J. Guérin fait mêler au lait préalablement sucré une certaine quantité de poudre de charbon de Belloc, une demi-cuillerée à café seulement par biberon. Pour les enfants de la classe ouvrière, on remplace la poudre de Belloc, un peu chère, par de la poudre de braise pilée, très fine, comme de la farine. Les résultats de ce mode de traitement ont été excellents.

M. le docteur *Ortille* (de Lille) lit une *Note sur un symptôme prémonitoire de l'urémie.* Ce symptôme consiste dans une suspension brusque et totale des douleurs du cancer. Cette analgésie est tellement prononcée que, chez des malades, M. Ortille a pu supprimer l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées après avoir été obligé de l'employer pendant des mois plusieurs fois par jour. Suivent les faits recueillis par M. Ortille sur diverses malades affectées de cancer utérin. (Comm. MM. Pidoux, Oulmont, Marrotte, Dujardin-Beaumetz.)

(1) Dans la séance du 24 août, M. Lagneau avait fait allusion à la distribution de certaines brochures sur l'art d'élever les enfants, distribuées dans les mairies, et qui « était loin d'avoir pour but unique d'être secourable aux jeunes enfants ». A ce sujet, M. Marié-Davy, président de la *Société française d'hygiène*, ayant adressé à l'Académie dans la séance du 31 août une lettre avec envoi de quelques brochures, M. Lagneau a présenté, séance tenante, quelques observations que nous avons rapportées (n° 36, p. 597). A ces observations il en aurait, d'après le *Bulletin*, joint une que M. le Secrétaire de la *Société française d'hygiène* nous prie de reproduire. C'est celle-ci : « Mon improbation n'a nullement prétendu viser toutes les brochures qui, dans un but purement désintéressé, ont pu être rédigées sur l'hygiène de l'enfance. »

M. *Bouley*, au nom de M. Vittu, médecin vétérinaire et inspecteur de la salubrité à Lille, communique la relation d'un fait de tumeurs musculaires multiples extrêmement abondantes, chacune ayant la forme et le volume d'un grain de seigle, qu'il a observées sur un cheval présenté à l'abattoir. Il se demande si ces tumeurs, d'une consistance calcaire, ne seraient pas le produit d'une calcification qui se serait opérée dans des poches kystiques dues à la présence d'un parasite tel que la trichine.

Cette communication, avec les pièces à l'appui, est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Lancereaux, Planchon et H. Bouley.

DE L'ABSINTHISME AIGU. — M. *Lancereaux* lit un travail intitulé : *De l'absinthisme aigu.* L'auteur se résume en ces termes : « En conséquence, nous conclurons en disant que les désordres qui se rapportent à l'absinthisme aigu sont semblables, en tant que syndrome, non pas à l'attaque d'épilepsie essentielle, mais à l'attaque convulsive de l'hystérie. D'ailleurs la ressemblance entre l'hystérie et l'absinthisme existe non seulement dans la forme aiguë, mais dans la forme chronique de cette intoxication. »

M. *Dujardin-Beaumetz* expose en quelques mots les résultats des expériences qu'il a faites sur des cochons auxquels il a fait prendre aux uns de l'alcool, aux autres de l'absinthe. Chez les premiers, il a observé non pas de l'excitation, mais des symptômes d'ivresse brute avec assoupissement et sommeil continuels conduisant les animaux au dépérissement et à la mort, par absence de toute nutrition.

Chez ceux auxquels on donnait l'absinthe, à la dose de 1 à 2 grammes par kilogramme du poids de l'animal, il a constaté des phénomènes d'excitation, mais qui n'avaient pas la forme de l'épilepsie. La différence constatée entre les phénomènes d'alcoolisme chez les animaux et ceux de l'homme s'expliqueraient, suivant M. Dujardin-Beaumetz, par la différence de l'organisation du cerveau.

M. *Jules Guérin* dit que M. Lancereaux, dans son nouveau travail, n'est pas demeuré fidèle aux errements de la méthode étiologique ; suivant lui, M. Lancereaux aurait dû se borner à l'exposé des symptômes observés chez ses malades sans se préoccuper d'établir de comparaison entre ces symptômes avec ceux de l'hystérie ou avec ceux de l'épilepsie.

M. *Lancereaux* répond qu'il a voulu simplement combattre l'erreur dans laquelle sont tombés ceux qui ont assimilé les symptômes de l'absinthisme à ceux de l'épilepsie ; il croit avoir montré que, s'il y avait une comparaison à établir, ce serait plutôt entre l'absinthisme et l'hystérie. M. Lancereaux se propose d'ailleurs de faire, dans l'une des prochaines séances, une nouvelle communication qui aura pour sujet non plus l'absinthisme aigu, mais l'absinthisme chronique.

REVUE DES JOURNAUX

Hygroma de la bourse iliaque, par M. F. SCHAEFER.

Un ouvrier, âgé de quarante-huit ans, présentait une grosse tumeur de l'aine du côté droit, à son admission à la clinique de Halle. Il fait remonter sa maladie à deux ans, époque à laquelle, en tombant de voiture, il se fit une forte contusion de la région externe du fémur. Bien après cet accident (un an et demi) il ressentit des douleurs dans l'aine et vit apparaître une tumeur de la grosseur d'un œuf, douleurs et tumeur qui allèrent en s'accroissant depuis lors.

A son entrée, le malade est bien portant : l'extrémité inférieure du côté droit, très amaigrie. Immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, tumeur dure, grosse comme une tête de fœtus, ayant repoussé en dedans les

gros vaisseaux de la région. Elle dépasse à peine le niveau de la peau, étant enterrée dans les muscles de la cuisse. Quand on étend la cuisse dans l'abduction, ce qui occasionne une douleur très vive, la tumeur prend une dureté fiévreuse ; quand, au contraire, on met le membre dans la flexion, on constate que la tumeur se ramollit, devient manifestement fluctuante, et s'étend jusqu'au-dessus de l'arcade crurale du côté de l'abdomen.

Une deuxième tumeur, grosse comme une pomme, siège immédiatement derrière le grand trochanter au bord du muscle grand fessier, elle paraît d'ailleurs communiquer avec la précédente.

Les mouvements de l'article sont libres, la tête du fémur est bien appliquée contre la cavité cotyloïde. Aucun signe de lésion vertébrale. Diagnostic : Hygroma de la bourse iliaque. Une ponction explorative donne issue à un liquide citrin, gluant, très albumineux, sans crochets.

On se décida à opérer cette tumeur. Incision cutanée de 10 à 12 centimètres, mise à nu et ouverture du sac. Il s'en écoule environ 600 grammes de synovie. Le sac est facilement isolé des tissus voisins et excisé en partie. En introduisant le doigt vers la profondeur, on constate d'abord que le psoas est en partie isolé par la tumeur, puis on arrive sur le petit trochanter facile à reconnaître. Au-dessus de cette apophyse, on trouve dans la capsule articulaire un trou entouré d'un tissu résistant et qui fait communiquer directement la bourse avec l'articulation. On peut y introduire deux doigts et sentir le col du fémur et le rebord du cartilage articulaire.

On introduit deux drains dans la plaie, le premier pénétrant exactement jusqu'au trou dont nous venons de parler, le second dirigé du côté de l'abdomen. Lavage à la solution forte d'acide phénique. Suture et pansement de Lister.

Guérison par première intention ; pendant les six jours qu'ils restèrent en place, les drains ne fournirent qu'une très petite quantité de sécrétion ; avant un mois le malade pouvait marcher, il fut complètement guéri quelque temps après.

Les cas de ce genre sont rares. L'observation que nous venons d'analyser présente un intérêt de plus, c'est la communication qui existait entre l'articulation et la bourse séreuse. Richet et Hyrtt considèrent cette disposition comme normale, Henle comme une rare exception. Dans les cas observés jusqu'ici, on n'était arrivé ni à un diagnostic certain, ni à plus forte raison à une intervention opératoire. Dans le cas présent, malgré son brillant résultat, elle n'était peut-être pas entièrement justifiée. Mais c'était dans le service de Voltmann. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1880, n° 27.)

Diagnostic de l'albuminurie, par M. Bouchard.

Dans une communication faite à la *Société Clinique* (séance du 25 juin 1880), M. Bouchard résume comme il suit des observations encore inédites sur le diagnostic de certaines albuminuries :

« Lorsqu'on examine une urine albumineuse, on peut obtenir, dans certains cas, la rétraction du coagulum par la chaleur : dans d'autres cas, au contraire, cette rétraction ne peut être obtenue : je ne connais pas encore la cause chimique qui préside à ce phénomène; mais je crois être en mesure de vous faire connaître certaines conditions pathologiques qui sont en rapport avec la production ou la non-production de ces faits.

» Toutes les fois que la rétraction de ce coagulum albumineux a lieu, on peut dire que l'on a affaire à une albuminurie qui provient d'une affection rénale, ou de la vessie, ou du vagin.

» Dans le très grand nombre de cas où le coagulum ne se rétracte pas sous l'influence de la chaleur, après usage du réactif approprié, on est en droit de dire qu'on n'est pas en présence d'une albuminurie de la nature de la précédente. C'est une albuminurie qui vient du sang, soit qu'elle résulte d'une destruction globulaire ou des tissus ; en un mot elle est révélatrice d'un trouble profond de la nutrition des tissus ou des globules; c'est à cette classe qu'appartient l'albuminurie qu'on observe dans toutes les intoxications, comme l'intoxication mercurielle, plombique; ce n'est pas une lésion rénale qui est cause de ces accidents. Je ne veux pas dire que les albuminuries dues à des intoxications ne s'accompagnent jamais d'une lésion rénale, mais dans la majorité des cas la présence de l'albumine se rattache à un état général; aussi ces albuminuries sont-elles transitoires : elles disparaissent en quelques jours, tandis que celles qui sont symptomatiques d'une lésion rénale sont durables, et ont une autre portée pronostique.

» Vous observerez encore cette albuminurie à coagulum non rétractile, et par conséquent passagère, dans le cours de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la pneumonie, de la pleurésie, dans le cas encore de rhumatisme; elle apparaît encore dans certaines chloroses intenses, dans le diabète sucré, dans le diabète insipide, dans l'obésité (bien que, dans ce dernier cas, ce soit le plus souvent une albuminurie durable).

» Voilà donc deux grandes catégories d'albuminurie dont la signification chimique n'est pas démontrée, mais dont la valeur pathologique est réelle : la première est rénale: c'est l'albumine vraie, durable, grave; la seconde a sa cause en dehors des reins, attribuable à une destruction globulaire active, ou à une destruction globulaire des cellules organiques.

» Ces distinctions me semblent importantes, au point de vue du diagnostic : j'ai vu un malade qui avait des accès épileptiformes dans le cours d'une intoxication saturnine ; les urines contenaient de l'albumine ; mais je n'ai pas obtenu de rétraction du coagulum : j'ai donc conclu que je ne me trouvais pas en présence d'une albuminurie due à une affection rénale, j'ai porté un pronostic bénin : et en effet trois jours après le malade était guéri. » (*France médicale*, p. 555.)

De l'œdème aigu rhumatismal, par M. Comby.

L'œdème aigu rhumatismal ou pseudo-érysipèle rhumatismal a déjà été bien étudié dans les thèses de MM. Ferrand, Ch. Fernet, Davaine, etc. M. Comby a observé dans le service de M. Proust à Lariboisière un cas de rhumatisme aigu généralisé qui se compliquait de l'existence de taches d'érythème et de purpura rhumatismal et, aux membres supérieurs, de larges plaques d'œdème aigu rhumatismal. Le malade succomba rapidement, en pleine convalescence, à des symptômes d'invagination intestinale. L'auteur fait remarquer, en rapportant à l'appui de cette opinion une deuxième observation plus probante encore, que les œdèmes rouges, chauds, sensibles à la pression, rappelant certaines formes du phlegmon et de l'érysipèle, s'observent dans les rhumatismes articulaires généralement bénins, qu'ils disparaissent spontanément et reconnaissent sans doute pour cause une exsudation séro-fibrineuse qui se fait dans les mailles du tissu cellulaire assez loin des articulations enflammées. (*Progrès médical*, p. 707.)

Anévrysme faux, par M. Paulet.

M. Paulet a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon une pièce recueillie sur le cadavre d'une femme arabe, âgée de vingt-cinq à trente ans et ayant présenté pendant la vie les caractères cliniques d'un anévrysme de l'aorte thora-

cique. L'aorte présentait une dilatation fusiforme de 7 centimètres de hauteur en avant des corps des 8e, 9e et 10e vertèbres dorsales. La rupture de cet anévrysme vrai s'est faite à la face postérieure de l'aorte. L'orifice de communication, à bords tranchants, mesurait 4 centimètres de long. *Il n'existait pas de lésion athéromateuse des artères. Le cœur était sain et sans apparence d'hypertrophie.* L'anévrysme faux présentait une hauteur de 19 centimètres et une largeur de 11 centimètres. Son étendue antéro-postérieure mesurait 15 centimètres. Les lésions déterminées par cette énorme poche anévrysmale étaient celles que l'on constate d'ordinaire. (*Lyon Médical*, août 1880, p. 623.)

Du nystagmus des mineurs, par M. le docteur DRANSART.

Cette maladie, déjà étudiée en Belgique par Decondé, Paul Shroeter, Romiée (de Liége), Warlomont, etc., puis à Paris, par Abadie et Ravaud, se caractérise, dit l'auteur, par des symptômes primitifs et des symptômes secondaires. Les symptômes primitifs sont les oscillations des paupières, la paralysie du muscle droit interne, la parésie de l'accommodation. Les symptômes secondaires, qui font souvent défaut, sont des troubles d'asthénopie (céphalée, douleurs frontales, photopsies, marche difficile, etc.). Les contractions palpébrales et les photopsies ainsi que les désordres de l'acuité visuelle et de la réfraction ont été l'objet des recherches de l'auteur qui, au point de vue pathogénique, combat la théorie qui considère le nystagmus comme un trouble de l'accommodation et déclare que ses nouvelles affirmations confirment la théorie myopathique. Le nystagmus d'après lui est une myopathie de la paire des élévateurs et du droit interne, myopathie plus ou moins intimement liée à la parésie d'accommodation et à l'anémie. Le traitement consiste dans le repos, l'emploi des courants continus, les douches oculaires, l'usage du sulfate de strychnine. (*Bull. méd. du Nord*, n° 7, juillet 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres du docteur Jules Guérin, 1re livraison, environ 190 pages in-8, avec grand atlas de XV planches — Paris, 1880, *au Bureau de la publication*, rue de Vaugirard, 46.

Le corps médical verra avec satisfaction la tâche qu'entreprend M. J. Guérin, et dont sa verte vieillesse promet l'achèvement. L'auteur est un esprit étendu, vigoureux, pénétrant; tous les confrères équitables en tombent d'accord, et ce n'est pas sous ce rapport qu'il peut lui être utile de solliciter le sentiment public. Mais on sait aussi, et on ne lui apprendra rien en le lui disant à lui-même, que, de tous les écrivains médicaux de notre temps, il n'en est pas un dont les prétentions scientifiques, les doctrines et les opinions aient rencontré une résistance aussi persistante et aussi répandue. On pourrait citer tel sujet sur lequel il reste peut-être et restera imperturbablement seul de son avis.

On lui adresse surtout deux reproches : le premier est d'être enclin aux généralisations hâtives, aux théories fragiles, et, à force de voir dans les faits leur esprit, d'en méconnaître la réalité. Cette manière d'agir aurait une conséquence. En opérant ainsi sur des faits déjà acquis, sur des vues déjà émises, pour les soumettre à un travail de systématisation et en ramener l'expression à des formules, on arriverait aisément à se figurer qu'on les a inventés. Aussi le second défaut dont on accuse M. Guérin est-il de ne pas toujours justifier suffisamment ses revendications de priorité. Eh bien, voilà une occasion de reviser ces jugements, où l'auteur et le public peuvent trouver également leur compte : l'un en répondant à des objections connues de lui, et en faisant marcher pour sa défense l'armée d'observations particulières ou d'arguments qu'il tenait en réserve ; l'autre, en étant désormais assuré de prononcer le dernier mot de son appréciation en face du dernier mot de l'auteur. Personnellement, nous avons un motif particulier de nous féliciter de cette situation. M. J. Guérin veut bien nous nommer parmi ses collaborateurs d'autrefois, « dont les sentiments et les idées de quelques-uns ont pu varier », mais en ajoutant qu'il garde tout entier la responsabilité du travail collectif. C'est dire en même temps, ce nous semble, qu'il entend laisser à ses coopérateurs, après quarante ans, toute la liberté de leur jugement et de leur plume.

Malheureusement, ce premier fascicule est relatif à des doctrines sur lesquelles, aujourd'hui comme il y a longtemps, après lecture très attentive du nouveau texte, nous sommes obligé de faire, sous des rapports divers, d'assez fortes réserves. Il renferme deux mémoires : le premier sur les *Difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant;* le second sur la *Méthode étiologique*. Nous commencerons par le dernier.

Les études de l'auteur sur l'étiologie médicale (qu'il n'avait pas encore, il est vrai, présentées dans tout leur ensemble) sont précisément de celles dont on lui a tenu un compte médiocre, non en ce qui concerne la forme, qui, à part un peu de vague dans le langage philosophique (1), est certainement remarquable; ni même en ce qui touche le fond, qui est habituellement vrai, mais bien quant à la prétention plusieurs fois affirmée d'avoir créé en étiologie une méthode, et d'y avoir introduit des éléments nouveaux. Voici, très fidèlement, en quoi cette méthode consiste.

La cause est un fait qui en précède un autre et le détermine. L'étiologie doit embrasser les causes qui président à l'organisation de l'homme sain (*causes physiologiques*) et celles qui président à la désorganisation de l'homme malade (*causes pathologiques*). Quelles sont ces causes? L'homme est tributaire du milieu où il est conçu, où il vit, où il meurt. Le milieu est, pour ainsi dire, son *aliment*, que l'organisme *digère* en vertu de son activité propre. De ces deux facteurs l'un répond aux causes *cosmiques*, l'autre aux *causes organiques;* celles du dehors provoquent l'organisme, celles du dedans constituent ses réactions. Dès lors, les causes cosmiques et les causes organiques sont incessamment associées. L'air (que M. J. Guérin, détournant le mot de son sens physiologique, appelle un *aliment respiratoire*), une fois entré dans le poumon, « provoque des actions et des réactions de la part du corps vivant ». Telle est l'étiologie *cosmo-organique*, conduisant à un principe de thérapeutique « d'ordre supérieur », à savoir qu'il n'y a, pour le traitement des maladies, que deux méthodes ou plutôt deux médications : la médication de la cause cosmique et la médication de la cause organique. Et ce principe lui-même, « bien compris », doit aboutir à une classification nouvelle des agents thérapeutiques, principalement basée « sur leurs propriétés afférentes aux deux ordres de causes dont il s'agit ».

Cela posé, il faut arriver à la *découverte* des causes, que, par « une distinction qui n'a jamais été faite jusqu'ici », l'auteur sépare de la *démonstration* des causes. Il y a des causes vraies (*veræ causæ* de Newton), qui sont les plus rapprochées de l'effet; ce sont les *causes prochaines*, différentes des causes moins immédiates, qui méritent le nom de *causes éloignées :* la vraie cause a d'ailleurs ce caractère qu'elle « détermine les mêmes effets, et, réciproquement, que des effets déterminés ne peuvent jamais dépendre que d'une même cause ». Dans la production des monstruosités, la destruction du centre cérébro-spinal est la cause éloignée; l'action physiologique pervertie du système nerveux, troublant fatalement

(1) Nous croyons avoir pourtant bien compris M. J. Guérin, dont le style nous est familier; mais la remarque que nous venons de faire est présentée comme excuse anticipée de ceux qui seraient moins heureux, et elle vise des locutions telles que celle-ci : « Ces appellations (celles de causes internes, externes, occasionnelles, etc.)... sont incapables de servir au but définitif de l'étiologie médicale... ; jamais elles n'ont eu la conscience de leur but, et par conséquent jamais elles (toujours les *appellations*) n'ont eu jusqu'ici le caractère de véritables moyens d'y atteindre. »

le développement des organes, est la cause prochaine, intermédiaire entre la maladie et la monstruosité. En ce qui concerne les difformités concomitantes de la monstruosité, il y a entre l'*intermédiaire* que nous venons de signaler, la perversion de l'action nerveuse, et la difformité, un second *intermédiaire* qui est la rétraction des muscles.

En somme, dans la méthode étiologique, quatre éléments : les causes *cosmiques*, les causes *organiques*, les causes *éloignées* et les causes *prochaines*. L'auteur entre ensuite dans des considérations destinées à « soumettre les trois termes de la causalité (cause éloignée, cause prochaine, effets de cette cause) à un caractère propre qui les relie et en fasse un tout univoque ».

Le premier principe sur lequel il fonde cette recherche est qu'une cause prochaine, envisagée comme un intermédiaire entre la cause éloignée et ses propres effets à elle, transporte à ces derniers « une sorte d'*émanation*, une sorte de reflet de leur origine première, en même temps qu'elle *lui* (pour *leur*, sans doute) imprime son cachet en harmonie avec le caractère de son action ». C'est la caractéristique spécifique de la cause. Le second principe, « entièrement nouveau », est celui de la *série étiologique*, corrélative aux *degrés de la cause*. Or, la signification étiologique du degré repose, et même *tout entière*, sur la mutabilité des formes par lesquelles il s'exprime, ces formes restant toujours en rapport avec les éléments d'action de la cause qui les produit. Ce qui veut dire, par exemple, que la rétraction musculaire, comme cause de difformité, réalise, suivant qu'elle porte sur tel ou tel muscle ou sur telle association de muscles, « les formes objectivement les plus dissemblables, quoiqu'elles émanent toutes de la même cause, celle-ci agissant à des degrés extrêmement différents ». Et ce sont ces expressions spéciales et instables d'une même cause diversement graduée qui constituent, en pathologie, ces formes morbides atténuées ou *ébauchées* qui ne diffèrent des formes parfaites que par leurs caractères objectifs, et ont au fond la même nature : *cholérine* et *choléra*, *jetage* et *morve*, etc.

Eh bien, dans tout cela, de si près qu'on y regarde, il est difficile de voir autre chose que ce qu'on sait et pratique communément en étiologie médicale, et nous craignons que l'auteur ne parvienne à se faire novateur que par une interprétation arbitraire du langage usuel. Les causes organiques, on n'est guère occupé, et depuis longtemps, qu'à les rechercher. M. Guérin se moque un peu de la méthode expérimentale en général et des vivisections en particulier; mais qu'on y réussisse ou qu'on y échoue, que fait-on chaque jour dans les expériences comparées des laboratoires, des hôpitaux et des amphithéâtres, sinon essayer de surprendre, soit le mode de réaction de l'organisme en présence d'une cause externe, agent nocif ou médicament; soit de découvrir dans l'économie elle-même les causes internes qui peuvent l'affecter pathologiquement, et leur mode d'action le plus immédiat et le plus irréductible? Quant aux causes cosmiques, tout le monde également s'en occupe et quelques-uns les exagèrent; car bien souvent elles ne sont pour rien absolument dans la production de maladies dont on ne les accuse que parce que, dans d'autres conditions du milieu ou de l'organisme, elles les produisent souvent. On peut nommer la pneumonie, la néphrite, le rhumatisme, surtout le rhumatisme chronique, qui sont souvent d'origine interne. Que M. J. Guérin ne se hâte pas pour cela de tourner contre nous l'accusation qu'il adresse à plusieurs : celle de croire qu'une même cause peut produire « des symptômes différents et même des maladies différentes », ou que plusieurs causes différentes peuvent produire des symptômes et des maladies identiques. Au fond le reproche repose sur une ambiguïté. Y a-t-il des esprits capables d'attribuer à une cause absolument simple, agissant dans un milieu toujours identique, des effets disparates, oubliant ainsi l'axiome : le semblable ne peut produire que le semblable? A coup sûr, pour le moins, cette race d'esprits n'est pas commune parmi les savants. Mais on prend les causes et le milieu comme la nature nous les offre, c'est-à-dire complexes, et, sous cette réserve, on exprime une vérité banale en disant que l'exposition prolongée au froid pourra déterminer chez l'un une pleurésie et chez l'autre une cystite ou une hémorrhagie cérébrale. Quelquefois même les effets de plusieurs causes peuvent, dans leur évolution parallèle, rester si longtemps confondus qu'on a peine à les distinguer jusqu'à leur dernier terme. On en peut trouver un exemple dans les actions comparées de l'électrisation et de l'injection hypodermique d'ergotine sur la contractilité des vaisseaux. Mais, dans tous les cas, nous pouvons affirmer à M. J. Guérin qu'il ne rendrait pas justice à l'immense majorité de ses confrères en leur prêtant la pensée qu'une même cause n'aboutit pas à des effets différents par des chemins divers, mais par un seul, sans changer ni de mode d'action ni d'instruments.

Mais, dira sans doute M. Guérin, ce sont là mes *intermédiaires!* Entre la pneumonie, détermination morbide ultime, d'une part, et d'autre part, le refroidissement ou bien la cause organique (qui sera, par exemple, la glycohémie), il y a une hiérarchie de causes de moins en moins éloignées, de plus en plus prochaines, jusqu'à ce qu'elles deviennent immédiates; et cette hiérarchie n'est pas la même dans les cas de cause cosmique que dans les cas de cause organique. Eh! oui; mais qui donc n'a songé à cela, s'il ne l'a pas écrit? Pour notre compte, nous avons signalé bien des fois cette valeur scientifique et pratique des intermédiaires sans souci aucun de méthode étiologique. Si d'autres ont pensé autrement, nous en concluons modestement que nous avons été plus fort qu'eux : pas du tout que nous avons inventé quoi que ce soit.

On en peut, on en doit dire autant du degré de la cause et de la série étiologique. M. J. Guérin a très bien compris comment une cause diversement graduée peut produire des effets très différents objectivement les uns des autres. C'est un fait d'observation certain, mais assez connu. On admet qu'une pression sanguine à divers degrés (pour prendre une cause simple) déterminera dans le rein une sécrétion plus abondante, ou une congestion sanguine ou une hémorrhagie. On sait très bien qu'un rhumatisme peut produire la diarrhée et l'ophthalmie; diarrhée et ophthalmie qui, elles aussi, refléteront la spécialité de la cause; qui, elles aussi, accuseront ses degrés. Et pour ces maladies, comme pour la rétraction musculaire, la communauté d'origine se tire « de la réunion des divers cas particuliers rapprochés et dispersés de façon à les éclairer les uns par les autres ». La rétraction musculaire, les difformités, toujours prises en exemple par l'auteur, sont un terrain commode en comparaison des maladies internes; et il y est aisé de disposer les faits « en séries graduées ». Mais voyez ce qui lui arrive à lui-même, quand il vient à se jeter dans le champ de la pathologie interne. L'autorité de ses principes lui suffit à déclarer que la *diarrhée prémonitoire* du choléra est une ébauche du vrai choléra; l'*état bilieux et gastrique* qui précède la fièvre jaune est une ébauche de la vraie fièvre jaune; la *fièvre* des nouvelles accouchées, une ébauche de la fièvre puerpérale, etc. Soit; les premiers observateurs du choléra avaient même envisagé la cholérine de cette manière. Mais où est la démonstration formelle? où sont les séries graduées? Quels éléments nouveaux, enfin, lui a fournis la méthode étiologique? Les questions ne restent-elles pas pour tout le monde ce qu'elles étaient auparavant?

Tout ce courant d'idées nous porte de lui-même vers l'autre mémoire contenu dans cette première livraison : car l'étude sur les *difformités congénitales* n'est qu'une application des principes qui viennent d'être appréciés.

On a vu tout à l'heure que M. J. Guérin fait dépendre d'une altération des centres nerveux comme cause éloignée, et de la rétraction musculaire comme cause prochaine, les diffor-

mités qu'on rencontre chez les monstres. « Plusieurs auteurs, dit-il à ce sujet, avaient déjà émis l'idée que certaines difformités peuvent avoir pour origine une affection des centres nerveux... La rétraction musculaire est venue lever tous les doutes. Sa liaison plus immédiate avec l'affection cérébrale et son action plus directe sur le squelette ont servi d'intermédiaire entre les deux ordres de faits, et elle a pris de cette façon le rôle de *cause prochaine*, *imprégnée* de son *origine convulsive*, » etc. Un peu plus loin, même remarque au sujet de l'origine cérébrale des monstruosités, déjà « affirmée par des auteurs considérables (Haller, Chaussier, Béclard, etc.) », mais avec le même oubli de la cause prochaine, qui est encore ici (pour le *spina bifida*, l'éventration, l'ectopie) la rétraction de certains muscles ou de certains systèmes de muscles. Nous ne trouvons pas parmi les auteurs cités Rudolphi, qui est peut-être, sur ce point, le plus explicite de tous; mais les considérations historiques sont vraisemblablement réservées pour un autre mémoire. « L'action des muscles, écrit Rudolphi, se manifeste de bonne heure, et le fœtus se tourne d'une façon tellement énergique que la mère éprouve des douleurs par suite de ces mouvements violents et *convulsifs*. De cette façon, les masses musculaires des membres du fœtus se contrefont, et il peut rester à la suite de cela un pied bot ou une main bote qui durent toute la vie. Ces contractions peuvent s'étendre aux muscles involontaires et ne cessent pas pendant le sommeil » (*Grandris'sder physiologie*, Berlin, 1823, 2te B^de^ 1te abth, p. 319 et 320). Voilà, en peu de mots, toute une théorie où la cause directe des difformités congénitales est nettement placée dans la contraction convulsive d'abord, permanente ensuite, des muscles du fœtus. Aux yeux de M. Guérin, il manque à Rudolphi d'avoir dit que la convulsion musculaire avait une origine nerveuse, ce qui n'était guère utile, et que la contraction des muscles était un intermédiaire entre l'affection des centres nerveux et les difformités; mais beaucoup le lui pardonnent.

Il lui manque aussi d'avoir signalé la rétraction, telle que l'entend notre éminent confrère de Paris : la rétraction avec transformation fibreuse d'une partie du tissu musculaire; mais la question de méthode, et c'est de cela qu'il s'agit jusqu'à présent, n'est ici nullement engagée; que le muscle ait passé ou non par la phase paralytique, qu'il soit ou non fibreux, c'est une question à débattre. Il a subi des contractions convulsives, il est devenu par suite et il est resté trop court: c'est l'essentiel.

Maintenant, cette théorie de Rudolphi, si agrandie par M. Guérin, est-elle vraie? Les difformités qu'on rencontre chez les monstres ont-elles pour point de départ une maladie des centres nerveux? Nous n'avons sur ce point qu'une compétence des plus limitées, n'ayant jamais disséqué de monstres, ni même de pieds bots. Nous ne pouvons donc que consulter les travaux d'autrui et mentionner l'opinion de ceux qui sont, au contraire, familiers avec le sujet. On adresse à la théorie deux objections principales, tirées l'une de l'embryogénie, l'autre de l'anatomie pathologique. La première, sur laquelle M. Davaine insiste dans son article MONSTRES du *Dictionnaire encyclopédique*, est que les premiers linéaments de structure nerveuse ne se montrent pas avant le troisième mois de la vie intra-utérine. Conséquemment, on ne peut être autorisé à imputer à une action pathologique du système nerveux la contraction convulsive des muscles et la formation d'un pied bot que si ce pied bot s'est formé dans le cours du troisième mois au plus tôt. Encore faudrait-il que, à cet âge, le haut degré de la difformité, le déplacement et la déformation des os n'attestassent pas une origine déjà reculée. Or, on a rencontré des difformités congénitales chez des fœtus de trois mois, trois mois et demi, et M. J. Guérin en rapporte lui-même un exemple chez un fœtus de *deux mois et demi à trois mois*. Il est juste pourtant de reconnaître que la plupart des difformités d'origine musculaire qu'on a décrites chez les monstres appartiennent à des fœtus de plus de quatre mois. Mais voilà que d'autre part, dans *la majorité des cas* d'encéphalocèle, d'acéphalie, d'hydrocéphalie, de *spina bifida*, ou d'autres altérations congénitales du système nerveux, le pied bot, cette expression classique, souvent unique, des difformités musculaires congénitales, le pied bot manque (voy. la *Thèse inaugurale* de M. Thorens, Paris, 1873). L'objection tirée de l'anatomie pathologique s'appuie sur l'absence de toute lésion appréciable, même histologique, des centres nerveux, chez presque tous les sujets affectés de pied bot congénital dont on a eu occasion de pratiquer l'autopsie. Et M. le docteur Thorens croit devoir exprimer le résultat de son étude « en admettant l'existence de certains pieds bots congénitaux liés à une affection du système nerveux, mais en ne leur attribuant qu'une importance numérique très minime ». Quant à la nature de la lésion musculaire qui, rattachée ou non à une altération primitive du tissu nerveux, détermine la difformité, M. Thorens, d'accord avec Broca, « nie formellement » la transformation fibreuse du tissu musculaire chez le fœtus. Quand les muscles ont subi un raccourcissement, celui-ci porte d'ordinaire sur le tendon, et le muscle proprement dit conserve sa structure normale. Il est néanmoins certain que, chez l'adulte ou chez l'enfant d'un certain âge, le tendon des muscles raccourcis est plus allongé que de coutume et plus grêle, et nous nous rappelons très bien avoir constaté nous-même au compas, dans un cas de déviation latérale du rachis, l'allongement de la partie fibreuse ou tendineuse des muscles situés dans la concavité. Cet état tient-il, comme le dit M. Thorens, à une atrophie simple de la fibre musculaire, qui finit par disparaître vers la jonction avec le tendon? En anatomie pathologique, cela ne s'appellerait pas une transformation.

En achevant cet article, nous éprouvons un véritable regret de la malechance que nous avons eue de tomber, pour un premier compte rendu, sur des sujets facilement ouverts à la contestation et si contestés, en réalité, par les observateurs les plus consciencieux et les plus distingués. Nous attendrons la publication de plusieurs autres fascicules (car les *Œuvres* doivent en avoir une vingtaine), avec l'espérance de trouver à nous dédommager. Mais nous avons à cœur de constater dès à présent la haute importance que nos critiques, même fondées, laisseraient encore à l'œuvre. Si M. J. Guérin n'a pas inventé la méthode étiologique, il ne l'a prise à personne; s'il s'est fait l'interprète d'idées communes à tous ceux qui savent se rendre compte du travail de leur esprit, il les a exposées, classées, interprétées avec une sagacité peu commune; et son étude, pour n'être pas neuve, n'est pas moins profitable à ceux qui ont besoin d'être guidés dans les voies de la logique scientifique. Et quant à l'autre Mémoire, par les observations détaillées qu'il renferme, par les nombreux aperçus que l'auteur en fait sortir et que nous n'avons pu rappeler, par la vie même dont l'anime l'esprit théorique, il reste, malgré tout, aussi instructif qu'intéressant. Sur ce sujet d'ailleurs, ainsi que nous le disions plus haut, il convient d'attendre la suite des livraisons ; l'auteur fera bien de ne pas négliger les objections qui lui sont adressées par les personnes les plus compétentes, tant au point de vue histologique qu'au point de vue scientifique.

A. DECHAMBRE.

Index bibliographique.

ÉTUDE SCIENTIFIQUE SUR LE SOMNAMBULISME, SUR LES PHÉNOMÈNES QU'IL PRÉSENTE ET SUR SON ACTION THÉRAPEUTIQUE DANS CERTAINES MALADIES NERVEUSES; DU RÔLE IMPORTANT QU'IL JOUE DANS L'ÉPILEPSIE, DANS L'HYSTÉRIE ET DANS LES NÉVROSES EXTRAORDINAIRES, par le docteur Prosper DESPINE. In-8 de 420 pages. — Paris, 1880. Savy, éditeur.

La première partie de cet ouvrage, couronnée en 1879 par la Société médico-psychologique de Paris (prix Aubanel), est consacrée à l'étude scientifique du somnambulisme. Cet état est carac-

térisé physiologiquement par l'exercice de l'activité automatique seule du cerveau, pendant la paralysie de son activité consciente qui manifeste le moi. L'indépendance possible de ces deux modes de l'activité cérébrale est démontrée par les faits, et peut être constatée chez certains sujets pendant l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme. Dans le somnambulisme on observe : la paralysie, l'anesthésie, l'analgésie de certains organes sensoriels, coïncidant presque toujours avec une suractivité, une hyperesthésie d'autres organes sensoriels. C'est à la paralysie de la rétine que le somnambule doit son regard fixe et véritablement amaurotique. Le sommeil complet est dû au repos des deux activités du cerveau; le sommeil avec rêve, au repos incomplet de l'activité consciente avec arrêt de l'activité automatique. Le magnétisme artificiel n'est qu'une forme du somnambulisme. Il résulte de l'influence que l'activité nerveuse de certaines personnes puissamment douées exerce sur l'activité nerveuse de personnes faibles, hystériques, anémiques, dont l'impressionnabilité pathologique est excessive. Le sommeil magnétique peut être employé pour rétablir dans son activité normale le système nerveux troublé. Il agit surtout chez les névropathes atteints de paralysie des fonctions digestives. Le somnambulisme pathologique de l'épilepsie, de l'hystérie, doit être combattu par les moyens appropriés. Tels sont les points principaux traités dans cet ouvrage, qui sort des études habituelles de la médecine. L'auteur les expose avec une conviction profonde et un vif intérêt. Nous ne pouvons entrer aujourd'hui dans l'examen de ces questions délicates.

De la dilatation forcée du sphincter de l'anus considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoïdes, par le docteur Frédéric Monodin. In-8 de 106 pages. — Paris, 1877, Frédéric Henry.

Les hémorrhoïdes une fois constituées déterminent, par action réflexe, une contracture plus ou moins violente, douloureuse ou non et le plus souvent permanente des sphincters de l'anus.

Cette contracture jouant un rôle capital dans le développement ultérieur des hémorrhoïdes internes et la production des accidents qui suivent leur procidence (étranglement, hémorrhagies, irréductibilité), la dilatation forcée du sphincter s'offre comme le moyen de traitement le plus rationnel.

Ce traitement rationnel se trouve être en même temps le plus simple et le plus inoffensif de tous ceux qui ont été proposés; à peine mérite-t-il le nom d'opération.

Il est formellement indiqué toutes les fois qu'il y a des pertes sanguines abondantes dans les cas d'anémie prononcée, il est bon de le faire suivre d'une cure d'hydrothérapie.

La distension forcée n'exerce vraisemblablement pas d'action directe sur les hémorrhoïdes externes; toutefois ces dernières, qu'il est si fréquent de voir coïncider avec des tumeurs internes, bénéficient indirectement de l'opération.

En présence d'une trentaine de cas déjà connus, dans lesquels la dilatation forcée, sans donner lieu à aucun accident grave, a invariablement produit soit une guérison radicale, soit une amélioration notable, il n'est pas téméraire de présumer que cette excellente méthode passera rapidement dans le domaine de la chirurgie usuelle et s'imposera un jour comme le traitement le plus généralement applicable aux hémorrhoïdes.

Ces conclusions de l'auteur sont déduites d'un grand nombre d'observations dont la plupart sont personnelles et inédites.

Terminaisons nerveuses dans les muscles de la langue et dans sa membrane muqueuse, par le docteur Paul Lannegrace, prosecteur à la Faculté de Montpellier. In-8 de 88 pages. — Paris, 1878, J. B. Baillière.

Le sujet abordé par l'auteur peut être envisagé à deux points de vue : 1° au point de vue des modes de terminaison des nerfs; 2° au point de vue du champ de distribution des nerfs; M. Lannegrace a d'abord examiné la façon dont les différents nerfs se terminent dans les divers éléments de la muqueuse ou des muscles de la langue; il a surtout étudié les organes terminaux des nerfs de sensibilité. La littérature de notre pays est peu riche sur le sujet des organes de la gustation, et nous devons remercier l'auteur d'avoir eu l'heureuse idée de donner une traduction du travail encore récent d'Engelmann, qui constitue le travail le plus complet et le plus consciencieux sur la matière et résume assez bien les travaux antérieurs.

L'auteur s'est ensuite attaché à déterminer dans quels éléments de la langue se rendent respectivement les différents nerfs; quels sont les nerfs des muscles, les nerfs des vaisseaux, les nerfs des glandes, les nerfs de la gustation, les nerfs du tact, etc. L'anatomie est impuissante à résoudre ce problème. Aussi a-t-il dû, pour cette partie de son travail, faire surtout appel à la physiologie. Il a reproduit de nombreuses observations, de nombreuses expériences sur les nerfs de la langue, et s'est efforcé de les classer de façon à pouvoir en présenter les conclusions dans un ordre aussi compréhensible que possible.

VARIÉTÉS

Mort de M. Delpech. — La mort subite sévit sans relâche au sein de l'Académie de médecine. Chauffard et Broca ont succombé naguère en quelques minutes à des accidents d'origine probablement cardiaque, et voilà que Delpech tombe mort pendant une partie de chasse. On raconte que sa fille, qui chassait avec lui, se retournant pour lui parler, le trouva expirant; plusieurs confrères savent qu'il avait éprouvé des accidents du côté du cœur. Membre de l'Académie de médecine, du Conseil municipal et du Conseil d'hygiène et de salubrité, commandeur de la Légion d'honneur, Delpech était surtout connu par ses travaux sur les dangers des émanations du sulfure de carbone. Mais nombre de rapports faits au Conseil d'hygiène montraient en lui un hygiéniste consommé; il avait fait récemment sur les inconvénients des piqûres d'abeilles un rapport original et instructif dont la *Gazette hebdomadaire* a donné la substance. A l'Académie de médecine sa compétence spéciale le faisait écouter dans les commissions. On n'a point oublié non plus avec quelle vivacité, alors que fut discutée au Conseil municipal et à l'Académie la question de l'allaitement artificiel, sa parole autorisée a su défendre les prérogatives de la compagnie à laquelle il appartenait.

Conseil d'hygiène et de salubrité : les odeurs de Paris.

On sait que, depuis plusieurs semaines, on se plaint dans plusieurs quartiers de Paris des odeurs nauséabondes qui se font sentir vers le soir, surtout après les pluies d'orage. On accusait successivement certains établissements industriels des environs de Paris, les égouts, les systèmes de vidanges. Le plus souvent, on affirmait que le procédé qui consiste à vider dans les égouts les matières liquides provenant des fosses d'aisances était seul condamnable. Interrogé, dans sa séance du 3 septembre dernier, par M. le préfet de police sur les mesures à prendre et les précautions à recommander aux directeurs d'usines et aux fabricants de sulfate d'ammoniaque, le conseil d'hygiène et de salubrité a étudié la question dans son ensemble. La plupart des membres du conseil et en particulier MM. Hillairet, de Luynes, Peligot, Cloez, du Souich, Bussy, Delpech, Bourneville, se sont accordés à reconnaître que la principale source d'infection était l'égout encombré de matières qui ne devraient pas s'y trouver, et insuffisamment lavé.

M. *du Souich*, qui demeure au centre du 6e arrondissement, attribue les émanations putrides aux matières solides que les appareils diviseurs laissent passer dans les égouts; il fait remarquer que les établissements de vidanges de la banlieue sont de création déjà ancienne et que jamais jusqu'ici les odeurs ne s'étaient produites avec autant d'intensité.

MM. *Delpech* et *Bourneville* ont soutenu la même thèse.

M. Delpech demande que les égouts reçoivent de l'eau en très grande abondance : c'est le seul moyen qui lui paraisse pratique pour le moment; il pense que l'exécution du projet de conduire les eaux dans la forêt de Saint-Germain n'atténuerait pas l'infection actuelle.

M. *Bourneville* admet trois causes d'infection dans l'ordre suivant : 1° les égouts; 2° les mauvais systèmes de vidange; la ceinture de dépotoirs qui entoure Paris. Il affirme que certains établissements déversent directement leurs fosses d'aisances dans les égouts. En ce qui touche les vidanges, M. Bourneville a raconté qu'il avait vu faire à Reims le curage des fosses en plein jour, sans que les habitants des maisons s'en aperçussent. Ajoutons que

ce système de vidanges de jour fonctionne dans les 17e, 18e, 19e et 20e arrondissements depuis un mois environ.

Un seul membre aurait contesté l'influence des égouts sur les odeurs répandues dans Paris. Il a expliqué que la ville de Clichy, tout en se trouvant près de l'embouchure des égouts, ne souffre pas des mêmes émanations que le centre de Paris : celles qu'on y perçoit ont l'odeur caractéristique des dépôts de vidanges et des fabriques de sulfate d'ammoniaque Il pense que c'est de ce côté qu'il serait urgent de prendre des mesures.

Facultés. — Sont attachés aux Facultés ci-après désignées pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1880, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent :

Faculté de Paris : MM. Remy (anatomie et physiologie); Hanriot (chimie et toxicologie).

Faculté de Bordeaux : MM. Viault Testut (anatomie et physiologie); Carles (pharmacie).

Faculté de Lyon : MM. Arloing (anatomie et physiologie) ; Chapuis (pharmacie).

Faculté de Nancy : M. Garnier (chimie et toxicologie).

Faculté de médecine de Paris. — M. Jean, chef de clinique adjoint est chargé, jusqu'au 31 décembre 1880, des fonctions de chef de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Dreyfus-Brissac, démissionnaire.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Pauffard (Gabriel-Jules), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, pour une période de neuf ans. — M. Hébert (Philippe-Gustave), pharmacien de 1re classe, chef des travaux chimiques, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle, pour une période de neuf ans.

Ecole de médecine d'Alger. — Les examens de concours pour les prix ont donné les résultats suivants : Médecine : première année, prix : M. Soulié; deuxième année, prix : M. Millot ; mention honorable, *ex æquo* : MM. Honsz, Soliège ; deuxième prix : M. Merz. — Pharmacie : pas de prix.

Concours pour l'externat et l'internat. — L'ouverture des concours pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux de Paris aura lieu les mardi 12 et lundi 11 octobre, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. Les registres d'inscription resteront ouverts tous les jours, de onze heures à trois heures, du 6 au 30 septembre pour l'externat, et du 4 au 25 septembre pour l'internat.

En raison de l'appel, fixé au 1er novembre prochain, des volontaires d'un an, les candidats à l'externat qui justifieront de leur engagement conditionnel seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours. Quant aux engagés volontaires qui doivent être libérés le 1er novembre prochain, et qui se seront fait inscrire pour prendre part au même concours, ils seront appelés à subir la première épreuve à partir du 12 novembre.

Mortalité a Paris (35e semaine, du vendredi 27 août au jeudi 2 septembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 985 se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 49. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 119. — Autres tuberculoses, 57. — Autres affections générales, 93. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 34. — Diarrhée infantile et athrepsie, 180. — Autres maladies locales : aiguës, 82; chroniques, 137; douteuses, 39. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 4. — Causes inconnues, 29.

Bilan de la 35e semaine. — Etat général à peu près stationnaire. On a enregistré cette semaine 985 décès, soit une diminution de 63 décès sur le nombre de la 34e semaine. A l'exception de la fièvre typhoïde dont le chiffre de décès s'est abaissé à 31 (au lieu de 42 la semaine précédente), les maladies épidémiques n'ont pas bénéficié de cette atténuation. La variole a déterminé 49 décès (au lieu de 35 la semaine dernière), la diphthérie 47 (au lieu de 37), l'infection puerpérale 9 (au lieu de 7).

En somme, la situation sanitaire reste mauvaise et cet état fâcheux date du mois de septembre de l'année précédente. On se rendra un compte exact de l'importance des sévices causés par les principales affections épidémiques en comparant les nombres des décès enregistrés depuis cette époque avec ceux des décès survenus pour les mêmes causes du 1er septembre 1878 au 31 août 1879. Le chiffre des décès a monté : pour la fièvre typhoïde, de 1055 à 1963; pour la variole, de 577 à 2340; pour la rougeole, de 840 à 913; pour la diphthérie, de 1738 à 2074 ; pour la scarlatine, de 89 à 277.

On voit que le mouvement progressif a été général, mais que c'est surtout pour la variole qu'il a été le plus accusé, puisque le chiffre des décès de la période 1878-1879 a quadruplé dans le cours de la période suivante. Depuis l'épidémie variolique de 1870-1871, qui du 1er mars 1870 au 28 février 1871 a fait périr 12 015 individus, placés, il est vrai, dans des conditions hygiéniques exceptionnelles, la variole n'avait fait à Paris que peu de victimes. En 1873, notamment, on n'a compté que 17 décès provenant de cette maladie, et 89 en 1878. Les chiffres mortuaires n'ont commencé à grossir qu'avec l'année 1879.

Quant à la fièvre typhoïde, son influence s'est manifestée depuis dix ans d'une manière plus constante. Le nombre des décès qu'elle a occasionnés s'est élevé, chaque année, à un millier environ. Il faut excepter cependant l'année 1876, pendant laquelle le chiffre des décès a été de 2032. Comme toujours, la population militaire a payé un gros tribut à l'épidémie typhique; elle figure dans ce nombre pour 223, soit plus d'un dixième, alors que comparée à l'ensemble de la population parisienne, elle est seulement dans la proportion de 1 à 100 !

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

La *Bibliothèque scientifique internationale* vient de publier son 36e volume qui est consacré à l'histoire naturelle ; il est intitulé : *l'Écrevisse*, introduction à l'étude de la zoologie, par l'éminent savant anglais Th. H. Huxley. 1 vol. in-8 avec 82 figures dans le texte. Paris, Germer Baillière et Ce. 6 fr.

La statistique humaine de la France (naissance, mariage, mort), par M. Jacques Bertillon. Paris, Germer Baillière et Ce. 1 vol. in-32, broché, 60 centimes, cartonné. 1 fr.

Traité pratique d'analyse chimique qualitative et quantitative à l'usage des laboratoires de chimie, par le docteur J. Pisani. 1 vol. in-12. Paris, Germer Baillière et Ce. 3 fr. 50

La librairie de la *Gazette des Eaux*, quai des Grands-Augustins, 55, met en vente aujourd'hui la 21e édition de l'*Annuaire des Eaux minérales*. Nomenclature complète des Eaux minérales françaises, analyses, thermalité, propriétés thérapeutiques. Notices sur la plupart des stations thermales, etc. — C'est la publication spéciale la plus utile au médecin et aux malades. Joli volume in-18. 1 fr. 50

Contribution à l'histoire de la syphilis et de la tuberculose oculaire, des gommes syphilitiques de l'iris et du corps ciliaire, par le docteur Emile Nitos. In-8 de 144 pages, avec une planche en lithographie. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

Manuel pratique de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie et de l'art de formuler, par le docteur Camboulives. 1 vol. in-18 de 900 pages. Paris, F. Savy. 8 fr.

Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius. (Thèse de concours pour l'Agrégation), par M. le docteur G. Bouilly. 1 vol. in-8 de 182 pages. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 9 septembre 1870.

LES TEMPÉRATURES PÉRIPHÉRIQUES ET LEUR MENSURATION

(Deuxième article.)

Les recherches de M. Broca ont eu le mérite de provoquer la publication d'un assez grand nombre d'observations intéressantes. Nous avons déjà parlé de celles de M. Paul Bert, qui recommande, il est vrai, l'usage de thermomètres ordinaires, mais convenablement construits, et non, comme les physiologistes que nous avons cités, de thermomètres thermo-électriques. M. Gray (de New-York) est arrivé à des résultats à peu près semblables à ceux de M. Broca; MM. Maragliano et Seppilli ont donné des chiffres différents, et M. Shaw a essayé de prouver que ces divergences tiennent aux difficultés que l'on rencontre toutes les fois que l'on veut obtenir à la surface du crâne une température rigoureusement exacte. La compression exercée sur le thermomètre peut, si le réservoir est tant soit peu flexible, élever artificiellement la colonne du mercure; la compression exercée sur les parois du crâne détermine une anémie locale; enfin le rayonnement dû aux différences de la température ambiante donne lieu à des causes d'erreur telles que M. Amidon recommandait de n'opérer qu'en plein jour et niait l'exactitude de toutes les observations faites à la clarté d'une lampe. Ces exemples nous paraissent suffire à démontrer la difficulté de ces recherches de thermométrie cérébrale. Il serait aujourd'hui prématuré d'en rien conclure. L'avenir prouvera si, en se servant de bons instruments, on peut arriver à des résultats plus précis (1).

A côté de ces études thermométriques, nous devons placer celles qui ont eu pour but de mesurer la température locale des parois thoraciques. Or, tandis que les recherches de M. Broca ont, comme nous venons de le voir, suscité un assez grand nombre d'études physiologiques, bien peu de travaux ont été publiés, depuis l'année 1878, sur la question des températures superficielles dans les cas de maladies de la plèvre et du poumon. M. Peter s'est contenté de réimprimer textuellement, en 1880, dans ses *Leçons de clinique médicale*, la communication qu'il avait faite en 1878 à l'Académie de médecine et, parmi les travaux publiés depuis cette date, il n'a cité que le travail de M. le docteur Vidal (d'Hyères), qui prétendait dessiner, sur la paroi thoracique, à l'aide d'un thermomètre usuel, le pourtour d'une caverne tuberculeuse. Parmi les élèves de M. Peter, deux seulement, à notre connaissance, ont soutenu dans leurs thèses inaugurales les idées de leur savant maître. Nous allons donc voir les observations qu'ils ont reproduites; car au point de vue historique et critique, la thèse de M. X. Forest, que nous avons sous les yeux, ne présente que peu d'intérêt.

A Lyon, un élève de M. Lépine, M. Brébion a fait connaître le résultat de quelques expériences sur la température de la paroi thoracique chez les phthisiques (*Revue mensuelle de médecine*, juillet 1880). Seul M. Colin, toujours prêt à prendre part à toutes les discussions qui touchent à la physiologie, s'est préoccupé d'examiner quelles sont les conditions qui peuvent faire varier la température superficielle du corps (*Bull. de l'Acad.*, 1880, p. 64), et quels sont les moyens à employer pour arriver à une mensuration précise. Les remarques et les observations de M. Colin ne se rapportent qu'indirectement au sujet qui nous occupe. Nous devons cependant signaler ici les précautions qu'il considère comme indispensables à tous ceux qui prétendent obtenir des résultats à peu près satisfaisants. Il faut, dit-il, se servir d'un thermomètre suffisamment petit et suffisamment sensible pour arriver très rapidement à mesurer la température cutanée; il faut réchauffer ce thermomètre avant de l'appliquer sur la région à explorer; le maintenir exactement en contact avec la peau, éviter de souffler sur le réservoir, donner enfin au disque d'étoffe que l'on place sur celui-ci et qui est destiné à neutraliser l'action de l'air, la forme d'une cupule ou d'une demi-coquille, de façon que ce couvercle ne soit pas en contact avec le réservoir. M. Colin conteste les chiffres obtenus en recouvrant le thermomètre d'une épaisse couche d'ouate. Nous avons nous-même démontré jusqu'à quel point on pouvait vicier ainsi le résultat de l'expérience. Quant au procédé qui consiste à recouvrir le thermomètre d'une couche d'ouate maintenue « par une petite courroie en toile serrée à l'aide d'une boucle et passée obliquement autour du thorax en allant de l'aisselle au côté opposé du cou », M. Colin n'en parle pas et nous le comprenons sans peine. Nous pensons même que ce procédé n'a été que par inadvertance indiqué dans le travail de M. Peter et la thèse de M. Forest; car il ne donne et ne peut donner que des résultats qui ne sont nullement comparables et qui n'indiquent en aucune façon la température locale. Mais M. Colin s'est surtout occupé de l'influence exercée par les conditions extérieures qui modifient la température périphérique du tégument. Il a parfaitement montré que la mensuration thermique ne peut être faite à la hâte et à la légère, comme dans certaines observations, et qu'il faut apporter le plus grand soin à ces expériences pour pou-

(1) Au moment où nous corrigeons les épreuves de cet article, on nous communique le premier numéro des *Archives de neurologie*, et nous ne pouvons que parcourir à la hâte une revue critique intéressante écrite sur le même sujet par M. de Boyer. L'auteur arrive d'ailleurs à des conclusions semblables aux nôtres. Tout en reconnaissant la valeur des faits cliniques qui ont été annoncés jusqu'à ce jour, il déclare que leur interprétation reste difficile.

voir en déduire quelques conclusions. M. Colin n'a point abordé le côté clinique du sujet. Or nous voulons surtout rappeler ici, à propos des quelques nouvelles observations que nous avons sous les yeux, combien prématurée doit paraître à tous les esprits non prévenus la doctrine des foyers locaux thermogènes et de l'échauffement direct des téguments. Le silence que gardent sur cette question des températures locales les presque tous les cliniciens, en montre d'ailleurs les incertitudes et les difficultés.

Les principales lois posées par M. Peter dans les communications que nous avons analysées il y a deux ans, peuvent être résumées de la manière suivante : Dans la tuberculisation pulmonaire, la température locale des espaces intercostaux supérieurs est toujours plus élevée que la moyenne. Dans la tuberculisation pulmonaire commençante, l'élévation locale de la température est généralement proportionnelle à la nature, l'étendue et la gravité des lésions. Dans certains cas de tuberculisation pulmonaire commençante, la température locale n'est pas seulement plus élevée que la température normale de la région, elle l'est plus que la température de l'aisselle. Ces faits, dit M. Peter, peuvent servir au diagnostic et au pronostic. Ainsi, dans la chlorose, « la température des espaces intercostaux supérieurs se tient aux environs de 36 degrés, et en tout cas est *égale des deux côtés* pour le même espace, tandis que, dans la tuberculisation pulmonaire, la température y est toujours supérieure à la moyenne de plusieurs dixièmes de degré à 1 degré, et que l'*hyperthermie est* INÉGALE *d'un côté à l'autre*, comme le sont les lésions. » Jusqu'à quel point les quelques travaux que nous avons cités confirment-ils ces conclusions? A Lyon, M. Brébion constate que, chez quelques malades, il y a augmentation sensible de température de chaque côté de la poitrine; que, chez d'autres, l'augmentation porte seulement sur un des côtés, mais que les résultats ne sont pas constants, c'est-à-dire qu'une augmentation thermique en faveur d'un des côtés de la cage thoracique peut parfaitement, quelques heures après, se trouver du côté opposé. De plus, M. Brébion remarque que toutes les fois qu'il y a, chez les phthisiques, élévation de la température à la surface du thorax, il y a en même temps élévation de la température à la face interne du bras du même côté. Le fait est certainement intéressant. Il peut être rapproché de ces observations qui montrent, comme l'a fait voir M. Landrieux, que la température de la région axillaire, dans certains cas de pneumonie, peut être plus élevée du côté malade que du côté sain.

Il est vrai d'ajouter que dans un travail très sérieux, reposant sur 800 observations, M. Mac Aldowie (*Med. Times*, 1878, p. 269) a trouvé, contrairement à ce qu'avait avancé le docteur Charteris, que la température locale dans la phthisie pulmonaire varie indéfiniment des deux côtés, et que la différence comparative des températures axillaires n'est soumise à aucune loi précise, quel que soit le degré de la maladie. M. Mac Aldowie a constaté de plus que la dépression qui se fait le matin, s'observe précisément au point où l'exacerbation est la plus marquée le soir ; que la différence comparative entre les températures est presque aussi considérable lorsque les deux poumons sont également atteints que lorsqu'un poumon est plus atteint que l'autre; enfin, que l'induration pulmonaire élève la température plus que les excavations. Bien que ces mensurations thermiques aient été faites dans la cavité axillaire, elles confirment si bien ce qu'on observe souvent en prenant la température locale du thorax que nous avons pensé devoir les signaler ici. Nous ferons toutefois, à propos des chiffres cités par M. Brébion, une observation préjudicielle. Il nous paraît singulier de voir dans tous ses tableaux la température du bras toujours *identiquement* égale à la température de la paroi thoracique. Les différences que l'on constate, alors même qu'il s'agit de températures centrales, en mesurant chez un même sujet la température axillaire des deux côtés, nous font considérer comme très surprenants les résultats consignés dans le travail que nous signalons. Par contre, nous nous associons à la première des conclusions qu'il formule de la manière suivante : « Une augmentation de chaleur existe souvent sur la paroi thoracique des phthisiques. Cette augmentation de chaleur rencontrée aussi concurremment sur le bras du même côté, doit être attribuée, *en partie* au moins, à une action vasomotrice de nature réflexe. »

Les observations prises dans le service de M. Peter par M. Clado ou M. Bagneris et consignées dans la thèse de M. Forest, ne sont pas non plus absolument confirmatives des lois posées par leur maître. La première observation concerne une jeune fille chlorotique. Or, nous voyons dans ce cas que le 26 novembre, chez cette malade, la température axillaire étant 35°,9, la température du poumon droit était 32°,3 et celle du poumon gauche 33°,2, ce qui fait qu'il existait entre les deux côtés une différence de température de 9 dixièmes de degré. Le 20 janvier, chez la même malade, il y a une différence de 1°,4, toujours au profit du sommet gauche (temp. axill., 37°,8 ; temp. du poumon droit, 35°,1 ; temp. du poumon gauche, 36°,5). Il est vrai que, à d'autres jours, la température tend à s'égaliser ou même qu'elle est d'un ou deux dixièmes de degré supérieure du côté droit; mais dans cette observation, les températures sont prises à des intervalles si irréguliers qu'on n'en peut rien conclure.

Mêmes températures signalées par M. Bagnéris comme caractérisant la chlorose (temp. axill., 36°,9 ; temp. du sommet droit, 35°,6; temp. du sommet gauche, 36°,5; différence, 0°,9 dixièmes). Et l'on conclut de ces observations que le thermomètre suffit pour établir le diagnostic de chlorose sans complication thoracique ! Que devient dès lors la loi établie par M. Peter : « La température des espaces intercostaux supérieurs se tient aux environs de 36 degrés, *et, en tous cas, est égale des deux côtés?* »

Prenons les observations de phthisiques chez lesquels la température a été observée dans le service de M. Peter. Nous trouvons (obs. V) les températures suivantes :

A droite :	36°,3,	36°,9,	36°,5,	36°,4,	37°,	38°,3.
A gauche :	36°,7,	37°,2,	37°,	37°,2,	37°,	37°,5.

Sauf ce dernier chiffre (38°,3), qui est absolument anormal et certainement très rare à constater (la température axillaire déclarée est 37°,8), ne voit-on pas que, dans tous ces cas, la loi de la *disparité* de la température des deux côtés n'est point confirmée? Nous ne trouvons, en effet, que des différences de quelques dixièmes de degré et jamais une différence aussi considérable que celle qui s'observait chez les simples chlorotiques. L'observation VII est encore plus singulière à cet égard, au point de vue surtout des différences constatées chaque jour en mesurant les températures. Tantôt on voit le côté droit, tantôt le côté gauche, présenter une élévation de température, ce qui, évidemment, ne prouve rien. Nous n'insisterons point d'ailleurs sur cet examen. Il nous suffisait d'avoir montré que les résultats fournis à l'appui de la doctrine qui considère l'élévation de la température locale chez les tuberculeux comme tout à fait caractéristique, comme due à

l'existence d'un foyer thermogène sous-jacent à la peau, et comme pouvant suffire à affirmer un diagnostic dans les cas douteux, ne prouvent nullement la loi pathologique qu'on en prétend déduire.

Si donc nous résumons en quelques lignes ce que nous apprennent les recherches les plus récentes entreprises en vue de déterminer quelle est la valeur des mensurations thermométriques locales, nous arrivons aux conclusions suivantes : Les observations faites à l'aide des instruments les plus précis, les expérimentations physiologiques instituées avec le soin le plus minutieux, démontrent : 1° que dans les conditions physiologiques l'échauffement de la paroi du crâne due au travail intellectuel est presque insignifiant; que très rarement, *chez un individu parfaitement sain*, l'hyperthermie dépasse 1 à 2 dixièmes de degré ; 2° que la conductibilité des tissus qui séparent les couches corticales du cerveau de la peau du crâne est des plus faibles, et que, lorsqu'il y a hyperthermie locale, on ne peut admettre que l'échauffement périphérique soit dû à l'élévation de la température des couches corticales du cerveau ; 3° que, en ce qui concerne les températures locales mesurées sur la paroi thoracique, les conditions dans lesquelles ces températures ont été prises jusqu'à ce jour ne permettent pas de tirer des observations publiées des conclusions précises.

Il est indéniable cependant que, dans un grand nombre de circonstances, la contention d'esprit, un travail un peu prolongé ou un état maladif, peuvent, non pas chez tous les sujets, — ce qui confirmerait les observations de M. Broca, — mais chez certains individus, élever la température locale des parois du crâne. Il est non moins certain que, chez les chlorotiques, chez les arthritiques, chez les tuberculeux, la température locale mesurée à la face antérieure du thorax, sur le bras ou à la paume de la main, est très souvent supérieure à la température normale, que fréquemment elle peut atteindre ou même dépasser 37 degrés. Comment expliquer ces faits alors que nous devons nier l'échauffement par continuité de tissu dû à l'existence de foyers thermogènes sous-jacents à la peau? Les observations de M. Bert, qui constate au réveil l'élévation de température de la région frontale, et celles qui montrent l'hyperthermie de la face (céphalée, migraine, névralgies) ou de la nuque (fièvre typhoïde), ou, comme le déclare M. Voisin, de la région post-auriculaire (aliénation mentale), ou même de la région épicrânienne (manie hystérique), ne sont-elles point à rapprocher des observations qui ont fait voir, chez les arthritiques, les tuberculeux ou même chez tous les fébricitants, des hyperthermies locales de la région thoracique ou des extrémités? Dans tous ces cas, nous l'avions déjà fait remarquer en 1878, il s'agit bien plutôt de troubles de calorification dus à l'excitation directe ou réflexe des vaso-moteurs de la région que l'on examine, que d'un échauffement direct et par continuité de tissu. Les mêmes hypothèses peuvent être faites dans presque toutes les observations de tuberculisation pulmonaire ; ne sait-on pas que, dans la tuberculisation surtout, les troubles vaso-moteurs périphériques sont des plus fréquents? Mais il y a plus; nous croyons, avec M. Colin, que bien souvent les procédés mis en usage pour mesurer la température ont, chez les tuberculeux, élevé artificiellement la température superficielle; c'est ainsi seulement que l'on arrive à comprendre qu'elle puisse devenir équivalente et même parfois supérieure à la température centrale.

Nous persistons donc à penser qu'il faudra encore bien des études, qu'il sera nécessaire de perfectionner singulièrement nos procédés de recherche, avant de pouvoir faire servir au diagnostic et au pronostic les chiffres obtenus par la mensuration des températures superficielles.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'histoire des accidents de la convalescence de la variole, par le docteur Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen, membre correspondant de l'Académie de médecine.

L'épidémie de variole qui règne depuis le commencement de l'année, a conduit dans ma division d'hôpital plus de cent malades atteints de cette affection. Quatre d'entre eux ont présenté, pendant la convalescence, des accidents insolites dans leurs caractères, et que l'on rencontre très exceptionnellement dans un court espace de temps. L'un d'eux offrit, après la dessiccation de la variole, une anasarque assez étendue sans albuminurie concomitante, terminée par la mort subite. Chez un deuxième, l'anasarque survint dans la convalescence d'une variole au vingt-neuvième jour de la maladie, sans que l'urine présentât d'albuminurie avant ou au moment de l'hydropisie. Chez un troisième, l'anasarque s'accompagna d'albuminurie et se termina par la guérison. Chez un quatrième, enfin, l'anasarque, survenue dans les mêmes conditions, concomitante à une hématurie, se termina par des convulsions urémiques et la mort. Quatre malades présentent des variétés d'une même complication : hydropisie, albuminurie, éclampsie, enfin la mort subite.

La rareté seule de ces cas n'en forme pas tout l'intérêt. Sur près de huit cents cas de variole, observés et notés dans mon service hospitalier depuis 1854, c'est la première fois que je les rencontre; à ce titre déjà, ils méritent d'être signalés. Ils empruntent un autre intérêt à ce fait que, depuis vingt-six ans, les cas d'hydropisie, de néphrite grave, de tuméfaction tardive des ganglions lymphatiques du foie, de la rate, du corps thyroïde et des glandes mammaires, ont été observés et notés par moi avec une fréquence exceptionnelle dans certaines épidémies de fièvre typhoïde, de rougeole et de variole.

On sait que la variole offre, sans causes connues aujourd'hui, des différences singulières suivant le règne épidémique. M. E. Besnier a insisté justement sur ce fait que, dans certains moments, la variole semble contagieuse à l'excès, s'étend à beaucoup d'individus d'une même localité, et même à un grand nombre de localités; que, dans d'autres moments, elle semble moins contagieuse et peut créer des foyers isolés. La variole hémorrhagique règne à certaines époques, fait presque défaut dans d'autres. J'ai montré (*Arch. gén. de méd.*, série 5, vol. XII, p. 407, 1858) que la fièvre typhoïde pouvait s'accompagner d'hydropisie générale, comme dans l'épidémie de 1856 et 1857, à Rouen. En 1869 (*Clinique médicale de l'hôtel-Dieu de Rouen*, p. 68, 1874), j'ai vu survenir, dans la convalescence des fièvres typhoïdes, des altérations du foie, de la rate et de quelques autres glandes. La rougeole elle-même m'a présenté, en 1870, chez un malade, une tuméfaction aiguë des ganglions lymphatiques de la rate, et de l'albuminurie dans sa convalescence; chez un autre malade, uniquement les tuméfactions ganglionnaires.

C'est sur ce point d'étude épidémiologique que j'ai l'intention d'insister; mais avant de traiter cette partie de mon sujet, j'essayerai de déterminer quelle place mes faits d'observation personnelle doivent prendre dans l'histoire actuelle de la science. « L'anasarque, dit Trousseau (*Clin. méd.*, vol. I, p. 22), survient dans la variole confluente, moins souvent, à la vérité, que dans la scarlatine, mais plus fréquem-

ment que dans la rougeole. » Trousseau, en écrivant ces lignes, paraît admettre l'existence d'une anasarque indépendante de l'albuminurie et de la maladie des reins; car il ajoute, dans le paragraphe suivant: « L'albuminurie est une autre complication de la maladie dont nous faisons l'histoire. » Un des cas que j'ai observés semble donner raison à cette supposition.

Obs.— B. (André), âgé de vingt-neuf ans, employé aux Docks, entre, le 23 mars 1880, salle 19, à l'hôtel-Dieu de Rouen; vacciné, il présente quatre cicatrices vaccinales aux bras. B. est malade depuis le 18 mars; vomissements bilieux, rachialgie, fièvre, éruption remarquée le 19, dit-il. Le 24, papules presque confluentes à la face, assez nombreuses aux membres, où quelques-unes sont légèrement violacées à leur centre. (Lim. sulfurique, tisane vineuse.)

Le 27, suppuration des pustules, persistance de la teinte violacée autour d'elles, surtout aux cuisses et aux aines, gonflement considérable de la face.

Le 2 avril, suppuration de toutes les pustules de la face, qui est très gonflée; diarrhée, adynamie; la diarrhée diminue du 8 au 10 avril; kératite ulcéreuse du segment inférieur gauche. Opacité s'étendant, les jours suivants, à toute la cornée, et amenant, le 14, la fonte de l'œil. Ce jour, on constate l'existence d'un œdème marqué du scrotum, des cuisses, de la région sacrée; l'urine, examinée plusieurs jours de suite, était sédimenteuse, ne contenait pas d'albumine.

A partir du 20 au 30, rupture des pustules à la face, qui se recouvrent d'une croûte jaunâtre, épaisse; l'anasarque augmente, paraît un peu à la face; l'état général est assez bon, pas de coma. B. mange des potages, boit du vin.

Le 30, à neuf heures, au moment de la visite, je constatai les phénomènes indiqués ci-dessus; l'intelligence était parfaite; à neuf heures et demie, la religieuse de la salle venait de lui donner son potage, quand elle fut rappelée auprès de lui par ses voisins. B. . venait de s'affaisser sur son lit, il était mort.

Examen du cadavre, le 1er mai. — Œdème persistant des membres inférieurs et du scrotum. Cerveau et moelle non examinés. Pas d'épanchement dans les plèvres, les deux poumons normaux non congestionnés; péricarde sain, cœur d'un volume normal, pas de dilatation de ses cavités, parois un peu flasques; pas de lésion des valvules, pas de caillots dans le cœur.

Péritoine sain, intégrité de la muqueuse stomacale. Foie congestionné, un peu augmenté de volume; rate doublée de volume, molle; reins congestionnés, avec quelques points de décoloration blanchâtre à sa surface, même aspect à l'intérieur.

Ce fait est remarquable à deux points de vue: l'existence de l'hydropisie au vingt-cinquième jour d'une variole grave, à tendance hémorrhagique, avec kératite ulcéreuse consécutive, et terminée par la mort subite. Quelle est la cause de cette hydropisie? Dire qu'elle fut simplement cachectique, c'est, à mon avis, constater le fait sans l'expliquer. J'ai dit que l'examen de l'urine ne m'avait pas présenté d'albuminurie; je l'ai analysée plusieurs fois, il est vrai, mais l'état congestionnel du rein, sa décoloration partielle, même en l'absence d'étude histologique, me feraient supposer que le rein n'a pas été étranger à la production de l'hydropisie. Le ramollissement du cœur, constaté à l'autopsie, pourrait avoir joué un certain rôle dans cette pathogénie. Je n'ai pas oublié les recherches très intéressantes de M. Brouardel sur les altérations du cœur et de l'aorte dans la variole. Quel qu'ait été le mécanisme pathogénique de ces accidents, ce que la clinique a permis de constater, c'est une mort subite au quarante-huitième jour d'une variole confluente, chez un vacciné, ayant offert, dans le cours de sa maladie, une tendance hémorrhagique, de la diarrhée pendant la suppuration, une kératite ulcéreuse et des hydropisies au début de la convalescence.

Cette mort subite rappelle, par son caractère instantané, le genre de mort étudié, il y a peu de temps, dans la fièvre typhoïde, par M. Dieulafoy, et dont j'ai moi-même observé des exemples que l'on trouvera résumés dans le travail de ce médecin.

Le deuxième fait que j'ai observé présente quelques caractères cliniques différents du premier. L'évolution de la variole est à peu près la même que chez le malade précédent, mais chez le malade dont je donne ici l'histoire, j'ai constaté des signes de lésion de l'aorte et des valvules aortiques.

Obs.— R..., âgé de trente-trois ans, charretier, entre, le 14 juillet 1880, à l'hôtel-Dieu. Vacciné, R... présente des cicatrices caractéristiques de bon vaccin à chaque bras. L'affection aurait débuté le 13 juillet; prodromes peu graves; rachialgie, vomissements. A l'entrée, les papules étaient développées à la face, confluentes. Leur développement ultérieur fut lent, accompagné, avant la suppuration, d'une tendance hémorrhagique; auréole violacée autour des pustules de la région inguinale et des cuisses; pendant deux jours, à cette époque, rétention d'urine. La suppuration eut lieu régulièrement. Mais, à ce moment, R... fut atteint, pendant deux jours, d'une paralysie vésicale (l'urine n'était pas albumineuse). Délire bruyant, agité, le neuvième jour de la maladie, persistant jusqu'au vingt et unième jour, à peu près. Pas de signes de troubles cardiaques. Au dix-huitième jour, kératite ulcéreuse gauche en pleine dessiccation, avec fonte de l'œil. Après cet accident, l'état général s'améliore; R... commence à manger; il est pâle. Le trentième jour de sa maladie, R..., dont l'urine, examinée plusieurs fois, n'avait pas présenté d'albuminurie et n'en offrait pas de trace ce jour même, présente de l'œdème de la face, des membres inférieurs et du scrotum; aggravation de l'état général. Impulsion cardiaque assez vive; souffle fort au premier temps, ayant son maximum le long de l'aorte et vers les valvules sigmoïdes de l'aorte. R... est encore en traitement au moment où j'écris ces lignes.

Est-il possible de rapporter à la lésion de l'aorte, dont j'ai indiqué le signe physique, l'hydropisie générale survenue au trentième jour de la variole? J'hésite à le faire. Une lésion aiguë de l'aorte ne provoque pas d'accidents hydropiques de ce genre. Je crois plutôt que ce malade a présenté une lésion de l'aorte; que la lésion de l'appareil circulatoire, aidée de la prédisposition néphrétique du sujet alcoolisé, a contribué au développement de l'hydropisie, mais qu'elle n'en est pas la cause pathogénique exclusive.

Les néphrites ont été indiquées comme une des conséquences de la variole. Rayer (*Malad. des reins*, vol. II, p. 428, 1840) écrit: « J'ai eu connaissance d'un cas de néphrite albumineuse survenue dans la convalescence d'une variole confluente. » « Les reins, dit Jaccoud (*Path. int.*, vol. II, p. 656, 1871), sont le siège d'une hyperhémie intense (dans la variole), et, dans bien des cas, ces derniers présentent les altérations de la néphrite interstitielle signalée par Ber. » « Chez les varioleux, dit Lécorché (*Mal. des reins*, p. 141, 1875), la néphrite superficielle n'est guère signalée que chez les individus qui n'ont pas été vaccinés, et, par conséquent, chez lesquels la maladie présente une certaine gravité. » Gubler l'a vue surtout apparaître à la période de suppuration, alors qu'elle faisait défaut au début. Quinquaud (*Épidémie de la Pitié*, 1874, *Arch. gén. de méd.*, série 6, vol. XVI, p. 327, 1870) entre dans de plus longs détails à cet égard. « Le maximum des lésions des reins, dit-il, est atteint dans les varioles hémorrhagiques à marche rapide. Sur une coupe, on distingue alors des tubuli opaques remplis d'épithélium et de granulations albuminoïdes et graisseuses. Parfois même, il existe une certaine analogie entre ces tubes et ceux qui sont dégénérés sous l'influence du phosphore. Dans les varioles confluentes, la lésion est souvent à son minimum, de telle sorte qu'il faut ici un examen plus minutieux, puisqu'on se rapproche de l'état physiologique. Même dans ces dernières nécropsies, lorsqu'il s'agit d'alcooliques, les altérations sont un peu plus nettes; d'ailleurs, *c'est dans ces cas où l'albumine passe dans les urines*. D'après mes observations, je crois que le rein d'un alcoolique est déjà en état d'imminence morbide, par ce seul fait que l'individu est alcoolique; que, partant, la variole y détermine plus facilement un processus dégénératif aigu que sur un rein appartenant à un individu sain antérieurement. » Dans un autre passage du même mémoire (p. 437), Quinquaud écrit: « La présence de

l'albumine des varioleux se constate au début, puis elle cesse vers la fin de la suppuration. »

Il me paraît résulter de l'ensemble de ces observations que l'albuminurie et la néphrite sont des phénomènes passagers survenant, d'après les auteurs, dans la période confirmée de de la maladie, ou dans sa forme hémorrhagique.

Il n'en est pas toujours ainsi : les deux faits que j'ai observés montrent que la néphrite peut survenir chez des individus sains antérieurement, et présenter ses conséquences les plus graves : l'hydropisie et l'éclampsie.

Obs. — F...(Henri), âgé de cinq ans, non vacciné, entre, le 22 avril, 1880, à l'hôtel-Dieu de Rouen, salle 21, avec une variole confluente à la face, plus discrète aux membres et sur le tronc; l'éruption variolique suppura à la fin de la première semaine, avec une fièvre intense et un peu de délire; pas de phénomènes hémorrhagiques. Dessication en croûtes jaunâtres du douzième au quinzième jour de la maladie. Vers le dix-huitième jour, kératite ulcéreuse du segment inférieur de l'œil gauche. Infiltration plastique rapide de toute la cornée; fonte de l'œil au bout de trois jours. Vers cette époque, on remarque une anasarque, générale au début, atteignant la face comme les membres inférieurs et supérieurs. L'urine est légèrement albumineuse, elle le devient plus les jours suivants.

Pendant les dix jours suivants, F... reste presque toujours comateux, sans mouvements convulsifs; c'est à grand'peine qu'on arrive à lui faire ingérer du bouillon, du vin et du sirop de quinquina; ce coma cesse peu à peu; l'albuminurie cesse vers le quarantième jour de la maladie; l'anasarque disparaît à la face, plus tard aux membres inférieurs et au scrotum; F... quitte l'hôpital, guéri, trois mois et demi après l'entrée.

Comme dans le premier fait que j'ai cité, la variole avait été confluente, l'enfant n'était pas vacciné; le début de la convalescence avait été marqué, comme dans la première observation, par une perte de l'œil; l'anasarque et l'albuminurie survinrent presque en même temps et disparurent ensemble. Malgré un coma prolongé et intense, la guérison fut complète.

Un autre fait complète le précédent. Il montre les accidents de néphrite sous une forme un peu différente.

Obs. IV. — L... (Charles), âgé de treize ans, non vacciné, entre, le 23 juin 1880, à l'hôtel-Dieu, salle 19. Malade depuis le 21 juin, dit-il, il présentait à l'entrée des papules de variole nombreuses à la face, mais non confluentes, plus rares aux membres.

Le 2 juillet, développement lent des pustules; pouls à 82; état général bon; appétit (deux potages).

La suppuration se développe dans les pustules avec un gonflement et une fièvre modérés. Elles suivent une évolution rapide; le 9 juillet, elles formaient des croûtes non confluentes, jaunâtres à la face, et suppuraient lentement aux membres.

Le 18, apparition d'une anasarque assez marquée à la face et aux membres; presque en même temps, l'urine, non albumineuse antérieurement, devient légèrement sanguinolente, et conserve ce caractère jusqu'à la mort. Pas de coma, ni de céphalalgie, ou d'amblyopie.

Le 25 juillet, sans aucun prodrome, invasion de convulsions éclamptiques, avec écume à la bouche; morsure de la langue; ces convulsions sont incessantes dans la soirée et une partie de la nuit.

Le 26, à huit heures, intelligence intacte; anasarque diminuée; dyspnée; toux quinteuse incessante. Mort dans l'après-midi.

L'autopsie n'a pu être faite, le cadavre ayant été enlevé prématurément.

Chez ce malade, non vacciné, la variole n'était pas absolument confluente; elle était plutôt en corymbes. Les accidents hémorrhagiques faisaient défaut; l'état général n'était pas adynamique, lorsque, au début de la convalescence, apparaît une hématurie légère, une anasarque, et au bout de quelques jours une éclampsie rapidement mortelle. Même en l'absence de l'examen, nous retrouvons tous les symptômes de la néphrite avec urémie.

Ces deux faits constituent donc la preuve de l'existence de lésions des reins dans la convalescence de la variole, pouvant provoquer les accidents les plus graves; on sait, d'autre part, que l'albuminurie peut manquer dans certaines néphrites, et on a indiqué, il y a quarante ans déjà, la possibilité de l'apparition de l'anasarque avant la manifestation de l'albuminurie. Appuyé sur ces considérations, on pourrait peut-être rapprocher la première observation de la deuxième et de la troisième. Il faudrait alors admettre que la convalescence de la variole peut être marquée par des hydropisies avec ou sans albuminurie, mais avec lésion probable des reins. D'autres fois, la lésion rénale, plus intense, provoque le coma, une hématurie secondaire, et quelquefois l'éclampsie.

En comparant le résultat de mon observation avec les extraits des mémoires publiés antérieurement, on voit que pour les auteurs la néphrite et l'albuminurie ne sont qu'un phénomène transitoire, apparaissant pendant la période aiguë de la maladie ou dans sa forme hémorrhagique, tandis que dans l'épidémie actuelle ces mêmes accidents sont apparus dans la convalescence.

La forme de variole a-t-elle exercé quelque influence pathogénique? Deux des malades n'étaient pas vaccinés; trois ont présenté avant l'anasarque une kératite ulcéreuse avec fonte de l'œil; un quatrième avait été atteint d'une variole non confluente, qui avait parcouru ses périodes sans accidents, sans adynamie.

Il ressort de ces détails que, le plus souvent, la variole avait été assez grave; elle n'avait cependant pas dépassé la gravité de beaucoup d'autres cas, où les épiphénomènes étudiés ici avaient fait défaut. Un seul de ces malades présenta des symptômes d'alcoolisme; les trois autres n'avaient pas abusé des boissons alcooliques. Je rappellerai d'ailleurs que l'un avait cinq ans et l'autre treize.

Parmi les fièvres éruptives, la scarlatine est connue depuis longtemps comme s'accompagnant, dans sa convalescence, d'hydropisies, de lésions des reins, etc. La rougeole a été indiquée par Trousseau comme étant celle des fièvres éruptives qui donne lieu le plus rarement aux hydropisies et aux néphrites; cependant ces épiphénomènes ont été également décrits à la suite de rougeole. L'hydropisie seule, sans albuminurie, peut se rencontrer à la suite de rougeole. Barthez et Rilliet (*Maladies des enfants*, vol. III, p. 275, 2e édit.) en ont observé des exemples. Moisson (thèse inaugurale, Paris, 1867) a rapporté cinq observations originales d'anasarque consécutive à la rougeole sans albuminurie. Plus souvent l'hydropisie s'accompagne d'albuminurie et de néphrite : tels sont les faits rencontrés par le docteur Lombard dans l'épidémie de 1832; plusieurs de Barthez et de Rilliet, de Gregory, de Huss, de Johnson, de Bouchut. D'après Barthez et Rilliet, les accidents hydropiques apparurent du douzième au vingt et unième jour de la maladie. Chez deux des malades de Johnson, les accidents hydropiques parurent du dixième au quatorzième jour de la rougeole. J'ai moi-même observé (*Clinique médicale de l'hôtel-Dieu*, p. 72, 1874) un cas de rougeole chez un enfant de sept ans, chez lequel, vingt-quatre jours après la rougeole, apparut, après des accidents fébriles, une tuméfaction des ganglions lymphatiques du col et de l'angle des mâchoires, un gonflement de la rate, une hématurie légère. Au bout de peu de jours, l'urine cessa d'être sanguinolente, resta albumineuse; la guérison fut complète au bout de neuf jours. Le frère de ce malade fut atteint à la suite de rougeole, pendant la même épidémie, de tuméfaction aiguë des ganglions; il guérit rapidement.

Frerichs (*Bright sch. nierenkrankh.*, p. 208, 1851) déclarait que les rougeoles pouvaient être suivies de néphrites vraies; cette opinion était partagée par Huss. Johnson (*Maladies des reins*, trad. allemande, p. 125, 1854) a constaté chez un de ses malades que le rein était gros, la substance corticale un peu pâle, avec plaques de congestion; les canalicules opaques présentaient une desquamation épithéliale. Nous voyons dans la plupart de ces faits l'albuminurie se montrer dans la convalescence de la rougeole; il n'en serait

pas de même constamment, suivant Lécorché (*Maladies des reins*, p. 141, 1875) : « Dans la rougeole, dit-il, cette néphrite est moins fréquente (que dans la scarlatine) ; elle ne se voit guère que dans les formes graves, comme celles qu'a signalées Brown *pendant l'épidémie de Leith* ; elle peut se rencontrer à la période de desquamation, mais c'est à la période d'éruption qu'elle apparaît d'ordinaire.

En résumant ce que nous avons écrit sur la variole et la rougeole, on constate donc que les néphrites et les albuminuries peuvent se montrer pendant la période d'éruption et quelquefois dans la convalescence, les hydropisies plus spécialement dans cette dernière période; ces derniers accidents sont souvent signalés par les auteurs dans le cours d'épidémies.

La fièvre typhoïde présente aussi, dans ses différentes épidémies, des caractères qui se rapprochent, dans quelques-unes d'entre elles, des épiphénomènes signalés plus haut dans la variole et dans la rougeole. Depuis la fin de 1854 jusqu'à la fin de 1879, j'ai recueilli dans mon service hospitalier 950 observations de fièvre typhoïde. Les années d'épidémies ont été de 1855 à 1858, le chiffre des entrées s'élevant en 1855 à 64, en 1856 à 91, en 1857 à 86; puis en 1861 à 45 entrées, en 1869 à 76, en 1873 à 63, et en 1878 à 49. Le chiffre moyen des années où la maladie n'a pas été épidémique est représenté par le chiffre de 12 à 30 entrées.

L'épidémie de 1856 m'a présenté 3 cas de néphrite avec albuminurie survenus dans la convalescence; chez un de ces malades, la mort survint à la suite de convulsions éclamptiques. Je ne confonds pas, bien entendu, avec les cas ci-dessus, ceux d'albuminurie transitoire notée dans le cours de la fièvre typhoïde pendant la période d'état; ils sont nombreux.

A la fin de 1856, et dans le cours de 1857, époque la plus considérable d'épidémie dont j'aie été témoin à Rouen, puisque le nombre des typhiques observés dans ces deux années s'élève à 177, j'ai constaté chez 8 malades, au moment de la convalescence, des hydropisies dont j'ai donné l'histoire dans un travail publié antérieurement (*Arch. de méd.*, sér. 5, vol. XII, p. 407, 1858). Ces hydropisies étaient généralisées ou localisées aux membres inférieurs; elles survenaient le plus souvent sans prodromes, coïncidaient souvent avec un peu d'exacerbation du mouvement fébrile, des sueurs, une éruption abondante de sudamina, et une bronchite intense. Leur apparition avait lieu, en général, à la deuxième ou troisième semaine de la maladie; elle disparaissait en deux ou trois semaines. Chez ces malades, je n'ai jamais constaté de lésion des reins. Je rappelle que cette complication s'est rencontrée dans un espace d'un an environ. Depuis lors, je n'ai jamais recueilli de fait semblable. Griesinger (*Virchow's handbuch der pathologie und der therapie*, vol. II, p. 173, 1857) écrit : « On rencontre comme complication assez rare de la fièvre typhoïde, à sa deuxième période, une hydropisie étendue du tissu cellulaire et des séreuses; *cette hydropisie est plus commune dans certaines épidémies* ; je l'ai rencontrée l'année dernière, pendant une épidémie qui frappa une population souffrant de la disette, chez presque un quart des individus. L'œdème survenait, en général, à la fin de la troisième semaine, plus rarement à la fin de la deuxième; commençait tantôt à la face, tantôt aux extrémités inférieures, s'étendait rapidement à tout le corps, et s'accompagnait souvent de plus ou moins d'ascite. Un petit nombre de ces malades présentaient en outre une albuminurie marquée ; elle était le plus souvent peu prononcée ou avait déjà cessé. Pendant ce temps, la peau demeurait chaude et sèche; des miliaires intenses accompagnaient le début des hydropisies et persistaient pendant toute leur durée. Quelquefois le pouls était ralenti et irrégulier... Cette hydropisie durait, en général, de six à dix jours; elle n'avait pas d'influence fâcheuse sur la terminaison de la maladie; en effet, le plus petit nombre des malades succomba.» Le résultat de mon observation est absolument conforme à celui de Griesinger; en effet, sur mes 8 malades, 1 seul succomba.

L'épidémie de 1869 et 1870 m'a présenté, pendant la convalescence de la maladie, un ordre de complications que je n'ai observé que très exceptionnellement dans d'autres années; je veux parler de la tuméfaction tardive de la rate, du foie, du corps thyroïde, des ganglions lymphatiques, des glandes mammaires (*Clin. méd. de l'hôtel-Dieu de Rouen*, p. 68, 1874). Les engorgements du foie et de la rate survenaient à une époque avancée de la maladie; on les observait aussi bien dans les cas graves que dans les cas légers; dans la plupart des faits, la turgescence des glandes sanguines de l'abdomen était précédée d'une rémission marquée de la fièvre, quelquefois même par une apparence de convalescence; ces complications n'aggravaient pas le pronostic : presque tous les faits se sont terminés par la guérison.

Conclusions.— 1° La variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, peuvent présenter dans leur convalescence des hydropisies, des albuminuries, des néphrites;

2° Ces complications, assez rares par elles-mêmes et relativement aux diverses maladies, se montrent plus spécialement dans certaines épidémies;

3° D'autres complications, comme le gonflement de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques, se montrent quelquefois dans la convalescence de la fièvre typhoïde, plus rarement de la rougeole;

4° Ces accidents se rencontrent plus spécialement dans certaines épidémies;

5° Le caractère propre à certaines épidémies de variole, de rougeole, de fièvre typhoïde, tend donc à provoquer dans la convalescence de ces maladies certaines complications plus rares dans leur forme sporadique.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude et par la gaze antiseptique de Lister.

Vaux (Suisse), le 13 septembre 1880.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la communication de M. le docteur Hallopeau faite à la Société médicale des hôpitaux, le 13 août, sur l'emploi du salicylate de soude dans l'érysipèle, et, à titre de lecteur assidu de la *Gazette*, permettez-moi de vous communiquer les résultats obtenus par moi dans le traitement de l'érysipèle, au moyen du salicylate administré à l'intérieur et de l'application locale de la gaze antiseptique de Lister. En juillet et août j'eus à soigner 5 cas d'érysipèle, 2 de la face, 3 des membres inférieurs. Les 2 cas de la face n'évoluèrent pas plus rapidement sous l'influence du salicylate; aussi lors des 3 cas subséquents d'érysipèle aux membres inférieurs (dont 1 traumatique), il me vint à l'idée de combiner avec l'emploi intérieur du salicylate l'enveloppement du membre atteint avec de la gaze antiseptique de Lister. Je voyais mes malades presque tous les jours, et à chaque visite je changeais la gaze. Sous l'influence de ce traitement combiné, j'ai pu constater non seulement que l'envahissement du membre n'avait pas eu lieu, mais aussi que l'évolution de l'érysipèle était de moindre durée qu'il ne l'est en général. La dose de salicylate employée par jour était de 1 gramme chez l'un et de 2 grammes chez les autres. La discussion reste ouverte sur l'emploi de ces agents; pour moi, j'attribue la prompte guérison de mes érysipèles à l'enveloppement avec de la gaze, comme antiseptique et antipyrétique local. J'ajoute que les malades la supportent parfaitement; on dirait que la gaze phéniquée agit, de plus, comme anesthésique. Je serais heureux de voir de nouveaux essais de

cette méthode venir corroborer mes expériences peu nombreuses encore. C'est dans ce but que je vous prie d'agréer ces quelques lignes.

Agréez, Messieurs, etc.

MERCIER.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Congrès laryngoscopique de Milan.

Opération extraordinaire de laryngectomie.

Milan, le 6 septembre 1880.

La période des canicules a été cette année assez féconde en congrès, et les colonnes de la *Gazette* en ont été assez remplies pour que vous puissiez vous dispenser du compte rendu du Congrès laryngologique qui vient de tenir sa première séance dans cette ville. C'était cependant une réunion internationale, qui a surpris, par sa fécondité et la valeur réelle de ses travaux ceux mêmes qui sont au courant de ce qui se fait dans cette direction, et le Congrès laryngologique a gagné d'emblée et dignement ses droits de cité à côté de ses aînés dans la science.

Je ne serais pas embarrassé d'intéresser vos lecteurs aux communications qui y ont été apportées par des hommes compétents venus ici de tous les pays de l'Europe. La *Gazette* aura, j'espère, la primeur de quelques-uns des travaux originaux; mais une analyse de l'ensemble ne pourrait être que fastidieuse ou insuffisante. Je me bornerai en ce moment à vous faire connaître le fait saillant du Congrès, appelé à produire une vive émotion dans le corps chirurgical.

Un jeune chirurgien de Reggio-Emilia, M. Caselli, dont le début sobre et élégant a séduit dès les premières paroles prononcées, a montré à ses collègues une jeune paysanne âgée d'une vingtaine d'années, d'aspect robuste, à joues roses et joufflues, qui avait subi l'opération la plus hardie, peut-être, que la chirurgie ait jamais conduite à bonne fin. Nous sommes loin, il paraît, des extirpations pures et simples du larynx, jeu d'enfant dorénavant; la jeune Giuseppina s'est vu enlever — veuillez compter sur les doigts — une partie de la base de la langue et de l'hyoïde, le voile du palais avec ses piliers et la luette, les deux amygdales, la paroi postérieure du pharynx, une portion de l'œsophage, le larynx tout entier, cricoïde y compris, et la glande thyroïde. Or, il y a un an que Giuseppina a été privée de ces organes réputés utiles, et depuis onze mois elle n'a pas cessé de manger, de boire et de *parler*, à peu près comme le commun des mortels. Il faut croire qu'il y a trop de luxe dans notre construction et qu'on sera, dans l'avenir, autorisé à la simplifier par voie de suppression. Voilà une tête humaine(que ne pourra-t-on faire du tronc !) singulièrement ravagée, en vérité ! En enfonçant l'index profondément dans la bouche, on ne rencontre que la colonne vertébrale: tout le reste est enlevé, sauf une portion de la langue. Quant à l'investigation faite au moyen du laryngoscope, elle donne pour tout résultat l'aspect d'un grand espace formé par la réunion des loges des organes extirpés. C'était le cas de se rappeler la mélancolique réflexion du célèbre philosophe, se plaignant que ses lumières ne lui servaient qu'à lui faire voir l'obscurité. De quelque façon que nous nous y prissions, en effet, les rayons de notre appareil tombaient dans un vide noir. J'ai pris cette jeune fille à part, je l'ai examinée bien attentivement en dehors de la salle du Congrès, plusieurs de nos collègues ont fait comme moi, et, il faut l'avouer, nous sommes tous demeurés quelque peu stupéfaits.

Giuseppina a mangé devant nous un morceau de pain, elle a avalé ensuite un grand verre d'eau, avec une certaine lenteur il est vrai, mais vidant le verre complètement sans qu'une goutte du liquide fût rejetée. Cette jeune fille respire largement par une canule, dont le diamètre est tellement considérable qu'il doit remplir toute la lumière de la trachée. Ce point est intéressant en ce qu'il va nous expliquer comment Giuseppina peut parler lorsque le besoin s'en fait sentir. Le volume exceptionnel de la canule trachéale permet l'introduction, de bas en haut, d'un appareil musical ayant la forme d'une canule conique ascendante et articulée, et qui vient aboutir dans la bouche, où on en voit l'extrémité couchée sur la langue. Une petite languette forme anche au niveau de l'extrémité libre de cette canule ascendante, et est mise en vibration par la colonne d'air expirée, qui s'engage dans l'appareil par un orifice pratiqué au niveau de sa jonction avec la grosse canule trachéale. Le son musical qui se produit à bouche ouverte est celui de la note monotone d'un de ces innombrables instruments rudimentaires qui constituent l'arsenal musical des joujoux d'enfant, et ce son n'a en lui-même rien de commun avec la voix humaine; mais il est assez puissant pour être entendu à une grande distance, et lorsque Giuseppina ferme la bouche et se met à parler, la cavité pharyngo-buccale forme résonnateur et joint son timbre humain au son musical; si bien que la parole, tout en gardant quelque chose d'étrange, se rapproche sensiblement de la voix normale. La chose importe peu du reste; le langage sonore s'effectue avec aisance et l'appareil paraît être facilement supporté, ce qui n'avait pas lieu pour les appareils qui ont précédé celui-ci, dont la construction est due, à ce qu'il paraît, à un amateur, mécanicien par tempérament, et habitant la même ville que M. Caselli.

Voilà pour les conséquences de l'opération à échéance d'un an; mais quelles en seront les suites définitives, et l'affection pour laquelle elle a été pratiquée ne récidivera-t-elle pas?

L'examen microscopique des parties enlevées, fait par M. Trebbi a révélé l'existence dans les parties enlevées d'un vaste granulome lymphoïde, qui, éloigné de l'économie, pourrait bien ne plus reparaître. L'aspect de la malade permet de l'espérer, du reste.

Je viens de vous parler du résultat final; mais je ne vous ai pas décrit le mode opératoire suivi par M. Caselli, parce que d'abord j'ai traité récemment, dans la *Gazette* même, la question de l'extirpation du larynx lors de mon étude sur le cancer de l'organe; et ensuite parce que la courte communication que je vous fais ici au courant de la plume ne doit se rapporter qu'à ce que j'ai vu de mes yeux.

Veuillez agréer, etc.

M. KRISHABER.

Congrès de l'Association médicale britannique tenu à Cambridge le 10 août 1880, sous la présidence de M. le docteur Humphry.

(Fin. — Voyez les numéros 36 et 37.)

Travaux des sections.

Nommer les docteurs Gairdner, Mahomed Hayden, de Dublin, Wilberforce Smith, Haddon, Dickinson, à propos d'une discussion sur les affections du rein, c'est dire à l'avance l'intérêt qu'elle peut présenter.

Le docteur Mahomed revient sur une théorie qu'il a formulée il y a quelques années, et d'après laquelle les lésions du rein dans le mal de Bright ne seraient que l'expression locale de désordres fonctionnels très étendus, ayant leur siège dans le cœur et les gros vaisseaux. Les changements de structure subis par les reins seraient une conséquence de la variation de la pression dans les artères; celle-ci résulterait du changement de structure de leurs parois. Il y a dans le rein épaississement fibro-hyalin et hypertrophie musculaire des artérioles et des capillaires, augmentation de la capsule de glomérules et du tissu conjonctif intertubulaire. Ces lésions consécutives à l'augmentation de la tension artérielle sont celles que Gull et Sutton ont décrites sous le nom de fibrose artério-capillaire. M. Hayden n'admet point que dans le

mal de Bright les désordres primitifs se trouvent du côté du cœur et des vaisseaux; il s'en tient à l'ancienne théorie, d'après laquelle ceux-ci ne seraient que le retentissement de la lésion rénale. Dans l'athérome simple on trouve l'hypertrophie du cœur et l'induration artérielle que Mahomed regarde comme des symptômes du premier stade ou mal de Bright; la même chose arrive dans la goutte.

Le docteur Gairdner s'occupe plus du traitement que de la genèse et de l'anatomie pathologique de la maladie. D'après lui, ce serait une erreur de croire que l'usage des diurétiques est toujours suffisant ou même toujours utile; c'en est une autre de les regarder comme toujours inutiles ou nuisibles. Pendant longtemps, la seconde doctrine a été professée dans les écoles de Londres; aujourd'hui, on est revenu à des idées moins absolues en se fondant sur ce que : 1° il y a parfois, après une diurèse spontanée, une sorte de crise constituant un premier pas vers la guérison; 2° quand on donne à boire de l'eau pure en quantité suffisante pour constituer un excellent diurétique, le travail du rein est plutôt aidé que gêné, c'est-à-dire que le *nettoyage* des tubuli favorise ses fonctions. Gairdner veut bien qu'on ait recours aux drastiques et aux diaphorétiques, mais la médication diurétique doit être la base du traitement. Les purgatifs énergiques ne seront employés que quand il y a des menaces d'urémie. Ils favorisent l'élimination par l'intestin des matières extractives de l'urine et conjurent les dangers d'intoxication immédiate. L'épisode passé, on porte de nouveau son attention sur le rein et l'on donne de préférence la crème de tartre sous toutes les formes. Les bains de vapeur et les injections hypodermiques de pilocarpine peuvent être utiles, de même que les saignées. Le docteur Howship Dickinson insiste sur l'anémie brightique et la nécessité de donner un régime fortifiant et du fer à l'intérieur.

En résumé : discussion approfondie des travaux et des découvertes récentes de l'Ecole de la Salpêtrière sur les maladies du système nerveux; simples réflexions sur les affections pulmonaires courantes, leur nature et leur traitement; application pratique des nouvelles théories anglaises sur la pathogénie du mal de Bright : voilà le bilan du récent congrès de Cambridge pour la section de médecine.

En chirurgie, le traitement des plaies a surtout occupé l'attention. M. Gerald Yeo a étudié une question touchée l'année dernière par le professeur Estlander, de Helsingfors, l'application de la méthode antiseptique aux plaies de tête. La discussion s'est étendue, après une communication de M. Mac Vail sur les résultats obtenus depuis dix ans dans les opérations chirurgicales à l'infirmerie de Kilmarnak.

« Ils ont été excellents, dit M. Lister, et je suis persuadé que s'il y en avait partout de semblables, on n'aurait pas besoin de la méthode antiseptique; il n'en est malheureusement pas ainsi. »

Cette restriction a été le point de départ d'une généralisation du sujet : l'orateur a exposé sa méthode et ses avantages, puis M. Bastian a défendu la théorie des germes, que M. Darby de Bray a rejetée. M. Erichsen s'est élevé énergiquement contre l'efficacité des pansements antiseptiques. « Nous avons beaucoup de tendances aujourd'hui, dit-il, à accorder tout à l'état local, et rien à la constitution médicale; c'est à cause de cela qu'on néglige l'hygiène hospitalière. Le pansement vise l'effet bien plus que la cause, c'est-à-dire les affections créées de toutes pièces dans des hôpitaux mal ventilés et mal distribués. Ses résultats sont d'autant meilleurs que les conditions sont plus mauvaises. Il vaudrait beaucoup mieux améliorer le milieu que d'atténuer pour les chirurgiens les inconvénients de la négligence des mesures d'hygiène. » MM. Mac Leod, de Glasgow, Lunds, de Manchester, et J. Wood, ont parlé sur le même sujet, soit dans un sens, soit dans un autre.

La pathologie et la chirurgie des voies urinaires viennent ensuite par ordre d'importance. M. H. Thompson a lu un mémoire sur quarante-six cas de lithotritie en une seule séance; à ce sujet, une première discussion s'est engagée sur le meilleur mode de traitement des rétrécissements uréthraux. M. Sympson a rapporté l'observation singulière d'un calcul vésical ayant pour noyau un corps étranger (un fragment d'os nécrosé); plusieurs des auditeurs ont rappelé des faits analogues et présenté des réflexions à ce sujet.

Les affections des os et des articulations ont été peu étudiées. Cependant, M. H. Bennett a dit quelques mots des luxations de l'épaule, compliquées de fractures du col de l'humérus; M. W. Stokes, des luxations sus-pubiennes du fémur et de leur traitement. Une simple mention suffira pour donner une idée des autres communications. Elles sont relatives aux os (étiologie du mal de Pott, par M. Noble Smith), aux voies digestives (rétrécissement de l'œsophage, par M. Prosper Smes; bains chauds dans l'étranglement herniaire, par E. Owen); à la médecine opératoire (suture des nerfs, par Herb. Page; enlèvement du membre supérieur de la clavicule et de l'omoplate pour une tumeur maligne, par M. E. Lunds; le malade a guéri et a été présenté au Congrès).

La place et le temps qui nous restent nous obligent à nous servir du procédé abréviatif que nous venons d'appliquer pour les travaux des autres sections, en particulier celles d'obstétrique et de gynécologie, de pathologie et de physiologie. Dans la première: discussion intéressante sur l'hémostasie utérine dans l'état puerpéral ou à un autre moment; elle a pour point de départ la lecture d'un mémoire de M. Atthill, et reprend après un autre de M. Henry Bennett sur les maladies et les hémorrhagies de la grossesse.

M. Spencer Wells parle de l'ablation des tumeurs utérines; MM. Knowsley Thornton, Lawson Tait et Sheerhurn lui succèdent. — Chapitre intéressant pour l'histoire de l'hystérotomie à notre époque.

Passons à la section de physiologie. M. Foster nous a montré la méthode et les aspirations des écoles de son pays. Les discussions qui ont suivi peuvent être considérées comme le meilleur commentaire de son discours. Les savants anglais semblent tous avoir pour but de jeter les fondements de la pathologie de l'avenir. Le professeur Gamgee cherche à déterminer avec précision sous quels organes se forme l'urée. M. Haycraft l'a trouvée dans le sang et dans les muscles. M. E. Anderson a cherché la leucine et la tyrocine dans l'urine, dans le cours de diverses maladies. Ensuite, longue discussion plus pratique que théorique sur le sommeil et l'hypnotisme. Le point de départ avait été une communication de M. Preyer d'Iéna, qui assistait à la séance.

Les travaux de la section de pathologie complètent ceux de la section de médecine, à laquelle il serait facile de les rattacher. Une discussion sur l'influence des traumatismes et des affections du système nerveux sur la nutrition s'est élevée après une communication de M. Jonathan Hutchinson; le professeur Brown-Séquard, MM. Clifford Albutt, Wilks, Dickinson y ont pris part. Une autre discussion, également importante, est relative au rôle pathogénique des microbes. (Voy. *British Med. Journal*, 7 août au 4 septembre inclus.) L. T.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur l'étiologie des affections charbonneuses. — MM. *Pasteur*, *Chamberland* et *Roux* ont fait connaître un ensemble de résultats qui donnent la clef de l'étiologie de l'affection charbonneuse dans les pays où cette maladie est enzootique. Un animal charbonneux est enfoui; le parasite, cause de la maladie, et dont le sang est rempli, se cultive dans la terre qui entoure le cadavre; il s'y réduit à l'état de germes. Ceux-ci seraient inoffensifs s'ils restaient à l'intérieur de la terre, mais les vers de terre les ramènent des profondeurs à la surface. Alors les pluies et les travaux de la culture les répandent sur les plantes ou les eaux les entraînent dans les ruisseaux quand les circonstances s'y prêtent. Ensuite ces germes du mal pénètrent dans le corps des animaux et y développent le parasite infectieux. M. Pasteur raconte un fait qui vient de se passer dans un petit village du département du Jura, que la maladie n'avait pas visité depuis un grand nombre d'années, mais atteignit il y a deux ans. Or, voici ce qui s'est passé. Dans une prairie de plusieurs hectares, un peu inclinée, on a enfoui, à 2 mètres de profondeur et à des places distinctes, trois des vaches mortes charbonneuses au mois de juin 1878. (L'auteur entre sur ce point dans quelques détails.)

M. Pasteur a fait établir sur une de ces fosses un très petit enclos à l'aide d'une barrière à claire-voie et y a placé quatre moutons; dans un autre enclos pareil sur le même champ et à 3 ou 4 mètres en amont du premier, là où l'on n'avait pas enfoui de vaches charbonneuses en 1878, il a installé

quatre autres moutons témoins. La double expérience commença le 18 août. Dès le 25 août, un mouton est mort charbonneux, le sang rempli du parasite de l'affection, dans l'enclos sur la fosse. Les moutons témoins se portent très bien.

Permettez-moi, avant de terminer, dit M. Pasteur, de vous faire une autre confidence. Je me suis empressé, également avec le concours de MM. Chamberland et Roux, de vérifier les faits si extraordinaires que M. Toussaint, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, a annoncés récemment à l'Académie. Sur la foi d'expériences nombreuses et qui ne laissent pas place au doute, je puis vous assurer que les interprétations de M. Toussaint sont à reprendre. Je ne suis pas davantage d'accord avec M. Toussaint sur l'identité qu'il affirme exister entre la septicémie aiguë et le choléra des poules. Ces deux maladies diffèrent du tout au tout.

M. *Bouley* présente quelques observations à propos de la note précédente de M. *Pasteur*.

Quoi qu'il en soit, dit-il, de la nature du liquide dont M. Toussaint s'est servi pour pratiquer l'inoculation préventive du charbon, je crois que les faits déjà constatés autorisent à admettre que cette inoculation est réellement préventive ou, autrement dit, qu'elle investit de l'immunité les moutons qui ont résisté à son action. Ainsi M. Toussaint a actuellement à Toulouse dix moutons et un lapin qui sont invulnérables par le charbon. A Alfort, sur les seize moutons survivant à l'inoculation *vaccinale*, deux ont été inoculés avec un charbon très actif, sans en rien ressentir. Un lapin, témoin, inoculé avec le même virus, y a succombé. Voilà donc treize sujets qui témoignent actuellement des propriétés préventives de l'inoculation faite d'après le mode conseillé par M. Toussaint. Ces expériences vont être continuées avec les autres moutons *vaccinés*, et la présomption est bien grande qu'elles réussiront comme sur les deux premiers, car ils ont été malades comme eux, à la suite de l'insertion du virus réputé vaccinal. Si tous ces animaux résistent à l'épreuve de l'inoculation charbonneuse à laquelle ils vont être soumis, la question expérimentale sera définitivement jugée dans le sens affirmé par M. Toussaint, c'est-à-dire de l'immunité sûrement donnée par une inoculation préventive.

INOCULATION DE LA MORVE AU LAPIN ; DESTRUCTION DE L'ACTIVITÉ VIRULENTE MORVEUSE PAR LA DESSICCATION ; TRANSMISSION DE LA MORVE PAR L'INOCULATION DE LA SALIVE. — Note de M. *Galtier*. Voici le résumé de cette note :

A. 1° La morve est transmissible du cheval au lapin et du lapin à l'âne, mais elle ne se transmet pas sûrement, en sorte que, lorsqu'on se sert du lapin, comme réactif, pour reconnaître, dans les cas douteux, la nature d'un jetage chez le cheval, les résultats positifs seuls ont de la valeur ; mais on ne saurait inférer que le jetage n'est pas morveux de ce que l'inoculation au lapin est restée sans effets. 2° La morve du lapin ne se traduit pas ordinairement par les symptômes pathognomoniques de cette affection chez le cheval. 3° Ses lésions ressemblent à celles de l'infection purulente. Elles restent localisées le plus souvent, sous forme de foyers caséeux, au tissu conjonctif sous-cutané et s'étendent aux ganglions lymphatiques. Ce n'est que par exception que l'on rencontre des lésions dans les poumons et sur la pituitaire.

B. Le virus morveux perd toute son activité virulente dans les matières qui le recèlent, liquides ou tissus, après quinze jours de dessiccation complète, à plus forte raison au bout d'un mois ou deux, d'où cette conséquence que la ventilation des locaux qui ont été habités par des chevaux morveux est un moyen très efficace de leur assainissement.

C. La morve a été transmise à un âne par injection hypodermique de la salive d'un cheval morveux. Ce fait peut être invoqué pour expliquer la propagation de la morve dans les grandes agglomérations de chevaux, dans les quartiers de cavalerie notamment. Il est admissible, en effet, que l'eau des abreuvoirs communs puisse servir de véhicule aux germes de la morve. Lorsque le cheval boit, une certaine partie de l'eau qu'il pompe s'échappe souvent par la commissure de ses lèvres ; quand il a bu, il en laisse retomber une certaine quantité qui n'a pas été déglutie. Rien que par la salive l'eau peut être souillée ; elle peut l'être aussi par les liquides qui s'échappent des voies nasales au moment de la déglutition.

Sans doute que l'on ne fait pas boire à l'abreuvoir commun des chevaux chez lesquels la morve est déclarée ; mais cette maladie peut exister à l'état latent chez un certain nombre qui restent dans les rangs et peuvent être les agents de la contamination, par l'intermédiaire des abreuvoirs tout particulièrement. Cette condition étiologique étant donnée comme possible, une indication prophylaxique en ressort : ce serait d'aménager les écuries de telle manière que l'eau pût être distribuée à chaque cheval dans l'auge disposée devant lui et qu'ainsi fussent évités les dangers de l'abreuvement en commun.

— M. *Larrey* fait remarquer qu'une semblable proposition avait été déjà faite par des médecins militaires, mais sans avoir eu de suite. Il rappelle qu'il a signalé autrefois chez les soldats une *stomatite ulcéreuse* attribuable, sans doute, à l'usage de faire manger les hommes à la même gamelle. Grâce à ses instances on distribue aux troupes, depuis le 24 décembre 1852, des gamelles individuelles.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur Dieu (de Dunkerque), sur la dépopulation de la France et la mortalité de la première enfance. (*Com. d'hygiène de l'enfance.*) — 2° Une note intitulée : *Considérations sur le mode d'allaitement et de sevrage employé chez les enfants de la banlieue de Grenoble (Isère)*, par M. le docteur Bernard. (*Même commission.*) — 3° Un mémoire intitulé : *Observation d'étranglement herniaire suivi d'un anus contre natare, de gangrène d'un pied et d'aphasie*, par M. le docteur Mignot (de Chantelle).

Sur l'invitation de M. *le Président*, M. *Jules Béclard*, secrétaire perpétuel, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Delpech. Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

DU CHOC PRÉCORDIAL. — M. le docteur *Rosolimos* (d'Athènes) lit un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur le choc précordial.*

Après avoir insisté sur l'inadmissibilité des théories qui sont acceptées actuellement sur le choc, l'auteur propose une théorie nouvelle qui est la suivante : La masse totale du sang s'arrêtant instantanément contre l'un des points du trajet circulatoire, par le fait de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, imprime à ce niveau la tension qu'il prend. Cette tension se transforme en travail utile par l'intermédiaire des replis valvulaires qui ont intercepté le cours du sang. La résultante de cette pression se dirige de haut en bas et d'arrière en avant, suivant l'axe des orifices par lesquels le sang passe. Le système ventriculaire n'a à opposer aucune réaction contre cette force, étant équilibré à cet instant par le travail qu'il produit du côté des orifices artériels ; par conséquent, il se prête facilement à l'action du sang arrêté. Cette action se transmet à la paroi thoracique par la partie des ventricules qui se rapproche le plus du thorax, et le choc précordial se manifeste. L'auteur, après avoir exposé cette théorie, un peu difficile à comprendre, procède à sa démonstration directe. Il ne s'est point contenté, dit-il, de ces considérations théoriques ; mais il a voulu les vérifier expérimentalement et, dans ce but, il a pratiqué au laboratoire d'Anatomie comparée la ligature des veines caves chez les lapins. Il a constaté ainsi que le choc disparaît après la ligature des vaisseaux veineux du cœur.

MOUVEMENTS OCULAIRES. — M. *Giraud-Teulon* lit une note critique sur le travail suivant : *Essai d'une explication génétique des mouvements oculaires*, par M. le professeur Donders, membre correspondant étranger de l'Académie.

Ce mémoire, comme son titre l'indique, a pour objet de retrouver, par induction *a priori*, dans l'évolution de la race, les premières expressions ou manifestations des lois de la mécanique des mouvements associés des yeux, et d'arriver par là à la justification des lois dans lesquelles est généralement formulée aujourd'hui, en Allemagne du moins, la physiologie de ces mouvements.

Ces lois, nées à la suite de l'exposition, due à Ruete de Leipsig, des inclinaisons prises physiologiquement par les méridiens primaires oculaires, dans les directions cardinales ou obliques du regard, portent les noms, l'une de loi de Listing, la seconde celui de loi de Donders.

La première de ces lois exprime ce fait que « lors du passage de la ligne de regard (ou de l'attention, axe optique principal) d'une position quelconque à une autre également quelconque, le globe tourne autour d'un axe unique, n'exécute qu'une simple rotation dans un même plan ».

Or, cette loi, vérifiée par Helmholtz, lors du passage de la position primaire à une position secondaire, où elle obéit au principe général de la mécanique physiologique, — celui du plus court chemin, ou de la moindre action, — ne peut être exacte d'une manière générale, ou pour le passage d'une direction quelconque du regard à une direction également quelconque, qu'en faussant ouvertement ce principe de la moindre action.

Or, M. Donders, en cherchant dans la genèse inductive des mouvements probables d'un globe oculaire embryonnaire la justification *a priori* de cette loi, sera logiquement obligé à s'écarter d'un principe (celui de la moindre action) qui ne peut être abandonné que devant une irrécusable observation, mais jamais par une induction logique.

C'est ce que M. Giraud-Teulon s'applique à mettre en lumière, en exposant l'argumentation de l'auteur et en déplorant un emploi aussi malheureux d'un principe scientifique, que de tels écarts peuvent compromettre: celui de l'évolution progressive des sens et de leurs instruments dans celle même de la race et des espèces.

M. *Jules Guérin* dit qu'il n'a pas parfaitement compris le travail lu par M. Giraud-Teulon. Il y a, dans ce mémoire, trois parties : une partie métaphysique, une partie mécanique et une partie physiologique.

Laissant de côté la partie métaphysique et la partie mathématique qui ne sont pas de sa compétence, et s'en tenant à la partie physiologique, M. Jules Guérin déclare qu'il est fâcheux d'isoler ainsi l'étude des mouvements de l'œil de celle des mouvements de l'ensemble de l'organisme.

Il y a dans tout le corps des mouvements adaptés pour un fonctionnement général, dont l'œil lui-même n'est qu'une partie. Dans l'état du fonctionnement de l'œil il fallait donc faire intervenir le fonctionnement de l'organisme en général, ce que n'a pas fait M. Donders.

M. J. Guérin reproche en second lieu à l'auteur de n'avoir pas fait une distinction suffisante entre les mouvements instinctifs de l'œil et les mouvements volontaires. Ainsi, lorsqu'une ouverture pupillaire ne peut plus se mouvoir d'acord avec celle du côté opposé, l'œil malade opère instinctivement un mouvement de convergence vers l'œil sain; c'est ce que M. J. Guérin appelle le *strabisme optique*, véritable mouvement d'accommodation qui fait que l'œil se présente dans les conditions les plus favorables à l'exercice de la vision.

M. J. Guérin ajoute, en terminant, qu'il faut se défier des solutions mathématiques des problèmes physiologiques; car la solution mathématique vise l'absolu, tandis que les phénomènes physiologiques seront toujours relatifs à un ensemble d'autres phénomènes dont il importe de tenir compte.

M. *Giraud-Teulon* répond qu'il a précisément cherché lui-même à élaguer la partie métaphysique du travail de M. Donders, et qu'il a reproché à l'auteur d'avoir abandonné le terrain de l'observation pour s'élever dans les hauteurs des mathématiques transcendantes. Il est donc d'accord avec M. J. Guérin pour condamner les solutions mathématiques qui ne s'accordent pas avec l'observation des faits.

En ce qui concerne le strabisme, M. Giraud-Teulon dit qu'il ne peut pas aborder la discussion de cette question qui a déjà occupé l'Académie il y a quelques années.

Kyste du mésentère. — M. *Tillaux* communique le complément des détails relatifs à l'examen histologique du kyste du mésentère qu'il a enlevé dernièrement, et qu'il a présenté avec le malade à l'Académie.

Il résulte de cet examen fait avec soin par l'interne de M. Millard, qu'il ne s'agit pas d'un kyste dermoïde, comme le supposait hypothétiquement M. Lancereaux, car il n'y avait ni poil, ni épiderme, ni épithélium, mais bien d'un kyste fibreux à contenu graisseux. M. Tillaux met sous les yeux de ses collègues le liquide contenu dans le kyste et qui ressemble à de la crème épaisse. Il est difficile de s'expliquer l'origine ou la genèse de ce liquide.

M. *Jules Guérin* aurait voulu que M. Tillaux apportât la pièce pathologique, afin de voir si l'examen de la paroi du kyste n'aurait pas donné quelque lumière sur l'origine de ce liquide prétendu graisseux.

M. *Tillaux* répond que l'examen à l'œil nu n'aurait servi absolument à rien ; seul l'examen au microscope pouvait éclairer sur la constitution histologique de la paroi ; cet examen a été fait et il n'a rien révélé.

M. *Jules Guérin* pense qu'on a surfait la valeur des indications données par le microscope; pendant trois mille ans, on s'est passé de cet instrument et on n'en a pas moins fait de très bonnes observations.

M. *Tillaux* persiste à penser que, dans le cas actuel, le microscope seul pouvait donner des lumières sur la constitution de la paroi kystique et sur la nature du liquide contenu. Quant à l'origine de ce dernier, il l'ignore; on pourrait peut-être hasarder l'hypothèse de la pénétration, dans la poche du kyste, du liquide des chylifères placés dans son voisinage. Resterait à découvrir la voie inconnue de communication entre le kyste et les chylifères mésentériques.

Cas de rage. — M. *Lagneau* communique quelques nouveaux renseignements sur le malade qui a succombé, à la Maison municipale de santé, à des accidents d'hydrophobie rabique, et dont l'observation a été communiquée par M. Hardy dans une précédente séance. Ces détails portent surtout sur les résultats des applications galvaniques, qui furent tels que le malade put, aussitôt après, boire et manger, et que l'idée de la rage fut un instant écartée; malheureusement cette amélioration ne dura pas et le malade succomba à un nouvel accès de suffocation.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

REVUE DES JOURNAUX

De la méthémoglobine, par le docteur A. Jaderholm.

Des recherches sur la matière colorante du sang et de ses dérivés, publiées dans les *Archives du Nord*, en 1876 (t. VIII, n° 12; voy. aussi le *Zeitschrift für Biologie*, t. XIII, liv. 2), ont amené l'auteur à conclure que la méthémoglobine, matière colorante produite par la décomposition spontanée du sang ou de l'hémoglobine, est de l'hémoglobine peroxygénée. Il est démontré que cette peroxyhémoglobine, qui présente deux spectres différents, l'un à quatre bandes d'absorption dans une solution légèrement acide ou neutre, l'autre à trois bandes dans une solution alcaline, se produit de plusieurs manières par l'action d'agents divers sur le sang ou sur l'hémoglobine,

et il a montré le rapport existant entre les observations et les expériences antérieures, isolées et plus ou moins mal comprises. (*Nordisk med. Arkiv.*, vol. II, 1879.)

Sur la résection des côtes dans l'empyème chronique, par le docteur J. A. ESTLANDER.

Quoique la méthode antiseptique ait rendu de grands services dans le traitement de l'empyème, il existe bien des cas où la suppuration se prolonge indéfiniment, malgré les lotions antiseptiques, et amène enfin la mort du malade, le plus souvent par la dégénérescence amyloïde des reins. Ces cas malheureux sont dus à ce qu'il n'existe pas d'adhérences entre le poumon et la paroi thoracique, de sorte que le premier peut s'affaisser complètement et provoquer par là dans la plèvre un vide impossible à combler, les côtes ne pouvant se rétracter suffisamment. — L'auteur ne nie pas, cependant, que des causes constitutionnelles ne puissent agir aussi et amener la mort du malade, indépendamment de la présence ou non des adhérences. — En effet, déjà dans les cas ordinaires, c'est principalement la rétraction de la plèvre épaissie, ridée par la tension des muscles des parois thoraciques, qui amène peu à peu la réduction de la cavité suppurante et enfin sa disparition. Les côtes doivent suivre ce mouvement, et les scolioses consécutives démontrent qu'elles ont rempli ce rôle; mais si le vide est trop considérable, ni la rétraction de la plèvre, ni celle de la paroi osseuse ne suffisent à rapprocher les parois thoraciques du poumon, qui se trouve au fond de la cavité, refoulé vers la colonne vertébrale.

C'est pour ces cas que l'auteur propose la résection de plusieurs côtes, de trois jusqu'à six, peut-être même un plus grand nombre encore. Mais il faut que la maladie soit ancienne et la plèvre très épaissie, afin que cette dernière puisse se rétracter énergiquement, la résistance des côtes ayant été diminuée par l'opération. Cette circonstance est, du reste, en même temps favorable, nécessaire même, pour l'exécution régulière de la résection. Le point à choisir est la partie du thorax qui se trouve au-dessus de l'aisselle, parce que cette région manque de gros muscles; s'il y existe une fistule, elle peut servir de point de repère; sans cela il y faut pratiquer une contre-ouverture. Ordinairement, l'auteur a fait des incisions transversales correspondant aux interstices costaux; une seule incision lui a permis de mettre à nu deux côtes, parfois trois, et d'y effectuer l'opération voulue. Il va sans dire que la résection a été sous-périostale, et que tout l'ensemble de l'opération et du pansement a été exécuté avec les précautions antiseptiques modernes.

Les fragments enlevés ont eu depuis 3 jusqu'à 6 centimètres de longueur. L'état général plus ou moins mauvais des malades ne présente pas de contre-indications contre la résection, bien au contraire, pourvu que l'épuisement du sujet ne soit pas arrivé à un point rendant tout succès impossible.

L'auteur donne l'historique détaillé de six cas dans lesquels il a employé sa méthode. L'âge des malades, cinq hommes et une femme, a varié entre vingt et un et cinquante-six ans, la durée du mal depuis trois mois jusqu'à un an et dix mois. Dans tous ces cas, la suppuration fut très abondante; les moyens antiseptiques ordinaires, et même la résection d'une seule côte avaient été essayés en vain, et l'état général des malades était mauvais, chez l'un d'eux presque désespéré. Après une amélioration évidente, ce dernier sujet finit par succomber. Tous les autres malades guérirent, quoique trois eussent quitté l'hôpital avant la fermeture définitive des fistules ou des contre-ouvertures. (*Nordisk. med. Arkiv.*, n° 11, 1879).

De l'emploi du protoxyde d'azote dans le traitement de certaines affections nerveuses, par les docteurs BLAKE et MAC LANE HAMILTON.

Les auteurs ont eu l'ingénieuse idée d'employer les propriétés excitantes du protoxyde d'azote dans le traitement de la mélancolie et de certaines affections nerveuses de forme asthénique. Ils ont entrepris, à cet effet, une série d'expériences dont les résultats, quoique encore incomplets, paraissent devoir être très satisfaisants.

Ils ont appliqué les inhalations de ce gaz mélangé d'air dans les cas de prostration nerveuse, chez des femmes atteintes de névroses hystériques et dans certaines formes de mélancolie. Ils ont ainsi obtenu une stimulation passagère et qui devenait souvent le point de départ d'une amélioration notable dans les symptômes nerveux.

Les auteurs se sont servis du protoxyde d'azote liquéfié, qui est habituellement en usage pour l'anesthésie.

Le gaz doit toujours être mélangé d'air, ce qui s'obtient facilement en l'administrant avec l'inhalation qu'emploient ordinairement les dentistes. L'inhalation détermine immédiatement une excitation agréable et une sorte d'hilarité. Il ne faut pas chercher à obtenir des effets plus accentués et surtout arriver à la dose anesthésique, ce qui pourrait être nuisible.

MM. Blake et Hamilton conseillent également ce traitement dans l'alcoolisme, et particulièrement dans la première période du *delirium tremens*. Ils ont également obtenu de bons résultats dans l'insomnie. Dans ce cas, le gaz était administré, non pas au moment de se mettre au lit, mais dans le milieu de la journée.

Les auteurs font maintenant de nouvelles expériences qui ne peuvent manquer d'être intéressantes sur l'action du protoxyde d'azote dans le traitement de certaines vésanies chroniques. (*New-York medical Record*, 31 janvier 1880.)

Dégénérescence amyloïde des viscères développée dans l'espace de deux mois, par le docteur ODÉNIUS.

L'auteur rend compte d'un cas de lésion traumatique du genou chez un homme de vingt et un ans, auparavant sain, lésion qui paraît avoir été compliquée d'une perte de sang considérable et qui avait amené la perforation de la synoviale immédiatement ou au moins en peu de temps. Il fut reçu à l'hôpital de Lund après un traitement insuffisant ou même inapproprié à son domicile. Il présentait alors un degré excessif d'émaciation, portait au côté interne du genou droit une plaie considérable communiquant avec l'articulation, et dans la fosse poplitée un gros abcès fluctuant, qui fut incisé et fournit une grande quantité de pus de mauvaise nature. Au bout de peu de temps le malade succomba, deux mois après l'accident. L'autopsie fit voir une destruction étendue des cartilages de l'articulation, la carie des os, ainsi que des abcès considérables en haut, autour du fémur, et en bas le long du tibia. Dans les reins, dégénérescence amyloïde d'une partie des *glomérules* et de leurs vaisseaux afférents. Des traces de la même dégénérescence furent également découvertes dans les petites artères de la rate et dans les parties immédiatement adjacentes à ces artères. Les autres organes ne présentaient pas d'altérations qui pussent être mises avec une raison quelconque en rapport avec ladite dégénérescence, de sorte que l'on doit admettre que celle-ci dépend directement de la lésion du système osseux, comme dans les observations de Cohnheim. L'auteur arrive ainsi à la conclusion que, dans les cas de ce genre, la dégénérescence amyloïde peut se développer dans le court espace de deux mois. (*Nordisk. med. Arkiv.*, décembre 1879.)

Des broncho-pneumonies alimentaires, par M. le docteur P. Coyne, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Bordeaux.

Après avoir rappelé les belles recherches de M. Parrot sur les accidents que peut déterminer, chez les enfants nouveau-nés, le passage dans les bronches et les alvéoles pulmonaires de lait imprégné de suc gastrique, l'auteur rapporte une observation d'épithélioma de la partie supérieure de l'œsophage avec destruction de la face postérieure de la trachée. Le malade atteint de ces lésions a succombé à une broncho-pneumonie déterminée par le passage dans l'arbre respiratoire de parcelles alimentaires provenant des potages à la semoule qu'il avait ingérés. Les altérations reconnues à l'autopsie ont été celles des broncho-pneumonies « spéciales qui rappellent les formations vésiculaires et vacuolaires décrites par Rilliet et Barthez dans la broncho-pneumonie des vieillards. Cette analogie de forme, ajoute M. Coyne, ne doit pas étonner si on réfléchit que le mécanisme qui a présidé à l'injection des canalicules respiratoires a été le même dans les deux cas. Seule la matière injectée était différente comme origine; mais, dans les deux cas, elle agissait comme corps étranger : dans la broncho-pneumonie du vieillard, c'est du muco-pus qui est injecté par les efforts inspiratoires; dans la broncho-pneumonie alimentaire, ce sont des parcelles d'aliments qui viennent remplir et dilater les terminaisons des canalicules respiratoires et y amener le développement d'une inflammation secondaire ».

Plaie pénétrante du cerveau. La mort survient au bout de dix jours. La plaie de la dure-mère rend exactement la forme de l'arme employée.

L'intérêt que présente ce cas est dû principalement à l'exactitude rare avec laquelle l'examen des parties lésées a pu déterminer la forme et les dimensions de l'arme employée. Déjà la blessure produite dans la calotte donnait une indication importante à cet égard, et fournissait la mesure exacte de la largeur du couteau; mais c'était surtout et principalement l'ouverture de la plaie dans la dure-mère qui donnait les meilleures indications. Munie de bords égaux et nets comme si elle avait été produite à l'emporte-pièce, elle reproduisait « exactement la forme de la section transversale du couteau », si bien que l'on voyait même apparaître en toute évidence les marques dues aux minces arêtes des côtés de l'arme. La grandeur de la plaie concordait de même au plus près avec la section transversale du couteau.

Le fait que les bords de la plaie ont pu se maintenir si nets et si unis, pendant les dix jours que vécut le sujet, concorde avec l'expérience générale de la passivité des tissus fasciaux et de leur peu de disposition à l'inflammation. Il est infiniment plus difficile d'expliquer l'origine primaire d'une perte de substance si nettement limitée, perte que plusieurs raisons forcent d'admettre comme ayant eu, dès le principe, la forme et la condition qu'elle présentait au moment de l'autopsie. On serait principalement disposé à la comparer à la blessure résultant d'un coup de feu, dans laquelle, par suite de la vitesse avec laquelle se meut le projectile, celui-ci détruit immédiatement ou plutôt anéantit toutes les parties avec lesquelles il entre en contact dans son passage. (*Nordisk med. Ark.*, décembre 1879, vol. II.)

Propriétés médicinales de l'Indian Hemp ou du Cannabis indica, par M. le docteur Michel (de Cavaillon).

Ce médicament n'est autre que le chanvre indien, dont les principes actifs (haschichine, cannabine, etc.) ont été souvent étudiés. L'auteur recommande diverses préparations de teinture de chanvre indien ou d'extrait de chanvre indien (*Indian hemp*), ou encore un sirop de haschichine, qui peuvent servir contre les érections nocturnes, la chorée, la ménorrhagie, etc. Il passe en revue toutes les maladies du système nerveux dans lesquelles l'extrait de chanvre indien ou la haschichine ont été employés. Il cite aussi son action sur le réseau musculaire de l'utérus et prétend que ce médicament pourrait avantageusement remplacer l'ergot de seigle. Nous ne nions point l'utilité, dans certains cas déterminés, de ces préparations peu usitées parmi nous. Mais il eût été nécessaire, pour mieux convaincre le lecteur, de citer à l'appui de ce travail quelques observations personnelles. On y trouvera, du moins, une bibliographie assez complète du sujet. (*Montpellier médical*, p. 103.)

Contribution à l'étude de la douleur de côté dans la pneumonie lobaire, par M. le docteur Valentin.

L'auteur cite un cas de pneumonie lobaire du côté gauche, signalée à son début et pendant trois jours par une douleur siégeant dans le côté droit de la poitrine. Il rappelle l'opinion de Grisolle qui, dans son *Traité de la pneumonie*, niait que le point de côté, dans la pneumonie, pût s'observer du côté opposé à la lésion. Il discute toutes les hypothèses qui pourraient être émises pour expliquer ce fait que l'on ne saurait plus contester aujourd'hui, et arrive à cette conclusion que la douleur dans la pneumonie, si elle est due à une névrite du pneumogastrique, peut s'observer, non seulement du côté malade, mais dans toute la poitrine et même, en raison d'anastomoses multiples, du côté opposé à la lésion. M. Valentin considère dès lors son observation comme venant jusqu'à un certain point confirmer la théorie de M. Fernet, qui admet que la pneumonie n'est autre chose qu'un herpès du poumon placé sous la dépendance d'une névrite du pneumogastrique. Ce qu'il faut reconnaître, avec l'auteur, c'est qu'il est, en effet, des circonstances — plus nombreuses qu'on ne le pense d'ordinaire — où le point de côté pneumonique s'observe, au début, dans le côté sain. Mais l'interprétation de ces faits est très difficile à donner, parce que, sans doute, leur pathogénie est très complexe. (*Revue médicale de l'Est*, p. 513.)

Un nouveau signe de strangulation, par M. Friedberg.

Ce signe consiste en *ecchymoses intravasculaires* de la carotide à l'endroit où a porté l'effort. Déjà dans un travail publié il y a quelques années, Friedberg avait fait allusion à cette lésion, mais sans y insister davantage. Dans deux expertises médico-légales qui lui furent confiées dernièrement, il retrouva ce signe extrêmement marqué. Une fois même il existait seul et la peau du cou ne présentait rien de particulier. Il n'en affirma pas moins l'existence de tentatives de strangulation sur l'homme vivant, et les aveux de l'accusé confirmèrent entièrement ses prévisions.

Il y aurait donc là pour le médecin légiste un excellent signe, d'autant plus important qu'il démontre forcément que l'étranglé était en vie au moment de la strangulation. En effet, pour cela, il faut que la carotide soit suffisamment pressée et tiraillée pour que les *vasa vasorum* rompus laissent échapper le sang dans l'intervalle des tuniques artérielles, phénomène

qui n'est pas compatible avec la mort. Il va sans dire que la lésion dont il s'agit ne saurait être constante, puisque le corps qui étrangle ne porte pas toujours sur l'une des carotides. D'autre part, elle peut être le résultat d'un choc ou d'une violence quelconque, circonstance qu'il faudra soigneusement éliminer. — Les ecchymoses en question sont généralement très petites, au nombre de une à trois, et siègent de préférence sous la membrane interne, à la paroi antérieure du vaisseau, surtout aux bifurcations. (*Virchow's Archiv.*, t. LXXIX.)

Travaux à consulter.

Observation de pourpre rétinien dans l'œil humain, par M. Emile Nettleship. — L'auteur a eu l'occasion d'examiner cinq fois des yeux après l'opération de l'extraction. Dans tous les cas il a constaté la présence du pourpre rétinien : dans trois d'entre eux la tache jaune ne présentait pas de trace de pourpre. La coloration était toujours plus intense dans la région postérieure de la rétine et dans un cas elle s'arrêtait brusquement au voisinage de l'*ora serrata*. (*The Journal of Physiology*, t. II, page 38.)

Essai historique, critique et expérimental sur la circulation artérielle du cerveau, par M. le docteur Elie Lucas. — L'auteur a confirmé par ses propres recherches les résultats de M. Duret quant à la distribution des artères dans le cerveau; mais il n'admet pas comme ce dernier la délimitation du champ de chaque artère à un territoire déterminé sans communication notable avec les artères voisines. Toutes les fois qu'il y a poussé une injection pénétrante et bien réussie, il a trouvé dans la pie-mère des anastomoses notables, importantes : des artérioles de plus d'un quart de millimètre s'abouchaient directement. (Thèse inaugurale de Paris, 1879, n° 25.)

La température du corps humain, par M. J. P. Boileau. — John Davy avait prétendu que la température du corps humain s'élève à mesure qu'on avance dans les climats chauds et suit dans la proportion de 1/20 la température du milieu ambiant. Johnson a déjà contesté ces conclusions. J. P. Boileau ne les croit point exactes non plus. De ces deux auteurs l'un expérimentait en Orient, l'autre en Occident. (*The Lancet*, p. 413.)

Le Pituri, par M. Sydney-Ringer. — Le pituri est un poison australien très probablement extrait du *Duboisia Hapwoodii* Les indigènes l'emploient aux mêmes usages que la coca en Bolivie. C'est un narcotique léger. Au début il produit la salivation et bientôt après la dessiccation de la muqueuse buccale : il dilate la pupille, amène une faiblesse générale et des soubresauts du corps tout entier. (*The Journal of physiology*, t. I, p. 397.)

Double empoisonnement accidentel par la cigue vireuse, par M. Kelp. — Début brusque par convulsions et vomissements; les convulsions sont généralisées, les pupilles extrêmement dilatées, le regard étrange et fixe. Le petit garçon (il s'agissait d'un petit garçon et d'une petite fille âgés de trois ans) avait les extrémités froides, le pouls filiforme intermittent, écume à la bouche, respiration stertoreuse, insensibilité absolue; dysphagie extrême : on ne put rien lui faire absorber et il mourut au bout de cinq heures environ, sans qu'il y ait eu aucune modification dans les symptômes. — Chez la petite fille tous les accidents étaient moins prononcés, elle put prendre une émulsion de pavots et de magnésie, la nuit fut bonne, et le lendemain il n'y avait plus que quelques vomissements. (*Vierteli. f. Gericht. Med. und öff. sanit.*, Nouvelle série, t. XXX, p. 380.)

Cœur a trois cavités chez un enfant de quatre ans et demi, par M. Hans Chiari. — L'enfant avait succombé à la diphthérie : pendant la vie il présentait pour tout symptôme un peu de dyspnée. Dans les efforts violents, il se plaignait d'une douleur au cœur et dans quelques cas rares l'on observait un peu de cyanose. — Le cœur se composait de trois cavités, deux oreillettes parfaitement distinctes et un seul ventricule, à la base duquel on voyait les deux orifices auriculo-ventriculaires parfaitement normaux avec leurs valvules et leurs muscles papillaires; les deux orifices artériels occupant respectivement leur situation normale, séparés par une cloison, parfaitement distincts l'un de l'autre et munis de leurs valvules sigmoïdes. (*Jarhbuch für Kinderheilkunde*, Bd. XIV, Heft 2, p. 218-224.)

Des lésions microscopiques des ganglions cardiaques dans les maladies du cœur; avec une planche, par M. le docteur Putjatin. — L'auteur a étudié les lésions des ganglions nerveux du cœur; l'on peut dire, sans courir risque de se tromper, que c'est un point tout nouveau de pathologie cardiaque. Les altérations observées dans les ganglions varient beaucoup avec l'intensité et la durée de l'affection cardiaque. On peut trouver tous les états depuis la simple congestion du ganglion jusqu'à la destruction des cellules nerveuses en passant par la sclérose. Outre des affections cardiaques, certaines causes générales, la syphilis, par exemple, peuvent produire les mêmes effets. M. Putjatin croit que ces lésions peuvent être la cause de bien des troubles dans les mouvements du cœur, de bien des morts subites et peut-être aussi de certains cas d'angine de poitrine. (*Archiv. für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV, p. 461.)

Note sur un cas d'iodisme aigu, par M. le docteur Guillemet. — Il s'agit d'une jeune fille qui avait pris de l'iodure de potassium une seule fois à la dose de 15 à 20 centigrammes, et qui éprouva au bout de quelques heures des accidents d'iodisme aigu extrêmement violents. Cette jeune fille prenait également du bromure de potassium à la dose de 5 grammes par jour. Or cette dose avait été administrée séparément pendant plusieurs jours avant l'iodure, et renouvelée après sans amener d'accidents. C'est donc l'iodure qui seul doit être incriminé (*Journal de Médecine de l'Ouest*, 2e série, t. XI, p. 177.)

Sur l'innéité de la notion de l'espace chez les animaux, par M. Donhoff. — La notion de l'espace, d'après l'auteur, est innée et n'est pas la conséquence de l'expérience. Il est probable qu'il y a dans la moelle épinière des centres présidant à des actions coordonnées instinctives chez les invertébrés; des actions instinctives sont probablement aussi sous la dépendance de la chaine postérieure ganglionnaire. (*Archiv. für Anat. und physiol. Psych.*, p. 387-393, 1879.)

Altération de la marche observée dans l'alcoolisme chronique, par M. Westphal. — M. Westphal a observé plusieurs fois chez les sujets atteints d'alcoolisme chronique, une altération toute spéciale de la marche qu'il n'a trouvée décrite nulle part. Quand ils veulent se mettre en marche, ils lèvent la cuisse très haut dans l'articulation de la hanche, puis la laissent tomber fortement sur le sol; et, contrairement à ce qui se voit dans l'ataxie, la jambe reste fléchie. Cette allure ressemble à ce qui se voit dans la paralysie du nerf péronier, avec cette différence que les mouvements du pied restent intacts. Dans l'obscurité la marche est très hésitante, Westphal l'attribue aux vertiges et à la crainte. Sensibilité à peu près intacte, sens musculaire conservé. Que se passe-t-il plus tard à propos de ces symptômes? A quelle lésion sont-ils dus? Westphal n'a pas eu l'occasion de l'étudier. (*Chir. Ann.*, p. 395. Berlin, 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires de chirurgie, t. II, par le professeur A. Verneuil. In-8 de 855 pages. Paris. — G. Masson, 1880.

En publiant le second volume de ses *Mémoires*, M. Verneuil a continué la tâche qu'il s'est imposée, c'est-à-dire la réimpression d'une série de travaux, de leçons, d'observations, de préceptes et de discours qui constituent son œuvre. Il y a trois ans, nous avons déjà dit tout l'intérêt que promettait cette publication, et ce volume démontre qu'on pouvait compter sur l'infatigable ardeur du professeur, qui, dans des notes nombreuses, ajoute à des travaux dont quelques-uns sont déjà anciens et datent d'une quinzaine d'années, des remarques, des appréciations, souvent même des compléments ou des atténuations, qui nous représentent des sujets connus sous un aspect nouveau. En lisant

ces chapitres on croirait retrouver comme la conversation d'anciens amis, avec tout le profit que donnent la maturité et l'expérience.

Dans une science aussi complexe que la chirurgie, on doit considérer comme heureux l'homme qui, ainsi que M. Verneuil, peut se retirer, en constatant la part qu'il a prise dans les progrès les plus récents, et peut assister à la démonstration et à l'acceptation presque unanime des doctrines qu'il a créées ou adoptées dès leur origine, et dont il a su prévoir toute l'importance.

A le considérer au point de vue de l'histoire chirurgicale des vingt dernières années, on trouve dans ce livre des enseignements qui sont mis en lumière par le simple rapprochement de la date de leur production avec l'état actuel des opinions qui sont définitivement admises par une majorité considérable de chirurgiens. En lisant ces titres: « Amputations, Doctrine septicémique, Pansements antiseptiques, » chacun se rappellera les discussions qui, depuis plus de dix années, ont agité les chirurgiens, les sociétés et les académies, et qui ont encouragé, sinon provoqué des efforts dont le résultat pratique est désormais d'autant plus évident qu'il s'affirme par un progrès dans la chirurgie tel, qu'il faudrait remonter au début du siècle pour en trouver l'équivalent. Ce n'est pas aux lecteurs de la *Gazette* qu'il nous faut rappeler par le menu la part que M. Verneuil a prise dans l'étude des théories de l'infection purulente et de la doctrine de la septicémie. Ces communications se continuent de jour en jour, et il n'est pas besoin de les signaler plusieurs fois pour qu'on sache les rechercher et les apprécier; cependant, en dehors même de leur valeur pratique ou critique, ces publications offrent un intérêt de haut goût pour quiconque aime à suivre l'histoire de son époque dans l'étude des hommes qui sont les promoteurs de l'avancement des sciences. C'est de ceux-là qu'on peut dire qu'ils sont « toujours jeunes », si l'on veut comprendre par cette expression la vivacité de la conception, la foi dans le progrès, ordinaire apanage des débuts dans la carrière scientifique. Ces qualités, sans s'affaiblir, peuvent subir l'influence de l'expérience et de l'âge, et ce livre nous est un exemple de cette heureuse association, puisque nous y retrouvons la critique de l'auteur par lui-même sur quelques-uns des points où, revisant une fois de plus ses épreuves, il a mieux défini certaine doctrine ou spécialisé les indications de certains préceptes opératoires. Mais aussi, les observations multipliées ont produit les résultats qu'on pouvait prévoir et que constate le professeur en ces termes : « A force de réfléchir, de douter et de tenter, dit-il, je crois être parvenu à améliorer progressivement mes résultats de manière à sauver toujours un peu plus de malades, tout en opérant dans des cas plus déplorables, puisque je fais la part de plus en plus grande à la conservation des membres. » Cette évolution n'a pas été seulement le résultat de la pratique, elle a suivi en quelque sorte la marche des doctrines chirurgicales, et rien ne peut en faire un tableau plus fidèle que le résumé que l'auteur trace de tout son passé; nous le reproduisons textuellement, parce qu'il est à lui seul une expression originale des transformations partagées par le plus grand nombre de ses contemporains, ou volontairement et avec enthousiasme, ou plus lentement, suivant le tempérament propre à chacun d'eux.

« Je résume tout mon passé dans les lignes suivantes :

» *Première période :* Réunion immédiate, pansements élas- » tiques, nulle précaution contre les agents septiques : résul- » tats mauvais, mortalité très forte.

» *Deuxième période :* Abandon de la réunion, pansement » ouvert, topiques très simples, eau fraîche : résultats moins » mauvais dans un hôpital réputé détestable.

» *Troisième période :* Dans le même hôpital, succès plus » nombreux par la seule substitution à l'eau fraîche de l'al- » cool plus ou moins étendu; c'était un premier pas vers » l'emploi des antiseptiques locaux.

» *Quatrième période :* Même hôpital, pansement ouaté, » transformation complète des résultats, proportions, de » succès inconnue jusqu'alors; cependant quelques revers » encore.

» *Cinquième période :* Idées théoriques plus nettes sur la » septicité, ses causes et ses effets ; d'où précautions raison- » nées prises contre la septicémie et ses formes graves, et » éclectisme dans les pansements ; comme résultat, suppres- » sion des accidents traumatiques imputables au milieu, dis- » parition de la septicémie et de la pyohémie. »

Telle est, nous le répétons, l'évolution accomplie, et si naturellement qu'il semblerait, à première vue, qu'elle ne soit qu'une conséquence de la marche générale de la science chirurgicale ; mais à juger ainsi, l'on négligerait de reconnaître la part originale qui appartient à M. Verneuil. Les qualités qu'il y a apportées sont faciles à reconnaître; car elles se retrouvent, non seulement dans ses publications sur les sujets les plus généraux, tels que l'hygiène des hôpitaux, les considérations sur les statistiques des grandes opérations, mais aussi dans les travaux les plus techniques, qu'il s'agisse de médecine opératoire comme dans les mémoires sur la désarticulation de la hanche, la désarticulation tibio-tarsienne, les amputations partielles du pied, les amputations des doigts, la conicité du moignon, etc., ou bien qu'il s'agisse de simples questions de pansement telles que le bain antiseptique et le pansement ouaté, dont les indications sont exposées avec la plus grande netteté. Le *pansement* ainsi compris prend l'importance prédominante qui lui est accordée depuis les derniers travaux sur la septicémie. Ce qui semble inspirer principalement notre professeur, c'est l'étude du blessé, étude attentive, complète, définissant le malade ou plutôt l'homme dans son allure et sa personnalité pathogéniques. En d'autres termes, M. Verneuil concentre et applique « au blessé » toutes les ressources de son esprit si remarquablement synthétique. Le milieu, la blessure, sont étudiés par le professeur de chirurgie ; mais à l'hôpital le chirurgien se montre sous un aspect plus pratique, il prend comme base de ses décisions « la considération du blessé », et de ce point de vue envisage le pronostic, la « thanatogénie chirurgicale ».

C'est grâce à ce tempérament d'ordre essentiellement clinique, pour ne pas dire en même temps humanitaire, que M. Verneuil donne à son enseignement un caractère à la fois original et pratique. En effet, nous le retrouvons constamment préoccupé de prévoir les complications dès opérations comme pour la ligature préalable dans les amputations, l'exposé des dangers de la compression digitale, l'étude des suites éloignées des amputations. Cette tendance trouve des expressions saisissantes et qui émaillent chaque chapitre. On voudrait les citer toutes, et il en est quelques-unes qu'on ne saurait oublier.

Tel est cet aveu significatif fait à l'heure la plus récente puisqu'il figure dans l'introduction : « Mes recherches sur les états constitutionnels m'ont rendu tout à la fois moins opérateur et opérateur plus radical. »

Ailleurs ces remarques qui expriment si bien certaines contradictions apparentes dans les opinions régnantes sur l'hygiène nosocomiale : « Ne pouvant pas modifier à notre gré le grand milieu insalubre dans lequel vivent nos blessés tout entiers, nous avons appris à créer autour de leur blessure un *petit milieu* circonscrit, dépouillé de ses principes délétères, c'est-à-dire antiseptique ».

Quelquefois même c'est au latin que le précepte doit son expression originale; tel l'aphorisme en répondant aux adversaires de la méthode numérique : « *Numeratio, perpensatio utilissimæ; ante numerationem perpensatio, sed post perpensationem numeratio.* »

Nous devons nous borner dans nos appréciations générales, et nous serons très bref dans l'analyse des sujets contenus dans ce volume qui font partie du domaine chirurgical;

cependant il est quelques points qui méritent d'être médités et sur lesquels la critique ne s'est pas encore exercée avec toute l'importance qu'ils comportent. Tels sont les travaux sur les amputations de la jambe, sur les amputations partielles du pied, sur les suites éloignées des amputations, sur la saillie de l'os après les amputations et la conicité du moignon. Ces travaux concernant les procédés opératoires proprement dits, ont été cependant présentés dans les sociétés, devant un public d'élite et bien apte à la critique Or, M. Verneuil peut avec raison éprouver quelque satisfaction à voir que ses préceptes anciens de manuel opératoire ont reçu la consécration de la pratique et ont été généralement adoptés; telle est la délimitation des lambeaux de dehors en dedans avec la pointe du couteau, dans les amputations ovalaires; telle est la résection des bouts nerveux faisant saillie à la surface de la plaie ou à la face profonde des lambeaux.

M. Verneuil exprime le regret d'avoir été moins heureux au sujet des modifications qu'il a proposées dans le manuel opératoire des amputations, consistant à opérer l'ablation des membres comme on enlève les tumeurs, sans compression préalable et en réalisant l'hémostase pendant le cours de l'opération; ces préceptes n'auraient été accueillis, dit-il, qu'avec une certaine froideur par les chirurgiens. Nous croyons, en effet, qu'ils méritent un examen plus approfondi de la part des chirurgiens, et ce livre en pourrait devenir l'occasion, si l'on n'était assuré que M. Verneuil se chargera lui-même de les propager. Nul mieux que lui ne saurait atteindre ce but, et nous félicitons toute la génération d'élèves qui peut aujourd'hui suivre un enseignement qui unit les principes les plus élevés de la pathologie aux exemples de leur application méthodique, et dont les moindres particularités sont minutieusement étudiées et raisonnées.

Albert HÉNOCQUE.

Index bibliographique.

MANUEL TECHNIQUE DU BRANCARDIER, par le docteur E. DELORME. Paris, Dumaine, 1880.

Voici un bien petit livre, mais d'autant plus utile qu'il est rédigé avec plus de méthode et de concision. Tous ses chapitres ont été rédigés avec le plus grand soin. On voit à chaque page que l'auteur a étudié par lui-même tous les détails du sujet qu'il s'est appliqué à traiter. Les manuels de ce genre rendent de signalés services, et l'on ne saurait trop louer les hommes de science qui ne dédaignent pas de consacrer leurs efforts à vulgariser les notions d'hygiène militaire et de médecine opératoire si utiles et si souvent oubliées par ceux-là mêmes qui devraient les mieux connaître.

VARIÉTÉS

LA DIRECTION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Nous n'avons pas cru devoir signaler le projet de loi sur l'administration de l'armée que M. le général Farre présentait à la Chambre des députés, le jour où le nouveau rapporteur, M. le comte de Roys, le forçait à sortir de la prudente réserve qu'il avait gardée jusqu'alors. Nous savions, en effet, que les deux articles intercalés à la hâte dans l'ancien projet, sous prétexte de le modifier et de donner satisfaction aux légitimes espérances du corps de santé de l'armée, seraient singulièrement amendés et rédigés tout différemment le jour où une discussion publique en montrerait l'insuffisance. Le nouveau projet ne différait de l'ancien que parce qu'il instituait au ministère de la guerre une direction du corps de santé. Mais l'habile rédacteur de ce projet de loi avait eu bien soin de ne point ajouter que ce directeur serait un médecin militaire; et les amis de l'intendance aimaient à rappeler, à ce propos, que deux intendants étaient docteurs en médecine, et qu'il ne serait point malaisé de leur confier un poste auquel les rendaient aptes un titre scientifique dont les médecins ne pourraient contester la valeur et des qualités administratives que ceux-ci ne possédaient pas. Nous pensions alors et nous persistons à croire que jamais un ministre de la guerre, quelque circonvenu qu'il puisse être par les partisans du projet de Chanal ou de projets analogues, ne pourrait maintenir à la tête d'un corps qui n'a jamais démérité, l'un de ses ennemis les plus ardents. Or, voici que dans les sphères officieuses on raconte qu'afin d'assurer, pour la rentrée des Chambres, l'adoption du projet de loi que l'on persiste à défendre, le ministre de la guerre prépare, dès aujourd'hui, l'organisation nouvelle du corps de santé. Une direction spéciale de ce service serait créée, et le directeur désigné serait... un pharmacien en retraite! Ceux qui n'ont point oublié la discussion passionnée qui a eu lieu en 1873 à l'Académie de médecine, comprendront jusqu'à quel point une semblable nouvelle a pu inquiéter les médecins de l'armée. Nous croyons qu'ils peuvent se rassurer. Alors même que le nouveau directeur du service de santé serait désigné, alors même que celui dont il est question accepterait la mission délicate et difficile qu'on prétend lui imposer, il suffirait, au moment où la loi sur l'administration de l'armée sera discutée devant la Chambre, de dire quelques mots pour faire voir jusqu'à quel point une semblable nomination serait impossible à maintenir. Nous savons que la commission parlementaire qui a pris en main la cause du service de santé de l'armée ne trahira pas ceux qu'elle a mission de défendre. Et, lorsque le moment sera venu, le rapporteur de cette commission saura combattre tous les projets que l'on prépare aujourd'hui.

L. L.

NÉCROLOGIE. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort d'un de nos anciens collaborateurs, à qui la *Gazette hebdomadaire* a dû d'excellents articles de physiologie et de pathologie comparées. M. le docteur Patté, membre honoraire et ancien président de la Société nationale de médecine vétérinaire, est décédé le 13 septembre à l'âge de soixante-quatre ans. C'était, sous les apparences les plus modestes, un esprit des plus distingués, un cœur droit et élevé, dont nous avions gardé le meilleur souvenir.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT. — On sait que depuis quelque temps déjà la préfecture de police a institué dans les postes de la capitale un service médical de nuit. Les médecins qui consentent à faire partie de ce service sont tenus, à la première réquisition, de se rendre auprès des malades qui réclament leurs soins. Ils touchent une indemnité fixée à 5 francs par visite. Cette indemnité, payée par l'administration lorsqu'il s'agit d'indigents, devrait, aux termes des règlements établis, être payée par les familles lorsqu'il s'agit de malades ayant des ressources suffisantes.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi dans la pratique, et beaucoup de personnes aisées, qui ont reçu des soins des médecins du service de nuit, s'abstiennent de solder le prix de la visite, de telle sorte que la dépense reste à la charge de l'administration : il en résulte tous les ans des augmentations de crédit variant de 50 à 60000 francs. Pour mettre fin à une situation qui dégénère en abus, M. Andrieux vient de prescrire aux commissaires de police de veiller avec le plus grand soin à ce que le prix des visites dont il s'agit soit régulièrement acquitté par les familles, toutes les fois qu'elles seront en état de le faire.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — La commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu de sa délibération en date du 30 août 1880, un concours pour la nomination à deux places d'internes en pharmacie et à quatre places d'internes provisoires du même service, aura lieu cette année, le vendredi 24 septembre, à une heure de l'après-midi.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du Président de la République, en date du 7 septembre 1880, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Servier, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire Saint-Martin.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Massaloup, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

Au grade de médecin-major de 1re classe: (Ancienneté) M. Delort, médecin-major de 2e classe au 15e régiment d'infanterie. — (Choix) M. Joly, médecin-major de 2e classe au 7e bataillon de chasseurs à pied. — (Ancienneté) M. Maurin, médecin-major de 2e classe au 6e régiment de chasseurs.

ORPHELINAT DE BELLEVUE. — Mme la duchesse de Galliera fait construire en ce moment à Bellevue deux immenses bâtiments. Le premier, qui est destiné à recevoir 500 orphelins, vient d'être doté par la duchesse de 250 000 francs de rente ; le second, qui servira de maison de retraite aux religieux du diocèse de Paris, sera entretenu également aux frais de madame de Galliera, ainsi que l'hôpital qu'elle vient de faire construire à Clamart et qui doit être terminé à la fin de l'année. Ajoutons que la somme nécessaire pour la construction de ces divers établissements, ainsi que pour leur entretien, s'élève au chiffre respectable de 15 millions.

LIT POUR LES TROUPES. — On expérimente actuellement dans le 11e corps d'armée un nouveau système de lit pour les troupes. Le cadre est en fer, et le fond est formé d'une toile solide supportant le matelas et supprimant la paillasse et les trois planches de l'ancien châlit. Le cadre est supporté par quatre pieds comme l'ancienne couchette ; mais il est mobile et s'articule avec le montant de la tête. Le soldat peut, de cette façon, le relever pour l'appuyer contre un mur. Le corps du lit ayant été ainsi redressé, une plaque en fer adaptée au support de la tête, un peu au-dessous de la charnière, se relève pour former siège. L'homme peut s'y asseoir commodément et appuyer son dos contre la toile de son lit. Enfin, une tablette, en fer également, s'adapte sur l'un des côtés du cadre pour servir de table.

Avec ce systèmes, les locaux deviennent disponibles pour certaines conférences, et le soldat se trouve pourvu d'une table pour écrire et manger, d'un siège pour s'asseoir.

(*Journal des Débats*.)

NOUVEL ASILE D'ALIÉNÉS DE VILLEJUIF. — La population va être appelée à formuler son avis sur la création d'un nouvel asile-hospice pour les aliénés dans le département de la Seine.

HOSPICE D'ALIÉNÉS. — ARRÊTÉ PRÉFECTORAL. — Article 1er. — Il est créé dans chacun des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, consacrés au traitement des aliénés, un emploi de médecin-adjoint.

Art. 2. — Ces emplois sont donnés au concours.

Art. 3. — Le programme de ce concours, les conditions d'admission des candidats et le jury seront les mêmes que ceux fixés par l'arrêté du 3 mars 1879 pour la nomination de médecins aliénistes dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Art. 4. — Les médecins-adjoints, suivant l'ordre d'ancienneté, pourront, en cas de vacance, passer d'un quartier d'hospice à un autre quartier d'hospice.

Art. 5. — Les médecins-adjoints des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière seront astreints à la résidence dans l'établissement lorsqu'elle n'aura été acceptée par aucun des médecins chefs de service.

Art. 6. — Les médecins-adjoints du service des aliénés auront, vis-à-vis des médecins chefs de service, la même situation que celle qui est faite au médecin du Bureau central, par rapport aux médecins des hôpitaux.

Art. 7. — A l'avenir, les médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière seront recrutés parmi les médecins-adjoints de ces mêmes établissements, et cela dans l'ordre d'ancienneté de leur nomination.

Art. 8. — Le concours établi par l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 pour la nomination des médecins chefs de service dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière est supprimé.

Art. 9. — Le secrétaire général de la préfecture, le directeur de l'Administration de l'Assistance publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera soumis à l'approbation de M. le ministre de l'intérieur.

MORTALITÉ A PARIS (36e semaine, du vendredi 3 au jeudi 9 septembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1009 se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 32. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 25. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 148. — Autres tuberculoses, 49. — Autres affections générales, 50. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 35. — Diarrhée infantile et athrepsie, 196. — Autres maladies locales : aiguës, 91 ; chroniques, 192 ; douteuses, 48. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 2 ; épuisement, 1 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 36e semaine. — Le nombre des décès enregistrés pendant cette dernière semaine s'élève à 1009, soit une augmentation de 24 décès sur le chiffre accusé par le bulletin de la semaine précédente. Ce léger accroissement ne porte pas sur les affections épidémiques dont la plupart, bien au contraire, ont subi un mouvement de recul marqué. Il semble du moins en ce qui les concerne, que la situation sanitaire tende à s'améliorer. Le nombre de décès par variole s'est abaissé à 32, celui des décès par diphthérie à 25. L'infection puerpérale n'a fait qu'une victime. Tous ces chiffres sont les plus faibles que nous ayons eu à constater depuis le commencement de cette année. La fièvre typhoïde, la rougeole, sont demeurées stationnaires. La scarlatine a occasionné 13 décès, chiffre élevé pour Paris; et sur ce nombre, le 11e arrondissement, seul, en a compté 5 et le quartier de la Roquette 3.

Si nous passons aux principales affections qui n'ont pas un caractère épidémique ou contagieux reconnu, nous remarquons que les décès par phthisie ont progressé (148 cette semaine et 109 la semaine dernière), et qu'il s'est produit une faible augmentation sur les décès d'enfants par athrepsie (196 au lieu de 189).

Enfin les maladies chroniques figurent au bulletin pour 192 décès, au lieu de 137 qui avait été le chiffre de la 35e semaine.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Vaisseaux et nerfs des tissus conjonctifs, fibreux, séreux et osseux. Anatomie et physiologie (Thèse de concours pour l'Agrégation), par M. le docteur Testut. 1 vol. in-8 de 258 pages avec 4 planches. Paris, G. Masson. 5 fr.

Poils et ongles, leurs organes producteurs (Thèse de concours pour l'agrégation), par M. le docteur S. Arloing, professeur à l'École vétérinaire de Lyon. 1 vol. in-8 de 202 pages avec figures dans le texte. Paris, G. Masson. 3 fr. 50

De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale, par M. J. J. Peyrot. 1 vol. in-8 de 310 pages. Paris, G. Masson. 6 fr.

Des transformations des matières albuminoïdes dans l'économie, par M. Gabriel Pouchet. 1 vol. in-8 de 109 pages. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

Quelques réflexions sur l'Hypnotisme et le Magnétisme, par le docteur L. A. In-18 de 36 pages. Paris, G. Masson. 1 fr.

Propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux expressifs. Mémoire lu à l'Académie de médecine dans sa séance du 8 juin 1880, par M. J. Rambosson. In-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

HISTOIRE ET CRITIQUE

LA PNEUMOTHÉRAPIE

Les travaux récents sur la pneumothérapie confirment les bons résultats obtenus dès le début, et l'on peut affirmer aujourd'hui que nous sommes en possession d'une méthode thérapeutique d'une incontestable valeur pratique dans le traitement des affections de poitrine. Méthode rationnelle d'ailleurs et bien en rapport avec les tendances scientifiques actuelles, ce qui rend d'autant plus incompréhensible qu'elle n'ait trouvé aucun accueil en France. Cette attitude défiante pourrait, si elle se prolongeait, devenir préjudiciable pour les malades aussi bien que pour notre renommée scientifique; l'exemple du tardif, trop tardif acclimatement de la méthode de Lister le démontre amplement. Aussi profiterons-nous de l'apparition de la seconde édition du livre de L. Waldenburg (*Pneumatische Behandlung der Respirations und Circulationskrankheiten.* Berlin, 1880) pour rappeler sommairement les principes de la méthode et le chemin parcouru depuis 1873, en recommandant instamment son emploi aux médecins français (1).

La pneumothérapie est, comme on sait, fondée sur l'emploi de l'air comprimé ou raréfié. Elle fait partie de cet ensemble de méthodes précises, chères à nos modernes iatromécaniciens, utile invasion de la clinique par le laboratoire. « Ses bases physiologiques sont, dit Waldenburg, la spirométrie et la pneumatométrie. »

La *spirométrie* est une méthode singulièrement délaissée, quoiqu'elle ne date que d'une trentaine d'années. En permettant de mesurer très exactement la quantité d'air rejetée dans les fortes expirations, autrement dit la *capacité vitale* du poumon, elle paraissait appelée à rendre de grands services dans le diagnostic et le pronostic des maladies de poitrine. Malheureusement les résultats furent trouvés extraordinairement peu constants ; on constata à son emploi de multiples inconvénients. Il est peu probable que, sur ce point, l'on puisse faire changer l'opinion du public médical; il est permis néanmoins de considérer la spirométrie comme un auxiliaire utile de la pneumothérapie. Voici en quels termes élogieux s'exprime l'auteur allemand : « Le spiromètre est, il est vrai, un instrument de peu de valeur pour le diagnostic général, mais pour l'établissement objectif d'un diagnostic individuel c'est un moyen d'une valeur inestimable, spécialement pour ce qui concerne le degré de la maladie, le pronostic, le décours et l'évolution, l'action d'une thérapeutique déterminée. »

Waldenburg a cherché à évaluer le volume de l'air des diverses catégories qui composent l'ensemble du contenu du poumon, la capacité vitale, l'air de la respiration, de réserve complémentaire et enfin de résidu, suivant la nomenclature adoptée. Il est arrivé, soit par des expériences, soit par des calculs approximatifs, à penser que l'air de résidu occupait un volume fort considérable. « Ce volume, dit-il, non seulement n'est pas moindre que la capacité vitale, comme on l'admet à tort, mais il est le double ou à peu près de celui de cette dernière », soit 4 à 5 litres environ, suivant les personnes. Cette idée est d'accord avec les enseignements de la clinique. Que de fois n'est-il pas arrivé, aujourd'hui que l'on ponctionne beaucoup les pleurésies, de retirer 2 ou 3 litres de liquide chez des malades dont un côté seul de la poitrine était rempli, et encore incomplètement, et qui n'accusaient pas la moindre gêne de la respiration !

Il est inutile de recommander l'emploi d'un spiromètre déterminé à ceux qui voudraient employer cette méthode pour aider la pneumothérapie, l'appareil de Waldenburg étant lui-même un spiromètre très exact.

La *pneumatométrie* a pour objet de mesurer la force des deux temps de la respiration. L'appareil se compose d'un simple tube en U gradué, contenant du mercure jusqu'à un certain niveau, dont l'une des branches est ouverte, dont l'autre branche se continue par un fort tube de caoutchouc terminé par un masque ou un embout, suivant les préférences de l'opérateur.

Que l'on respire par le nez ou par la bouche, on constate une ascension du mercure dans la branche libre pendant l'expiration, et une descente pendant l'inspiration. L'étendue du déplacement de la colonne indique exactement la puissance, la force du temps de la respiration que l'on étudie : quelques millimètres pour la respiration ordinaire, de 100 à 150 millimètres pour la respiration forcée.

Contrairement à ce qui arrive pour la spirométrie, la pneumatométrie donne des résultats sensiblement égaux pour les personnes qui sont dans les mêmes conditions; cette stabilité, cette constance des chiffres donne à la méthode une grande valeur. « La pneumatométrie, dit l'auteur, est extraordinairement simple comme appareil; elle demande toutefois à être pratiquée pour éviter les causes d'erreur... Je puis affirmer qu'au point de vue de l'exactitude et de la valeur pratique, elle peut se mesurer avec n'importe quelle méthode d'investigation, et que, pour bien des maladies, elle permet des finesses de diagnostic impossibles à obtenir par n'importe quel autre moyen. »

(1) Consulter sur le même sujet : Lambert, *De l'emploi de l'air raréfié et condensé*, thèse de Paris, 1877. — Krause, *Pneumatomet. Untersuchungen, etc.* (*Berl. klin. Woch.*, 1879). — Cron, *Beitrag zur pneumat. Therapie* (*Ibid.*, 1879). — Schreiber, *Ueber die prakt. Bedeutung der pneumat. transport. Apparate* (*Ibid.*, 1880, n° 5).

Voy. aussi l'article de Labadie-Lagrave (*Gaz. hebd.*, 1873, p. 257) et l'intéressant mémoire de Küss (*Gaz. hebd.*, 1874).

Voici les chiffres normaux des deux temps de la respiration :

Inspiration : 80-130 mill. (hommes) — 50-80 (femmes).
Expiration : 100-220 mill. (hommes) — 60-110 (femmes).

Dès le début de ses recherches, Waldenburg constata deux faits des plus importants et qui sont maintenant admis par tout le monde : 1° c'est que, dans l'emphysème à toutes ses périodes, la force de l'expiration tombait au niveau ou au-dessous de celle de l'inspiration ; 2° que, dans la tuberculose et processus voisins, l'écart normal entre les deux temps de la respiration augmentait dans des proportions considérables.

Depuis lors, l'auteur a considérablement étendu le cercle de ses recherches et les a fait porter non seulement sur les maladies du cœur et des voies respiratoires en général, mais aussi sur certaines affections de l'abdomen ou même des maladies plus générales (les fièvres, les atrophies musculaires, l'alcoolisme).

Les résultats obtenus sont curieux, mais encore trop isolés pour être utilisés dans la pratique.

D'autres méthodes encore peuvent servir à contrôler l'emploi de la pneumothérapie. Je citerai, par exemple, la mensuration thoracique, chère aux Anglais, et qui est traitée par Waldenburg avec une sévérité outrée. « L'œil exercé, dit-il, découvre des déviations de la normale, des altérations de symétrie que tout appareil de mensuration est incapable de déceler. » Mais quand l'œil aura découvert la déviation, il sera bon peut-être d'en faire l'évaluation avec un instrument, et alors seulement on aura quelque chose de précis !

La spirométrie et la pneumatométrie fournissent des indications précieuses pour le traitement des affections thoraciques, tout en permettant le contrôle de ce traitement. En effet, le but principal de la pneumothérapie est de suppléer à l'insuffisance de la force inspiratoire en comprimant l'air qui doit être introduit dans le poumon, à l'insuffisance de la force expiratoire en raréfiant l'air extérieur. Deux autres combinaisons sont possibles (compression de l'air extérieur, raréfaction de l'air à inspirer), mais ne servent guère, jusqu'ici, que comme moyen fort rationnel de gymnastique des muscles respiratoires.

Faire respirer dans l'air raréfié constitue le traitement rationnel, l'*antidote* (*sic*) de l'emphysème pulmonaire (1). Rien n'est plus logique. Débarrasser les vésicules dilatées de l'air irrespirable qui y stagne, les remplir d'une atmosphère nouvelle qui ramènera la tonicité des membranes, est une idée réellement ingénieuse.

Voici un exemple choisi parmi ceux que rapporte Waldenburg :

OBS. XIV. — Homme de quarante ans, tousse depuis dix ans. Il y a trois ans accès d'asthme subit et violent. Depuis lors exagération de la toux, dyspnée constante, accès quotidiens, matin et soir, quelquefois pendant plusieurs jours, constitution robuste, thorax très développé. Les poumons recouvrent le cœur et atteignent presque le bord libre des côtes. La voûte du diaphragme est repoussée dans la ligne mamillaire jusqu'au sixième espace intercostal à droite comme à gauche. Sonorité tympanique. Partout respiration vésiculaire et râles sibilants. Capacité vitale, 2500 centimètres cubes ; force inspiratoire, 120 millimètres ; force expiratoire, 70 millimètres.

Le traitement institué consiste en expiration dans l'air raréfié, plus tard aussi inspiration d'air comprimé, inhalation de vapeurs ammoniacales et térébenthinées, frictions du thorax avec un liniment térébenthiné.

Dès les premiers jours, l'amélioration est évidente. La dyspnée disparaît progressivement, et même le matin et le soir elle n'existe plus.

L'état général s'améliore de jour en jour. Au bout de deux mois le traitement est cessé. La percussion indique des limites normales des poumons, une situation normale du foie et du diaphragme. Capacité vitale, 2800 centimètres cubes ; force inspiratoire, 150 millimètres ; force expiratoire, 160 millimètres.

Depuis lors la guérison s'est maintenue.

(1) Il nous paraît inutile de donner la description de l'appareil de Waldenburg. (Voir l'article cité de M. Labadie-Lagrave.) L'appareil a été perfectionné depuis, mais ses dispositions fondamentales n'ont pas changé.

Il est inutile d'insister sur l'utilité de ce traitement. Un grand nombre de médecins ont confirmé les résultats de Waldenburg : en France même, Küss en a indiqué la valeur dans des termes très élogieux. Je dois dire cependant que Lambert est moins affirmatif.

L'inspiration d'air comprimé est indiquée toutes les fois que le poumon a diminué de volume (compression, destruction de tissu, néoformation, etc.), et dans toutes les formes de dyspnée.

La bronchite, la pleurésie, l'atélectasie pulmonaire, le croup, et en général les sténoses des premières voies respiratoires, la phthisie pulmonaire et l'*habitus* phthisique sont, jusqu'à un certain point et dans certains cas, justiciables de cette méthode de traitement. Voici un exemple des résultats possibles :

OBS. XLIII. — Sch..., trente-quatre ans, conducteur de train ; a eu deux ans auparavant une fluxion de poitrine. Depuis lors, toux permanente, surtout la nuit ; dyspnée assez accentuée ; appétit mauvais ; selles régulières.

Constitution moyenne, amaigrissement, poitrine assez bombée, matité légère aux deux sommets, matité plus nette à gauche dans toute l'étendue ; en cet endroit, respiration faible, vésiculaire. Aux sommets, respiration indécise avec expiration prolongée et râles.

Capacité vitale, 3,100. Force d'inspiration, 64 millimètres ; d'expiration, 68 millimètres. Diagnostic : pneumonie chronique des deux sommets, restes d'une pleurésie gauche.

Traitement : air comprimé, plus tard avec air raréfié ; inhalations d'alun. Au bout de cinq à six semaines, le malade reprenait son pénible service. La toux était rapidement devenue moins gênante, la dyspnée avait disparu, l'appétit était revenu et l'état général était excellent.

Disparition complète de la matité excepté au sommet droit. Plus de râles ; capacité vitale, 4,200 (!) ; force d'inspiration, 110 millimètres ; force d'expiration, 130 millimètres.

Cinq ans après, le malade était très bien portant, mais toussait encore de temps à autre. A l'auscultation et à la percussion on ne constate que des signes extrêmement légers.

Capacité vitale, 2,700 ; force d'inspiration, 82 millimètres ; d'expiration, 100 millimètres.

On voit que les résultats sont moins brillants que dans l'emphysème. On peut, cependant, arriver à procurer un grand soulagement aux malades et quelquefois à améliorer considérablement leur état.

Cron recommande dans *la phthisie au début* ces inspirations d'air raréfié, qu'il administre d'ailleurs avec une très grande précaution, puisqu'il part d'une diminution de 1/2200e d'atmosphère pour arriver progressivement jusqu'à 1/60e d'atmosphère. Il termine la séance par quelques cylindres d'air comprimé contre les dangers d'hémoptysie.

Schreiber ne peut pas se prononcer sur ce sujet, les expériences faites n'étant pas assez nombreuses.

Laon, un des rares médecins français qui aient employé l'ap-

pareil de Waldenburg, considère son emploi comme très utile au début de la phthisie (*Progrès médical*, 1877).

Mais ce n'est pas tout. Les maladies du cœur, elles aussi, paraissent être justiciables de la méthode que nous étudions, et, suivant les cas, des inhalations d'air comprimé et raréfié.

Il est facile de comprendre que l'air comprimé, en augmentant la pression positive intra-pulmonaire, diminue d'autant la pression négative extra-pulmonaire, et l'aspiration du cœur augmente par conséquent la puissance de cet organe et la pression dans le système aortique.

Le pouls, devenu dur et plein, est le critérium de cette action. Les inspirations d'air raréfié produisent un effet absolument opposé.

Je ne m'arrêterai pas aux détails de physiologie accumulés par l'auteur autour de cette question fort discutée. Je lui laisse la parole pour les indications de la méthode :

L'air comprimé est indiqué dans toutes les maladies dans lesquelles il s'agit :

1° D'augmenter l'action (*Spannkraft*) du cœur et la pression dans le système aortique ;

2° De faciliter l'écoulement du sang hors du cœur ;

3° D'entraver l'écoulement du sang des grosses veines dans le cœur ;

4° De débarrasser les poumons et le cœur de leur sang ;

5° D'augmenter la quantité de sang de la grande circulation.

Ces indications ouvrent un vaste champ à la thérapeutique. Toutefois il paraît désirable de se limiter et de faire porter les recherches sur les indications les plus rationnelles. Ce faisant, on rencontre d'abord l'insuffisance et le rétrécissement de la valvule mitrale, et c'est en effet la lésion du cœur qui a été le plus utilement traitée par l'aérothérapie.

Viennent ensuite l'insuffisance aortique où l'indication manque déjà de clarté et les affections valvulaires du cœur droit, au sujet desquelles je n'ai aucune expérience.

Dans la stéatose du cœur, on observe des effets très variables et les inhalations devront être faites avec une extrême prudence. Toutes les hyperémies passives sont immédiatement améliorées.

L'air raréfié est indiqué toutes les fois que l'on veut :

1° Diminuer la pression intra-aortique ;

2° Augmenter ou faciliter l'écoulement du sang des veines dans le cœur ;

3° Diminuer ou entraver l'arrivée du sang au système artériel ;

4° Augmenter la quantité de sang dans les organes intra-thoraciques et spécialement dans le poumon.

Ici la thérapeutique se trouve très bornée et ne trouve guère son application que pour le cœur droit.

Je choisis au hasard une observation pour mettre en lumière la valeur du traitement.

Obs. LXXXV. — Baron K..., cinquante-neuf ans, quatre rhumatismes articulaires aigus. Depuis 1871, dyspnée, palpitations, sentiment de pesanteur dans la région cardiaque. Depuis trois ans, œdème des pieds intermittent, perte d'appétit, etc.

Homme robuste et fort gras, lèvres pâles. Choc du cœur faible, souffle présystolique intense à la pointe, toux pulmonaire renforcée. Pouls, 110, irrégulier, très petit, œdème des malléoles. Urine claire, contient une faible quantité d'albumine.

Capacité vitale : 1,600 ; force d'inspiration, 60 millimètres ; force d'expiration, 80 millimètres.

Traitement : air comprimé, une séance par jour. Pilules de poudre de digitale et d'extrait de scille ââ, 5 centigrammes, trois par jour.

Au bout de quatre jours, urine plus claire et plus abondante, ne contient pas d'albumine, pouls *régulier*, diminution de la dyspnée et des palpitations. On cesse les pilules.

Au bout de douze jours, urine très abondante, non albumineuse. Pouls régulier, peu de dyspnée ; capacité vitale, 2,000 ; force d'inspiration, 70 ; d'expiration, 96.

Dans bien d'autres circonstances, l'appareil pneumo-thérapique est utile. Waldenburg cite entre autres des maladies de l'oreille qu'il a vu considérablement améliorées pendant un traitement fait dans un tout autre but. Il y a des recherches à faire sur ce point.

Dans un cas fort grave d'intoxication par le gaz d'éclairage Cron dit s'être servi avec avantage de l'appareil de Bredot (accouplement de deux appareils de Waldenburg), avec lequel il pouvait injecter de l'air comprimé dans les poumons, dont il aspirait le gaz toxique.

Deux fois déjà les appareils ont sauvé la vie de personnes asphyxiées : à Vienne, en servant à aspirer le sang tombé dans les bronches d'un malade trachéotoniste (Stork) ; une autre fois en faisant ramener à la vie un noyé (Geipel).

Il va sans dire que la méthode ne réussit pas dans tous les cas même d'emphysème. On ne saurait trop *individualiser* le traitement aussi bien que le pronostic et le diagnostic. On y arrivera sans aucune difficulté. Les principes de la méthode sont on ne peut plus clairs.

Les conditions dans lesquelles il faut placer les échanges gazeux du poumon, le mécanisme de l'action possible dans chaque cas particulier, la marche de cette action, sont faciles à comprendre. Ce n'est pas de la haute physique inabordable pour le commun des mortels, c'est une application ingénieuse et fertile en conséquences des principes les plus élémentaires. L'appareil est d'ailleurs d'une extrême simplicité (une cloche à air maintenue sur l'eau par un système de poids), son maniement n'exige qu'un peu d'attention. Rien ne s'oppose à ce que la méthode acquière dans notre pays l'importance à laquelle elle a droit, et l'on ne peut que regretter que ce ne soit déjà fait.

La méthode pneumothérapique a un autre avantage sur lequel on n'a pas insisté suffisamment. Plus nous marchons et plus se fait jour la tendance à traiter la phthisie pulmonaire directement par l'intermédiaire de l'air. Le second volume de la *Clinique* de Peter est en France l'expression de cette tendance très naturelle ; à l'étranger, ce sont les tentatives assez contestées d'ailleurs de Rokitansky avec le benzoate de soude, celles de Treutler avec les inhalations d'oxygène, de Seemann avec les inhalations ammoniacales. Or, qu'il s'agisse d'introduire dans le poumon de l'air simple ou composé, des gaz ou des vapeurs, des corps en suspension, l'emploi de l'appareil Waldenburg rend pratiquement facile ou possible cette introduction qui, par les moyens actuels, est au moins incomplète. Il suffit d'introduire entre la cloche et la bouche du malade un flacon de Wolf s'il s'agit de corps volatils, un appareil pulvérisant s'il s'agit de suspension.

Mais, dira-t-on, l'appareil dont il s'agit, était en somme assez volumineux, coûteux, gênant dans la pratique ; ne pourrait-on pas appliquer les principes de la méthode par des moyens simples et accessibles à tous ? Sans doute, et la clinique a fait depuis longtemps des tentatives dans cette voie. Par exemple : *les inspirations profondes et méthodiques* recommandées contre certaines affections du cœur et même contre la tuberculose ; on peut, suivant les circonstances, en augmenter ou diminuer l'effet en fermant la bouche ou le nez, ou les deux à la fois. L'expérience de Valsalva (expiration la bouche et le nez fermés), celle de Weber (même procédé, en y joignant une pression sur la poitrine et l'abdomen) sont des moyens détournés de faire de l'air comprimé. Le *massage*

méthodique de la poitrine et de l'abdomen des emphysémateux, que Waldenburg dit avoir été inventé par Gerhardt (*Berl. klin. Woch.*, 1873, n° 3), et que nous avons souvent employé à la clinique du regretté professeur Hirtz, concourt au même but. Enfin, Mosengeil (*Ibid.*, 1876, n° 48) recommandait en 1876 les inspirations et les expirations profondes dans le décubitus horizontal avec extension simultanée des bras; encore un moyen mécanique de forcer l'expiration.

Il y a encore le séjour sur les montagnes, qui est fort à la mode aujourd'hui. Dans un chapitre très intéressant et tout nouveau, l'auteur allemand étudie, non les bienfaits d'un pareil séjour qui ne sont pas discutables, mais son mode d'action. Il rappelle les beaux travaux de Bert et de Jourdanet, ainsi que l'obstination de ces auteurs à rejeter même la possibilité d'une action mécanique de l'atmosphère raréfiée des altitudes. Or, l'idée de Jourdanet que la rareté de la phthisie, sur les hautes montagnes, tient à la faible proportion d'oxygène de l'air, à l'anoxhémie, n'est rien moins que démontrée. Ce que nous venons de voir démontre, au contraire, clairement, combien l'action mécanique peut agir utilement en pareil cas « en facilitant le travail du cœur, en activant la circulation et la nutrition générales, en augmentant l'apport du sang aux poumons ».

Nous n'avons rien ajouté de personnel à ce qui précède: notre expérience se base sur des cas trop peu nombreux pour être mis en parallèle avec les séries d'observations de Waldenburg. Notre impression est que l'inventeur de la méthode est bien un peu épris de son sujet; mais en faisant la part de l'exagération, en admettant même que Waldenburg se soit souvent trompé, on se trouve cependant en face de quelques faits assez bien établis pour faire bien augurer de l'avenir de l'aérothérapie.

C. ZUBER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE PHÉNIQUE COMME AGENT ANTIPYRÉTIQUE, lue à l'Académie de médecine dans la séance du 8 septembre 1880, par M. H. DESPLATS, professeur à la Faculté libre de Lille, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les services rendus par l'acide phénique à la chirurgie ont donné l'idée de l'employer en médecine et particulièrement chez les sujets atteints de maladies infectieuses. Après beaucoup d'autres, nous l'avons nous-même donné à tous nos typhiques, dont il a toujours abaissé d'une façon remarquable la température.

C'est sur cet effet, non encore étudié, que nous voudrions attirer l'attention aujourd'hui.

I. — *L'acide phénique, administré à un fébricitant, abaisse la température.*

Si l'on donne à un fébricitant, en un lavement, en boisson ou en injection sous-cutanée, 50 ou même 25 centigrammes d'acide phénique, on amène un abaissement rapide de la température. Depuis trois ans, nous avons toujours observé cet effet, mais jamais il ne s'est montré avec une plus grande netteté que dans le cas suivant :

On faisait tous les jours à un de nos malades, atteint de pleurésie purulente, des lavages de la plèvre avec une solution phéniquée. On lui injectait ainsi 1 000 ou 1 500 grammes d'une solution contenant plusieurs grammes d'acide phénique. Un jour, par suite d'un accident survenu à l'appareil, on ne put retirer qu'une partie du liquide injecté. Le malade absorba 1gr,50 à 2 grammes d'acide phénique. Nous redoutions des accidents et, au lieu de cela, le malade accusa un grand bien-être ; tandis que la température tombait aux environs de 37 degrés, lorsque depuis longtemps déjà elle oscillait entre 39 et 40 degrés. Elle resta basse pendant trente-six heures pour remonter ensuite.

Nous n'avons jamais obtenu chez nos typhiques ou nos tuberculeux des effets aussi persistants après l'administration d'une seule dose; mais jamais l'abaissement thermique n'a manqué pendant une ou plusieurs heures. Une fois même, c'était le 15 août 1879, nous l'avons obtenu quatre fois en quelques heures chez une jeune malade à qui nous pratiquions des injections sous-cutanées d'acide phénique.

Ces faits nous étaient bien connus, nous les avions souvent observés, et, cependant, dominé par l'idée généralement reçue que la dose de 2 à 3 grammes ne pouvait être dépassée sans danger, nous n'avions osé recourir à l'acide phénique pour abaisser la température. Il y a quelques semaines, ayant à nouveau constaté que chaque lavement phénique amenait, et cela sans aucun accident, un abaissement très sensible, mais temporaire, de la température, nous résolûmes d'user de lavements comme on use de bains froids et de les administrer chaque fois que se produirait une ascension. Les résultats furent des plus encourageants et méritent d'être connus. Les premiers malades soumis à l'action méthodique des lavements, étaient atteints de fièvre typhoïde. Grâce au zèle de deux de nos élèves (1), qui ne les quittèrent ni la nuit ni le jour, pendant plus d'une semaine, ils purent conserver un thermomètre à demeure dont on nota toutes les variations, et leurs lavements furent administrés avec le plus grand discernement.

Ne pouvant reproduire ici les détails de ces importantes observations, nous nous bornerons à en donner des extraits :

OBS. I. — Le premier malade (Emile Carton), âgé de dix-sept ans, était infirmier depuis peu à l'hôpital, lorsqu'il éprouva les premiers symptômes de la fièvre typhoïde. Il entra dans notre service le 29 juillet, très gravement atteint. Le soir, le thermomètre marquait 40°,8; le lendemain matin, 40°,4. On lui administra, le 29 et le 30, quelques lavements qui firent temporairement fléchir la température; mais ce ne fut que dans la journée du 31 que commença l'administration régulière. Le matin du 31, à 8 h. 25, le thermomètre marquait 40°,8. Il y avait 102 pulsations et 20 respirations.

A 10 h. 5, la température n'avait pas varié. On donna un lavement, contenant 25 centigrammes. Voici quels en furent les effets :

A 10 h. 5, 40°,8. — A 10 h. 15, la sueur commençait. — A 10 h. 20, 40°,4. — A 10 h. 35, 40°,2 ; sueurs abondantes. — A 10 h. 50, 40 degrés. A 11 h., 39°,8; plus de sueurs. — A 11 h. 10, 39°,8 ; plus de sueurs.

En une heure, une dose de 25 centigrammes avait amené un abaissement de température de 1 degré. On donne un nouveau lavement, et la descente continue.

A 11 h. 20, 39°,8. — A 11 h. 40, 39°,8; les sueurs reparaissent. — A 11 h. 50, 39°,6. — A midi, 39°,4. — A midi 10, 39°,6.

Plusieurs fois pendant cette journée on donna des lavements. Les effets furent toujours les mêmes.

Le 1er août, la dose fut poussée plus loin, et l'abaissement thermique fut plus marqué.

A 9 h. 25, 40°,20; lavement, 50 centigrammes. — A 9 h. 45, 40 degrés; sueurs abondantes. — A 10 h. 10, 39°,4 ; sueurs abondantes. — A 11 h., 39°,1 ; sueurs abondantes. — A 11 h. 45, 39°,5; plus de sueurs; lavement, 50 centigrammes. — A midi 30, 39°,2; lavement, 25 centigrammes. — A 1 h. 30, 38°,9; ce fut le plus grand abaissement de la journée. Pendant la nuit, on put descendre à 37°,7.

A minuit, 39°,5; lavement, 50 centigrammes. — A minuit 20, 39°,4. — A minuit 40, 39°,6. — A 1 h. 40, 39°,2; sueurs; lavement, 75 centigrammes. — A 2 h., 38°,8; sueurs. — A 2 h. 20, 38°,8 ; plus de sueurs; lavement, 50 centigrammes. — A 2 h. 50, 38°,05. — A 3 h. 10, 38°,2. — A 3 h. 15, 38°,4 ; lavement, 50 centigrammes. — A 4 h. 5, 38°,3; lavement, 75 centigrammes. — A

(1) M. Martin et M. Druon. Nous devons à ces messieurs les observations détaillées qui servent de fondement au présent travail.

4 h. 20, 38°,1. — A 4 h. 45, 38 degrés. — A 4 h. 5, 37°,7 ; sueurs abondantes.

A 9 heures du soir, le malade avait : température, 41 degrés ; respiration, 22 ; pouls, 114.

A 4 h. 50 du matin : température, 37°,7 ; respiration, 18 ; pouls, 84.

En même temps que nous obtenions cet abaissement de la température, l'état général s'amendait et le malade n'accusait aucun trouble qu'on pût attribuer à l'administration de l'acide phénique.

Pendant la journée du 3 août, le thermomètre atteignit pendant quelques minutes 39 degrés, mais il se maintint le plus souvent au-dessous de 38 degrés. A quatre heures du matin, il marquait 37°,4, et à cinq heures du soir, 37°,6.

Pour obtenir ces effets, il fallait continuer l'administration des lavements et augmenter notablement les doses à certains moments où l'élévation semblait vouloir se produire. Si ces mesures n'étaient point prises, la température s'élevait rapidement. Le 4 août, à minuit, le thermomètre marquait 38°,3 ; l'interne qui veillait le malade s'endormit. Aussi, à 1 h. 35, la température était-elle montée à 39°,8. A 5 heures, l'administration n'ayant pas été régulière pendant la nuit, le thermomètre montait à 40°,8. (A la même heure, le thermomètre marquait les jours précédents 37°,7 et 37°,4.)

On reprenait à 5 heures l'administration régulière des lavements, et à 8 h. 45 le thermomètre ne marquait plus que 37°,5. Cette température persistait encore à midi.

Jusqu'au 12 août, l'emploi des mêmes moyens produisit les mêmes effets. Le malade se trouvait dans un état très satisfaisant et n'avait plus l'aspect typhique. Pour bien confirmer que l'abaissement de la température était dû à l'administration de l'acide phénique, plusieurs fois on négligea d'administrer les lavements, et, en quelques heures, le thermomètre s'éleva jusqu'à 41 degrés.

Aujourd'hui, ce jeune homme est complètement guéri. La durée de la fièvre typhoïde ne semble pas avoir été abrégée.

Obs. II. — En même temps que ce jeune homme, nous traitions un jeune garçon d'une douzaine d'années, qui avait contracté une fièvre typhoïde grave pendant la convalescence d'une variole confluente ; sa fièvre typhoïde fut des plus sévères. Il nous donna les plus grandes inquiétudes. L'abaissement thermique, dû à l'acide phénique, fut encore plus net. Tandis que sa température dépassait habituellement 40 degrés, et avait même atteint 41 degrés, on put le maintenir pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, et d'une manière à peu près constante, entre 37 et 38 degrés. On le fit même descendre au-dessous de 37 degrés.

Aujourd'hui, ce jeune garçon, dont nous regrettons de ne pouvoir donner l'observation, est en pleine convalescence. Chez lui, non plus, l'emploi de l'acide phénique ne paraît pas avoir diminué la durée de la maladie.

Depuis, nous avons eu trois autres typhiques, chez lesquels l'administration de l'acide phénique a donné les mêmes résultats. Ils n'ont même pas manqué chez l'un d'eux, entré dans un état des plus graves, et qui a fini par succomber.

En somme, chez cinq malades atteints de fièvre typhoïde grave, nous avons obtenu à volonté l'abaissement de la température par l'administration de lavements phéniques.

Il était intéressant de rechercher si le même effet serait obtenu chez d'autres fébricitants. Aussi, avons-nous soumis aux lavements phéniqués plusieurs malades entrés avec de la fièvre. L'effet antipyrétique n'a jamais manqué. Citons quelques exemples :

Obs. III. — *Variole.* — Une petite fille de sept ans, non vaccinée, contracte dans le service une variole. Elle était au début de la période d'éruption, qui dura plusieurs jours. Quelques pustules apparaissaient sur les muqueuses buccale et vulvaire. Il y avait une fièvre intense.

Le 12 août, à 2 h. 30, le thermomètre marquait 40°,6.

A 3 h., 40°,6 ; lavement contenant 15 centigrammes. — A 3 h. 15, 39°,8 ; sueurs. — A 3 h. 30, 39 degrés ; sueurs. — A 4 heures, 39°,4 ; les sueurs ont cessé. — A 4 h. 30, 39°,4 ; lavement, 25 centigrammes. — A 5 heures, 38 degrés ; l'enfant dort. — A 5 h. 45, 39 degrés, l'enfant dort ; lavement, 20 centigrammes. — A 6 heures, 38°,6. — A 6 h. 30, 38 degrés. — A 6 h. 45, 37°,8.

En quatre heures, avec 60 centigrammes d'acide phénique, la température avait baissé de 2°,8 pendant la période d'éruption de la variole.

Le 13 août, l'enfant est toujours très souffrante, accuse un mal de tête très intense, vomit et a une température très élevée. L'éruption se fait très mal. Il existe à peine quelques papules disséminées.

A 2 heures, 40°,4 ; lavement, 15 centigrammes. — A 2 h. 30, 39°,7. — A 2 h. 45, 39°,7. — A 3 h. 15, 39°,6 ; lavement, 40 centigrammes. — A 4 heures, 39°,6 ; évacuation ; lavement, 15 centigrammes. — A 4 h. 15, 39°,5. — A 4 h. 45, 39°,4. — A 5 heures, 39 degrés. — A 5 h. 45, 38°,8 ; nouvelle selle ; lavement, 30 centigrammes. — A 6 h. 45, 38°,6.

Le lendemain, cette enfant avait près de 40 degrés, et on ne pouvait continuer l'expérience, à cause de son indocilité. Elle succomba pendant la période de suppuration.

Obs. IV. — *Tuberculose pulmonaire.* — Jeune fille de seize ans, malade depuis plus de dix-huit mois ; ayant eu des poussées tuberculeuses du côté des méninges.

Fièvre intense tous les soirs.

Le 20 août, à 5 h. 15, 39°,5 ; on donne un lavement de : eau, 100 ; acide phénique, 1 gramme ; laudanum, XII. — A 5 h. 30, 39,7 ; le visage est couvert de sueurs. — A 6 heures, 38°,8 ; sueurs très abondantes. — A 6 h. 15, 38°,6 ; sueurs et sommeil profond. — A 6 h. 30, 38°,5 ; sueurs et sommeil profond. — A 7 heures, 38°,4 ; sueurs et sommeil profond. — A 7 h. 30, 37°,5 ; sueurs et sommeil profond. — A 8 heures, 36°,8 ; les sueurs sont un peu moins abondantes, mais le sommeil continue.

Le 21 août, à 4 heures, 39°,8 ; on donne un lavement composé de : acide phénique, 1gr,50 ; eau, 150 ; laudanum, V. — A 6 heures, 37°,4 ; la malade est trempée de sueur et dort profondément. — A 6 h. 15, 37°,3. — A 6 h. 45, 37°,1, — A 7 h. 15, 36°,8. — A 7 h. 30, 36°5 ; sommeil toujours profond.

Le 22 août, on ne donne pas de lavements. Matinée, 38°,2. — A 4 heures, 39°,4, — A 6 heures, 40 degrés.

Le 23 août, on ne donne pas de lavement. Matinée, 38°,2. — A 4 heures, 39°,4. — A 6 heures, 40 degrés.

Le 24 août, à 3 heures du soir, la température est à 39°,4. On donne un lavement phéniqué de 1 gramme, et à 6 heures, le thermomètre marque 36°,7,

Obs. V. — *Métro-péritonite puerpérale.* — Femme mariée, dix-neuf ans, accouchée le 16 août.

Le 17 août, elle a 40 degrés et des douleurs dans le ventre. On lui donne du sulfate de quinine. On lui fait des injections phéniquées, vaginales et intra-utérines. La température ne baisse pas. Les 21, 22 et 24 août, la température atteint le soir 41 degrés.

Le 26 août, à 9 h. 10 du matin, 40°,7 ; un lavement : acide phénique, 1gr,50 ; laudanum, X. — A 9 h. 50, 39°,5 ; sueurs abondantes — A 10 h. 10, 39°,2 ; nouveau lavement, 1gr,50. — A 11 h. 25, 38°,4 ; nouveau lavement, 1 gramme. — A 2 h. 10, 37°,6 ; lavement, 1 gramme. — A 4 heures, 37°,6. — A 5 h. 30, 37°,4 ; lavement, 1 gramme. — A 6 h. 30, 37°,6 ; lavement, 1 gramme. — A 7 h. 15, 37°,2. — A 9 heures, 38°,6 ; lavement, 2 grammes. — A 9 h. 15, 39 degrés. — A 11 heures, 38°,2 ; un lavement, 1 gramme.

La nuit fut bonne. La malade qui, en cinq heures, avait été amenée de 40°,7 à la température normale, y fut maintenue pendant toute la journée. Elle absorba en quatorze heures 10 grammes d'acide phénique et n'éprouva aucun trouble. Cette malade est aujourd'hui guérie.

Multiplier les exemples nous semble inutile. Ceux qui précèdent sont suffisants et permettent de tirer la conclusion suivante :

L'acide phénique administré en lavements abaisse la température des fébricitants, quelle que soit la cause de la fièvre. Employé à doses convenables, il permet de ramener la température à la normale et même au-dessous.

II. — *Mode d'administration et doses.*

Après avoir eu recours à toutes les voies d'introduction : estomac, muqueuse respiratoire, tissu cellulaire sous-cutané, rectum, nous nous sommes décidé à ne faire usage que de cette dernière, parce que c'est la seule qui permette d'employer l'acide phénique à doses élevées.

Nous donnons des lavements contenant 100 à 150 grammes d'eau, dans laquelle est dissous l'acide phénique. On y ajoute,

quand c'est utile, du laudanum. Ainsi qu'on le voit dans nos observations, aux enfants on donne d'abord de faibles doses: 15, 20, 30 centigrammes. Aux adultes, on donne : 25, 50, 75 centigrammes, 1 gramme, 1gr,50, 2 grammes. Il est bon de ne pas dépasser pareille dose, et nous conseillons même de ne jamais l'employer chez un malade qui n'a pas déjà pris d'acide phénique.

Le plus souvent, on ajoute aux solutions phéniquées de l'alcool. On fait même des solutions exclusivement composées d'alcool et d'acide phénique. Il faut, autant que possible, ne pas user de ces solutions, et employer l'acide phénique dissous dans l'eau.

A quels moments faut-il donner les lavements?

Il est impossible de donner une règle précise; pour un certain nombre de malades, le thermomètre a été le seul guide; à d'autres, nous avons fait donner des lavements toutes les trois heures, et cette pratique, que nous recommandons pour les malades de la ville, nous a donné de très bons résultats. Il en est pourtant une autre que nous croyons préférable : elle consiste à administrer l'acide phénique aux malades d'une manière continue, à l'aide d'un siphon et d'une canule à demeure fixée dans le rectum. Ce procédé très ingénieux a été imaginé par l'un de nos élèves, M. Druon, qui l'a appliqué chez une de nos malades. Il a l'avantage de ne pas permettre de grandes variations de la température et de ne pas nécessiter la présence constante d'un médecin et d'un interne. Voici les résultats qu'il a donnés chez une malade à laquelle on l'a appliqué, il y a quelques jours.

OBS. VI.—Maessens (Marie), âgée de quarante-huit ans, était malade depuis le 12 août, avait une grande lassitude, de la céphalalgie, une grande soif et de la fièvre, lorsqu'elle se présenta à l'hôpital, le 26 août.

En l'interrogeant, on constata que, outre sa fièvre habituelle, elle avait des exacerbations très marquées toutes les après-midi.

Le 28 août, à 5 h. 30, le thermomètre marquait 39°,9.

Le 29, à huit heures du matin, le thermomètre marquait 38°,4; à 5 heures du soir, 40°,4.

Le 30, à 8 heures du matin, le thermomètre marquait 38°,4.

On donna 1 gramme de sulfate de quinine, et à 6 heures du soir, le thermomètre marquait encore 39°,4.

Il n'était donc pas douteux que cette malade était atteinte d'une fièvre rémittente. Le 31 août, on imagina et on appliqua, pour la première fois, le siphon, réglé de manière à ce qu'il laissât couler un centimètre cube d'une solution au centième à la minute. Il fut appliqué à 8 h. 45 du matin; la température était à 38°,1.

La canule fut parfaitement tolérée. La malade n'éprouva aucune sensation désagréable. A midi, elle avait absorbé 1gr,50 d'acide phénique, et le thermomètre marquait 37 degrés. On retira la canule pour assister à la naissance de l'accès et essayer aussitôt de l'arrêter.

A 12 heures, 37 degrés. — A 2 heures, frisson. — A 3 heures, 39 degrés. — La malade était pâle, ses lèvres cyanosées et animées de tremblements, les extrémités froides, et sur tout son corps elle présentait cet état décrit sous le nom de chair de poule. Tandis que le matin elle ne pouvait tolérer le drap, elle ramenait sur elle une grosse couverture de laine. L'appareil ayant été réglé à vingt-cinq gouttes environ à la minute, et la malade ayant été à la selle, la canule fut mise en place.

A 3 h. 15, 39°,5; les extrémités sont toujours froides. Cependant, la chair de poule a cessé. Les lèvres sont moins bleues. La malade sommeille.

A 3 h. 30, 39°,7; même état.

A 3 h. 45, 39°,6; la malade, éveillée, dit qu'elle commence à se réchauffer. Les lèvres sont rouges, la face devient vultueuse, mais les extrémités sont encore froides.

A 4 heures, 39°,5; la sueur commence à paraître, les extrémités sont réchauffées. A ce moment, 40 centimètres cubes de la solution ont été injectés.

A 4 h. 30, 39 degrés; moiteur de tout le corps.

A 5 heures, 38°,8; sueurs. — A 5 h. 30, 38°,8.

A 6 heures, 38°,8; on constate que l'appareil ne fonctionne pas; on le débouche et on le remet en place.

A 6 h. 30, 38°,2. — A 7 h. 30, 37°,8, — A 8 h. 30, 37°,6. — A 9 h. 30, 37°,4; à ce moment, l'injection est interrompue.

De 3 h. 30, où le thermomètre marquait 39°,7, à 7 h. 30, où il marquait 37°,8, la température avait baissé de 2 degrés.

Or, l'avant-veille, à la même heure, la malade avait 40°,4; et la veille, malgré 1 gramme de sulfate de quinine, elle avait encore 39°,4.

Le lendemain, 1er septembre, on fit plus encore : on appliqua le siphon dès le matin, et l'accès fut complètement supprimé.

A 7 h. 30, 38 degrés. — A 9 heures, 37 degrés. — A midi, 37 degrés. — A 3 heures, 36°,8; la veille, à cette heure, la malade était en plein frisson et avait 39 degrés. — A 3 h. 30, 37 degrés; elle dort et transpire. — A 4 h., 36°,8; elle dort et transpire. — A 5 heures, 36°,8; elle dort et transpire.— A 6 heures, 37 degrés; elle dort et transpire. — A 6 h. 30, 37 degrés; elle dort et transpire. — A 7 heures, 37 degrés; elle dort et transpire.

A ce moment, la malade se lève pour aller à la selle et n'accuse d'autres phénomènes qu'un peu de vertige.

A cause de certaines irrégularités dans le fonctionnement de l'appareil, qui se bouche de temps en temps, la malade a absorbé 8gr,40 d'acide phénique en douze heures.

L'application du siphon ne fut pas continuée les jours suivants. La malade eut, le 2 septembre : 38°,1, le matin; 38°,8, le soir.

Le lendemain, 3 septembre, elle avait 38°,5 le matin. Et, quoiqu'elle eut pris 1gr,50 de sulfate de quinine, le soir, à 5 h. 45, le thermomètre marquait 38°,6.

On ne peut donc contester que, dans ce cas, l'acide phénique, administré d'une manière continue, ait réglé la température à ce point qu'il n'y eut, entre les divers moments de la journée, un écart de plus de 2 dixièmes de degré.

L'expérience nous a appris que le débit du siphon rectal est difficile à régler et que, pour qu'il n'y ait point d'interruption dans son fonctionnement, il faut exercer une surveillance constante. Nous ne doutons pas que ces difficultés techniques ne soient facilement résolues, et qu'avant peu nous ne soyons en possession d'un siphon facile à régler et à écoulement continu (1).

Nous n'avons pas dit jusqu'ici à quelles *doses* on peut administrer l'acide phénique. Quoique notre expérience ne nous permette pas encore de tracer des règles précises, nous pouvons dire néanmoins que les doses considérées comme toxiques par les auteurs ne le sont pas. Nous invoquons, pour l'affirmer, les expériences faites par nous sur les animaux, expériences dont nous ne pouvons aujourd'hui rendre compte, et les faits cliniques déjà nombreux que nous possédons. Nous avons donné quotidiennement, à plusieurs de nos malades, 5, 6, 8, 10, 12, et un jour même 19 grammes d'acide phénique. Le premier malade, dont nous parlons dans ce travail et qui est seulement âgé de dix-sept ans, a absorbé, sans éprouver d'autres phénomènes que des sueurs très abondantes et un peu d'ivresse, 113 grammes d'acide phénique pendant toute la durée de sa maladie, et 91 grammes du 2 au 7 août. Nous ne pouvons affirmer que les choses se passeront toujours ainsi; aussi, recommandons-nous à ceux de nos confrères qui voudraient nous imiter, de s'en tenir d'abord à quelques grammes par jour, pour tâter la sensibilité du sujet, et surtout de ne pas introduire à la fois des doses trop massives. Nous considérons comme telles celles qui dépassent 2 grammes (2).

Nous craindrions d'abuser de la patience de l'Académie en parlant aujourd'hui de l'action de l'acide phénique sur le

(1) Depuis que nous avons lu le présent travail nous avons, plusieurs fois appliqué le siphon rectal qui fonctionne aujourd'hui très régulièrement et donne de meilleurs résultats.

(2) Quoique les exemples déjà cités suffisent à faire connaître notre manière de procéder, nous croyons utile de l'exposer sommairement : après avoir vidé le rectum par l'admininistration d'un grand lavement, on porte, un peu haut dans l'intestin, à l'aide d'une sonde d'homme qu'on a placée à l'extrémité de la seringue, un lavement contenant 0gr,50, 0gr,75 ou 1 gramme d'acide phénique, dissous dans 100 grammes d'eau. Dix minutes après, souvent avant, la face devient rouge et, au bout de quinze minutes, on voit apparaître les sueurs qui bientôt se généralisent et deviennent très abondantes. La température commence alors à descendre et s'abaisse en une ou deux heures de 1 à 2 degrés, quelquefois davantage. Au bout de ce temps, en général, la température commence à remonter. Il faut, si on ne veut pas voir la température s'élever, en une heure, au degré qu'elle avait au début de l'expérience, donner un nouveau lavement.

système nerveux, sur les sécrétions, la respiration, la circulation et en recherchant les accidents possibles.

Nous nous bornons donc à dire que le fonctionnement de tous les grands appareils est profondément modifié par l'administration, de l'acide phénique à haute dose.

Pour le *système nerveux*, cela est rendu manifeste par les phénomènes d'ivresse, le vertige et le sommeil profond, que nous avons constatés chez plusieurs de nos malades. Chez les animaux, à qui des doses massives ont pu être administrées, à ces phénomènes se sont jointes des convulsions épileptiformes, dont la durée était proportionnelle à la dose absorbée. Ces convulsions n'ont jamais eu de suites fâcheuses. Quelques heures après, l'animal avait repris son agilité et son appétit.

Sur les sécrétions, l'action n'est pas moindre, à en juger par les sueurs profuses dont les malades sont inondés et la coloration noire des urines qui ne manque presque jamais.

L'action sur la respiration est moins apparente, mais celle sur la circulation a une très grande importance. C'est en agissant sur elle, croyons-nous, que l'acide phénique abaisse la température. Aussi, ce sujet demande-t-il une étude détaillée que nous préparons.

Quant aux accidents possibles, nous en soupçonnons quelques-uns, mais notre expérience est encore trop courte pour que nous puissions les décrire. Le seul que nous puissions signaler, ce sont les convulsions épileptiformes qui ne se sont jamais produites chez les animaux quand la dose, brusquement introduite, ne dépassait pas 2 grammes.

Pour aujourd'hui, nous nous bornerons à tirer du présent travail les conclusions suivantes :

1° L'acide phénique, administré à doses suffisantes aux fébricitants, a toujours pour effet d'abaisser rapidement leur température;

2° Cet abaissement temporaire peut être maintenu et accru par l'administration de nouvelles doses, et, grâce à cet agent, le médecin peut modérer à volonté la température des malades ;

3° Les doses d'acide phénique considérées jusqu'ici comme toxiques, peuvent être dépassées sans danger. Cela résulte des observations citées, dans lesquelles nous voyons des malades en prendre pendant plusieurs jours 8, 10 et 12 grammes, sans en éprouver aucun accident;

4° Le rectum est la meilleure voie d'introduction. Il est bon de ne jamais administrer plus de 2 grammes en un seul lavement. Cette dose ne doit même jamais être donnée du premier coup à un adulte; 1 gramme et souvent moins suffit, même dans des cas où la fièvre est très intense. Pour un enfant, selon l'âge, on donnera 0gr,10, 0gr,15, 0gr,20, etc.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès laryngologique de Milan.

(Deuxième lettre.)

Ventricule de Morgagni. — Spasme de la glotte. — Action de la nicotine sur le larynx. — Laryngite tuberculeuse. — Plaques muqueuses du larynx. — Hystérie laryngée. — Névroses laryngées. — Paralysie de la glotte. — Voix eunuchoïde. — Polypes du larynx.

Milan, le 6 septembre 1880.

A peine ma première lettre à la *Gazette hebdomadaire* était-elle partie, que je fus pris d'un de ces remords de conscience qui troublent le sommeil et conduisent au repentir. Nous avons été reçus à Milan, nous congressistes ambulants (quatre sections), comme si chacun de nous avait apporté dans ses poings fermés une vérité nouvelle.

La municipalité a voté des *talents* d'or pour nous fêter; nous avons été promenés sur le lac de Côme au son de la musique et au bruit du canon; un noble duc nous a fait les honneurs de sa féerique villa; un banquet de trois cents convives nous fut offert à Bellaggio, point de réunion des deux lacs (de Côme et de Lecco); des discours nous furent débités pour nous démontrer, clair comme le beau firmament d'Italie, que nous étions de grands hommes, que les nations étaient sœurs et que la science n'avait pas de patrie: le tout fort bien dit dans ce doux idiome qui tient le milieu entre la mélodie et la déclamation. Nous fûmes reconduits ensuite à Milan, préfet en tête, par train spécial, et livrés chacun à notre section et à nos travaux respectifs.

Ce sont les nationaux qui ont certainement donné le plus d'éclat aux séances, et je vous ai fait connaître dans ma première lettre un spécimen de leurs communications. C'est même cette étourdissante opération de M. Caselli, éclipsant tout, qui m'avait suggéré l'idée de ne plus souffler mot sur les travaux de la section laryngologique et de quitter en silence Milan et sa cathédrale.

> Eh bien, qu'il soit permis d'en baiser la poussière;
> Au moins crédule enfant de ce siècle sans foi !

Je me repens, je ne quitterai pas cette ville sans lui payer mon tribut de gratitude, et je vais vous parler au moins du congrès laryngologique auquel j'ai assisté, malgré la promesse que je vous avais faite de me taire.

Sa création est due à l'initiative du docteur Labus, dont le nom rappelle si complètement l'origine latine, et le type certain vieux camée déterré à Rome. Quatre pays, l'Espagne, les Etats-Unis, l'Autriche et la France eurent chacun un vice-président qui étaient: M. Avira (de Madrid), M. Elsberg (de New-York), M. Stœrck (de Vienne) et M. Krishaber (de Paris). Ce dernier (en historien je me traite à la troisième personne, Jules César le faisait bien), produit hybride de diverses nationalités, servait d'interprète, quand il le pouvait, ce qui n'arrivait pas toujours. La confusion des langues dans ces circonstances fait bien regretter le bon vieux latin d'apothicaire des générations qui nous ont précédés. Sans remonter aux temps d'Héloïse qui exhala sa passion en épîtres latines (je suis loin de demander pour nos jeunes filles une érudition dont elles peuvent aisément se dispenser en pareille situation), il serait raisonnable de souhaiter que de graves docteurs qui ont besoin de communiquer de pays à pays, ne se fussent pas privés d'un si excellent moyen de s'entendre. Pourquoi avoir abandonné une langue devenue universelle depuis des siècles et qui s'était si bien pliée aux exigences modernes, petites et grandes, par cela même que, dans le trajet entre le lit du malade et l'officine du pharmacien, elle s'était dépouillée de sa grandeur classique et qu'elle avait pris, selon chaque pays, un certain goût de terroir qui la rendait d'un usage bien commode? Nous avons le droit d'en vouloir au grand comédien, brouillé avec nous, et qui nous a brouillés entre nous, en rendant ridicule notre langage si utile cependant — et si facile. Tout le monde avait le droit de mal parler une langue qui n'était celle de personne, mais que chacun comprenait. Que font Nos seigneurs les évêques dans les conciles œcuméniques? Des susceptibilités nationales ont malheureusement achevé le mal qui a positivement commencé en France avec Molière, et qui s'est propagé peu à peu jusque dans les pays dont les langues ne trouvent aucun écho au delà de la frontière.

Partout les langues nationales se sont substituées à l'idiome universel. Croit-on que la science y ait trouvé son profit? Puisque nous sommes au congrès laryngologique, il me sera permis de rappeler que Czermak, l'éminent physiologiste, l'inventeur de la méthode laryngoscopique, a dû, étant professeur à l'école de médecine de Pesth, donner sa démission et quitter cette ville que sa présence illustrait, parce que, en sa qualité de tchèque, il ignorait la langue magyare. Si l'on avait conservé l'usage du latin dans les écoles, ne trouverait-on pas partout des hommes supérieurs prêts à concourir à l'enseignement des sciences en tous pays? M'est avis que dans un congrès international, le premier de nos confrères qui s'avisera de prononcer un discours latin trouvera bientôt des imitateurs. En attendant je vais vous transmettre, en français quelconque, quelques fragments des travaux du congrès en question.

— M. *Massei* (de Naples) fait une communication sur les maladies d'une région peu explorée, le ventricule de Morgagni. Cette cavité étant inaccessible au miroir laryngé, les affections qui l'atteignent se révèlent difficilement, à moins qu'il ne s'agisse d'un prolapsus de la muqueuse ou de néoplasmes, parmi lesquels le carcinome devient une des principales indications de l'exérèse de l'organe. Cette grave opération n'a donné jusqu'ici, sur dix-sept cas publiés, qu'un seul résultat définitif, si l'on peut appeler ainsi la non-récidive à trois ans et demi de distance de l'opération. On peut se demander si la tumeur maligne du ventricule se distinguerait des tumeurs malignes de tout autre point du larynx, eu égard à l'extirpation de l'organe. Le fait est peu probable; mais M. Massei aurait pu admettre que, au début de l'affection, l'excision partielle est encore praticable pour le ventricule qui est facilement accessible du dehors, tandis qu'il en est tout autrement pour les parties postérieures du larynx.

Le même auteur, qui prend une part très active aux travaux du Congrès, s'exprimant avec aisance en trois langues, fait une autre communication sur la différence des effets produits dans certaines affections du larynx, selon que l'on se sert du courant faradique ou du courant galvanique, la préférence devant être donnée le plus souvent à l'action électrolytique de ce dernier. Cette différence d'action ne nous paraît pas encore suffisamment démontrée dans les paralysies essentielles; mais peut-être existe-t-elle pour les paralysies organiques ou plutôt pour l'immobilité des cordes vocales causée par l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes. M. Catti (de Fiume) s'est occupé de ce sujet dans une étude fort bien faite : ce jeune médecin qui a, pendant plusieurs années, été attaché comme assistant à la clinique laryngée du professeur Schrötter (de Vienne), apporte à l'étude des arthrites du larynx un contingent fort sérieux.

— M. *Massucci* (de Naples) soulève une question traitée plusieurs fois dans ce Congrès, le spasme de la glotte. L'auteur se place à un point de vue spécial, en l'envisageant chez l'adulte dans ses relations avec le catarrhe et les végétations.

— M. *de la Sota* a étudié les effets nicotiniques sur la muqueuse des voies supérieures; il décrit par ordre d'intensité trois variétés d'angine pharyngo-laryngées dues à cette cause. Dans la première qui est érythémateuse, il n'y a que de l'hyperhémie sans dilatation vasculaire visible et sans gonflement, la sensation de sécheresse étant le seul phénomène subjectif; dans la seconde forme, M. de la Sota a observé de petites vésicules qui, au bout de quelques jours, se rompent en donnant lieu à des érosions superficielles, et en se desséchant, à des taches grisâtres. La troisième, forme granuleuse, est propre aux ouvriers des fabriques de tabac et aux individus qui font grand abus de cette substance : la muqueuse est alors tuméfiée dans toute son étendue et partiellement œdémateuse, les vaisseaux sont variqueux, et les cordes vocales rouges et tuméfiées se meuvent avec difficulté.

Dans cette troisième forme, il existe, conjointement avec les symptômes des deux premières, une toux fréquente sollicitée par une sécrétion assez abondante dont le produit est aisément constaté sur les cordes vocales mêmes.

La suppression du tabac unie à l'observation du silence est, avec les topiques, consistant en inhalations d'eau salée et cautérisations au bichromate de potasse, le moyen efficace du traitement.

— M. *Avira*, dans une communication faite sur la laryngite tuberculeuse, tend à séparer la forme franchement hypertrophique de la forme ulcéreuse, beaucoup plus fréquente et surtout plus grave. Selon M. Avira, la laryngopathie hypertrophique ou polypeuse, qui est presque toujours idiopathique, peut être enrayée et est même susceptible de guérison sous l'influence d'un traitement approprié et de bonnes conditions hygiéniques.

M. *Schmidt* (de Francfort) va plus loin; il proclame la curabilité de la phthisie laryngée en général, il aurait obtenu dix-neuf guérisons sur trois cent quinze cas (six pour cent environ). Ce praticien ne recule pas devant l'excision partielle du larynx tuberculeux et retranche hardiment, par les voies naturelles, les parties affectées. L'utilité de cette pratique n'est pas acceptée par tous les membres du Congrès.

Une discussion s'élève à cette occasion sur la curabilité de la phthisie laryngée, et à notre étonnement, nous sommes resté seul à avouer n'avoir pu, jusqu'à ce jour, constater un seul cas dûment observé de guérison de cette maladie. MM. *Störck* et *Schintzler* (de Vienne), M. *Gouguenheim* (de Paris), M. *Massei* (de Naples) ont tous enregistré, au contraire, des cas de succès. La phthisie laryngée serait donc curable, et cette théorie infiniment consolante a trouvé l'adhésion générale. On a décidé cependant de porter ce sujet grave devant le congrès suivant. Il nous sera permis de dire en attendant que nous n'avons pas mis en doute la guérison *possible* de la phthisie laryngée; nous avons déclaré seulement que nous n'avons jamais *observé* cette guérison, malgré le nombre considérable de cas qui nous ont passé sous les yeux.

La tuberculose du larynx s'est toujours présentée à nous comme une affection fatalement mortelle et affectant une marche beaucoup plus rapide que la tuberculose pulmonaire. Nous en sommes arrivé à penser qu'on devait admettre, *au point de vue clinique* au moins, des tubercules bénins et des tubercules malins et que le larynx, contrairement à ce qui peut exister dans d'autres organes (testicules, prostate, etc.), est envahi par des productions constamment malignes. L'ulcération du larynx peut guérir sans doute elle-même, et les traces cicatricielles que l'on constate assez souvent dans le larynx des tuberculeux le prouvent bien; mais c'est *le malade* que nous n'avons jamais vu guérir : l'ulcération se produit de nouveau sur un autre point de l'organe, s'étend, revient même sur les parties déjà envahies, et évolue avec la marche progressive du carcinome. Nous désirerions qu'au prochain congrès on pût prouver que les cas de guérison définitive étaient autres que des erreurs du diagnostic.

Le traitement des ulcérations syphilitiques du larynx a été exposé par M. Heinze, et M. Gouguenheim partageait l'opinion de ce confrère sur l'utilité du traitement local dans la syphilis. Il est bon de dire à cette occasion que les opérations par les voies naturelles ne sont pas toujours dépourvues de danger. M. Heinze, en essayant de détacher de l'épiglotte de certaines adhérences a provoqué une hémorragie telle qu'il a fallu lier la carotide externe. Nous avons, quant à nous, observé, après l'excision partielle de l'épiglotte, une hémorragie presque mortelle et qui ne s'arrêta qu'à la suite d'une syncope.

— M. *Gouguenheim* expose une excellente étude sur les plaques muqueuses du larynx qui peuvent se présenter sous trois formes, et qui atteignent surtout le bord libre de l'épiglotte et les cordes vocales; celles-là guérissent plus facilement que celles-ci. Au traitement spécifique général, M. Gouguenheim joint des applications d'un topique consistant en une solution de nitrate d'argent au dixième ou au vingtième.

— Les altérations dites essentielles du larynx sont traitées par plusieurs orateurs. M. Thaon, de Nice, en fait l'objet d'une étude sous le titre d'hystérie laryngée, dont il montre les quatre variétés qui sont : l'aphonie, le spasme, l'hyperesthésie et l'anesthésie. Cette communication qui roule sur un sujet déjà très étudié, a été, grâce aux faits relatés, écouté avec attention et a conduit à une discussion sur l'intervention chirurgical dans le spasme de la glotte dans l'hystérie. Plusieurs membres du congrès, et particulièrement M. Gouguenheim étaient d'avis que le spasme hystérique peut amener la mort. Nous avons, quant à nous, cité des faits où malgré

l'*apparence* du danger nous nous sommes abtenu, et les malades ont guéri sans opération.

— M. *Lennox-Brown* (de Londres) a intéressé l'auditoire en relatant le résultat de ses observations personnelles se rapportant aux causes du globe hystérique. Quarante-sept fois sur cinquante cas, M. Lennox Brown a constaté l'engorgement et la sensibillté du corps thyroïde, et plusieurs fois un gonflement des papilles linguales.

— M. *Avira* démontre que, très souvent, les plaintes des malades se rapportant à des sensations laryngées (brûlures, corps étrangers, sécheresse) trouvent leur cause dans des troubles gastriques.

Nous avons communiqué ensuite une étude sur le spasme glottique chez les ataxiques (sera publié dans la *Gazette*).

— M. *Baréty* a exposé devant le congrès sa théorie sur l'adénopathie trachéo-bronchique dans ses relations avec le faux croup ou la laryngite striduleuse. L'auteur rattache ce phénomène morbide au lymphatisme.

— M. *Hering* a observé, chez un malade syphilitique, la paralysie des dilatateurs de la glotte, suivie neuf mois après, de la paralysie généralisée due à des lésions bulbaires.

— M. *Ed. Fournié* fait une communication sur la voix eunuchoïde qui atteint certains adolescents à l'époque de la mue, et qui persiste un temps plus ou moins long. Traitée rationnellement par la gymnastique vocale, cette altération guérit invariablement. A cette occasion M. Fournié rappelle la théorie à laquelle il s'est rattaché dans son livre sur la physiologie de la voix.

Cette communication est suivie d'une autre, faite par nous (expériences sur des chats) et ayant pour but l'étude des causes de l'intensité du son de la voix. Nous avons demandé à M. Fournié à cette occasion ce qu'il faut penser de la prétendue cavité close, dont on lui attribue la découverte et qui se rait située sur les bords des cordes vocales. M. Fournié déclare ne l'avoir jamais admise. Les passages de son livre cités par lui-même ne sont pas aussi probants que sa déclaration au congrès, et notre honorable confrère auquel nous avons fourni cette occasion aurait dû nous en savoir gré au lieu de s'irriter contre nous, qui désirions simplement être renseigné.

— M. *Rossbach* fait la narration fort curieuse de polypes du larynx, détruits par une lame introduite du dehors dans la cavité de l'organe vocal, les mouvements de la lame étant observés au miroir laryngé. Cette intervention, qui est assez douloureuse, ne provoque pas de mouvements réflexes. M. Catti croit qu'il serait préférable de pénétrer dans le larynx un peu latéralement et d'éviter la commissure même, sans qu'on soit exposé pour cela aux hémorrhagies dont M. Stœrck signale le danger, et qui ne seraient à craindre qu'en lésant le cartilage beaucoup plus loin de la ligne médiane que ne le propose M. Catti.

La destruction des amygdales hypertrophiées devient à son tour l'objet d'une discussion. On se préoccupe de la gravité, au moins chez l'adulte, des hémorrhagies qui peuvent survenir à la suite de cette opération, si banale d'ailleurs. M. Lennox-Brown n'admet pas ces craintes, il est vrai; mais M. Cappart (de Bruxelles) est assez partisan du traitement des amygdales chez l'adulte par le galvano-cautère. Quant à nous, nous avons cité nos observations dans ce sens, à cela près que nous avons employé le thermo-cautère. Nous avons rappelé à cette occasion que nous avons attribué l'initiative de cette méthode à M. Cazin (de Berck), mais que M. Reisenfeld (de Breslau) et M. Koch (du Luxembourg) nous ont écrit pour en revendiquer la priorité.

— M. *Schnitzler* (de Vienne) a cité un fait instructif sur un enfant atteint d'un volumineux polype du larynx et en état d'asphyxie; il a pu faire l'ablation de la tumeur, le petit patient étant dans l'anesthésie chloroformique. On eût pu considérer comme très hardi d'anesthésier un malade pour une opération sur le larynx, et cependant les choses se sont passées sans l'ombre de danger. Nous avons à enregistrer un fait analogue; il s'était agi, pour nous, d'un officier de marine portant un polype au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales. N'ayant pas pu obtenir l'insensibilité du pharynx, nous avons anesthésié le malade au moyen du protoxyde d'azote. Nous avons été moins heureux que M. Schnitzler; le malade n'avait pu être maintenu dans la position nécessaire à l'extraction du polype. Il est vrai qu'il s'agissait d'un adulte, cette fois; mais nous ne doutons pas qu'en cherchant des moyens suffisants de contention après l'anesthésie, on ne puisse réussir, quel que soit l'âge du patient. En attendant, le succès de M. Schnitzler nous paraît un fait unique.

Les travaux que je viens de vous signaler ne sont pas les seuls qui se soient produits dans ce Congrès; c'est à regret que je passe ces derniers sous silence; mais je crains, en d'avoir déjà dépassé les limites d'un récit de voyageur.

M. Krishaber.

P. S. — Le prochain Congrès de laryngologique aura lieu dans deux ans à Paris.

Congrès d'hygiène et de médecine publique de Bruxelles.

La *Société belge de médecine publique*, présidée par M. le docteur M. Kuborn, avait tenu à réunir à Bruxelles, au moment où la Belgique, pour mieux fêter le cinquantième anniversaire de son indépendance, offrait l'hospitalité à de nombreux Congrès, une *Assemblée nationale scientifique d'hygiène et de médecine publique.* Grâce aux efforts de M. le docteur Kuborn et de M. le docteur Feigneaux, près de douze cents hygiénistes ont répondu à l'appel du Comité belge. Les représentants officiels du gouvernement et un grand nombre de magistrats, de sénateurs, de députés, avaient voulu, par leur présence à la séance d'ouverture, au banquet, voire même en assistant aux séances de l'assemblée, montrer tout l'intérêt que les pouvoirs publics doivent prendre aux questions d'hygiène. Le ministre de l'intérieur, dans les paroles qu'il a prononcées au banquet, a traduit ces sentiments que M. le docteur Kuborn, dans son discours présidentiel, avait rendus d'une manière si autorisée et si éloquente Nous ne pouvons analyser ici ni ce remarquable discours, ni le rapport de M. le docteur Feigneaux, à qui l'on doit une grande partie du succès de ce Congrès et qui a si bien défini les questions qui devaient y être traitées. Nous nous bornerons donc à énumérer les questions posées à l'assemblée durant ses huit séances (du 11 au 14 août) et les principales réponses qui y ont été faites

La *première question* était ainsi conçue : De la transmissibilité et de l'action de certains produits morbides, notamment ceux de la tuberculose et de la stomatite aphtheuse, produits dont peuvent être imprégnées les parties alibiles des animaux atteints. Des mesures à prendre par les autorités et les consommateurs pour en mitiger ou même en détruire les effets. (Rapporteur, M. Hugues, vétérinaire.)

Après une courte discussion, l'assemblée a émis les vœux : 1° De faire procéder à l'organisation d'un service sanitaire pour l'inspection du lait et de la viande, tant dans les villes que dans les campagnes, en instituant des inspecteurs chargés de visiter les animaux dont le lait est livré à la consommation, et de surveiller la viande de boucherie dans les étables, les abattoirs et les étaux. (Nous verrons que la même question, discutée au Congrès de Turin, a reçu une solution presque semblable.)

2° D'user de son influence, ou de son autorité auprès des communes. afin d'inviter ou d'obliger celles-ci à établir des abattoirs publics.

Deuxième question. — Des dispositions à prendre par les administrations communales pour réduire à son minimum la propagation des maladies contagieuses, entre autres et spécialement la variole et la syphilis. (Rapporteurs, MM. les docteurs E. Janssens et H. Kuborn.)

Les questions relatives à la prophylaxie de la variole ont, à l'occasion du rapport de M. Janssens, soulevé une discussion des plus sérieuses. L'éminent hygiéniste a montré ce que devaient faire les

communes pour obliger leurs habitants à informer l'autorité des cas de variole qui viendraient à se manifester, pour présider aux mesures d'isolement, au transport des varioleux dans des voitures spéciales, à la désinfection, à l'inoculation vaccinale. Ce sont là d'ailleurs des perfectionnements réalisés par le bureau d'hygiène de Bruxelles ; mais de semblables mesures ne peuvent sans difficultés être imposées dans toutes les communes. Or, si elles sont négligées, il en résulte un sérieux dommage pour toute la contrée. Il importe donc d'arriver à des mesures législatives rendant possible la prophylaxie de la variole. L'assemblée n'a pas hésité à placer, en tête de ces mesures, la vaccination obligatoire en émettant un vœu exprimant : « la nécessité absolue de la vaccination obligatoire et priant le gouvernement de régler l'application de cette mesure, afin qu'elle puisse être présentée prochainement au pouvoir législatif ». En s'associant ainsi officiellement à la loi Liouville, le Congrès de Bruxelles a tenu à déclarer aussi combien il serait utile que les mesures prophylactiques proposées par M. le docteur E. Janssens dans son rapport fussent observées par toutes les administrations communales.

M. le docteur Kuborn avait présenté à l'assemblée un excellent rapport sur la syphilis. Le temps n'a malheureusement pas permis de le discuter.

Troisième question. — Formuler, en points généraux, les règles qui doivent présider à l'enseignement de l'enfance de six à douze ans, dans les établissements d'instruction, au point de vue de la santé du corps et de l'esprit. — Tracer la description d'une école primaire modèle typique, réalisant dans sa construction tous les desiderata de l'hygiène.

(Rapporteurs, MM. les docteurs Semal, Mirguet, Droixhe, H. Kuborn, et Blandot, architecte.)

Cette question si vaste devait se traiter en trois heures; et les volumineux rapports fort intéressants auxquels elle avait donné lieu abondaient : le développement et l'aptitude psychologique du cerveau de l'enfant, la pédagogie, l'hygiène du bâtiment, y compris la gymnastique, l'hygiène de l'élève et du maître, l'architecture, etc., avaient été traités par les rapporteurs. Aussi la discussion a-t-elle été assez confuse et assez bizarre. Il en est de même du modèle typique d'école primaire qui avait été exposé. Qu'on s'imagine une cour fermée de toutes parts, en contre-bas, garnie tout autour de bâtiments comprenant classes, musées, laboratoires, piscine de natation, bains, etc. L'hygiène scolaire ne réclame-t-elle pas, au contraire, des bâtiments bien isolés sur leurs quatre faces, baignés de tous côtés d'air et de lumière et le moins compliqués possible ?

Quatrième question. — De la surveillance de l'Etat, au point de vue de la santé publique et de la police médicale, sur tous les établissements, mines, usines, manufactures, ateliers, dont la concession ou l'installation dépendent des pouvoirs administratifs. (Rapporteur, M. Berchem, ingénieur.)

Les conclusions de ce rapport, bien qu'elles soient surtout destinées à la Belgique, peuvent être signalées.

1° Réviser le tableau de classement des ateliers, établissements, fabriques, usines, etc., soumis à l'arrêté du 29 janvier 1863 sur la police des établissements dangereux, insalubres et incommodes, en vue de mieux répartir les attributions respectives de l'administration à ses différents degrés, tous droits de l'Etat étant réservés; 2° encourager les travaux qui auraient pour but d'éclairer les administrations communales sur leurs devoirs en matière d'autorisation; 3° rédiger notamment le tableau de classement, de manière à indiquer, à côté des inconvénients de chaque industrie, les moyens généraux à prescrire pour y obvier et établir annuellement la statistique des principales maladies chez les ouvriers travaillant dans les mines, les usines et autres établissements industriels; 4° organiser un service d'inspection d'établissements insalubres et créer des inspecteurs en nombre suffisant, répartis par provinces ou par catégories d'industries et chargés de la haute surveillance exclusive des établissements; 5° en présence des droits de l'Etat de retirer l'autorisation dans tous les cas où cette mesure paraîtrait nécessaire, il y a lieu de ne plus limiter la durée des octrois d'autorisation.

Cinquième question. — De l'influence résultant pour la santé publique dans les campagnes de la construction et de la disposition vicieuse des fosses à fumier. (Rapporteur, M. le docteur Hamoir.)

Cette question n'intéresse pas seulement les villageois; dans la plupart des villes, il existe des fosses à fumier et bien souvent, en cas d'épidémie, on les accuse, à tort ou à raison, de bien des méfaits. L'assemblée de Bruxelles demande que la loi assure, par un texte précis, la stricte exécution des mesures de police sanitaire qui jusqu'ici n'ont jamais eu, pour ainsi dire, ni application, ni sanction dans les campagnes; elle espère que la prochaine discussion des projets de Code rural permettra d'introduire plus complètement cette prévision dans la législation. Cela suffit-il? Nous craignons qu'il soit encore nécessaire si l'on veut arriver à un résultat utile de surveiller de bien près des prescriptions qui, souvent, seront méconnues.

Sixième question. — Du commerce, des dépôts et du travail des chiffons au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publiques. (Rapporteur, M. Van de Velde, pharmacien.)

C'est là un des sujets les plus sérieux au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie internationales. Malheureusement, on ne peut résoudre cette question sans léser bien des intérêts. M. le docteur Rüysch a parlé d'une épidémie de variole communiquée à Maestricht par des chiffons provenant d'Anvers, mais l'industrie en question est si développée en Belgique qu'on n'a voulu prêter que peu d'attention à ce récit et que les conclusions suivantes ont été adoptées :

1° Recommander au public de ne pas vendre de vêtements ni d'objets de couchage ayant servi à des malades atteints d'affections contagieuses, sans les avoir fait consciencieusement désinfecter; 2° faire défense absolue aux établissements hospitaliers de vendre les vêtements sans valeur ou les chiffons de toile, laine et coton ayant servi à des malades; faire une obligation de brûler ces objets; 3° édicter des mesures de police qui défendent l'emmagasinage en détail de chiffons non lavés, non désinfectés; 4° ne tolérer d'établissement de chiffons que moyennant justification de locaux présentant toutes les garanties hygiéniques voulues; 5° ranger les magasins de chiffons, quelque minime que soit leur importance, parmi les établissements insalubres et incommodes; 6° imposer aux fabriques de papier, et notamment dans les ateliers où le travail se fait à sec, l'obligation de soumettre les chiffons à une désinfection convenable et le maintien constant d'une énergique ventilation; 7° établir une statistique exacte de la mortalité chez les chiffonniers.

Septième question. — Des falsifications des denrées alimentaires, des moyens pratiques de les reconnaître et de les réprimer. (Rapporteur, M. Gille, pharmacien.)

L'assemblée a voté, après une longue discussion, le projet qui suit :

1° Les commissions médicales provinciales sont chargées de la surveillance des denrées alimentaires; 2° ces commissions feront faire par des chimistes compétents les analyses nécessaires pour constater les falsifications et autres défectuosités de ces denrées, ainsi que celles des autres produits de consommation journalière dans les ménages; 3° elles achèteront ou feront acheter périodiquement, par les agents assermentés, désignés par le gouvernement, les substances destinées à être analysées; celles-ci seront divisées en trois parties égales, dont la première sera remise aux vendeurs, la seconde à la commission, la troisième au chimiste; ce dernier transcrira sur un registre à ce destiné : 1° le nom de la substance analysée, 2° sa provenance, 3° le nom de l'acheteur, 4° la date de l'acquisition, 5° le résultat de l'analyse, 6° les observations ; 4° seront considérées comme falsifiées, au point de vue des articles 500 et 501 du Code pénal, toutes substances alimentaires ou même commerciales renfermant une dose d'impureté dépassant la tolérance mentionnée dans la liste dressée par le ministère ou ne réunissant pas les conditions indiquées dans cette liste; 5° quand l'analyse aura révélé que la substance ne possède pas les qualités requises, celle-ci sera déposée, sous cachet, pour être remise ensuite avec le procès-verbal de constatation au ministère public ; 6° la rémunération du chimiste sera réglée sur avis de la commission médicale. Un vœu permettant aux particuliers d'apporter aux bureaux d'analyse des échantillons des produits qu'ils vendent ou achètent, afin de faire vérifier s'ils réunissent les conditions de pureté requises a été pris en considération par le Congrès.

Telles sont, en résumé, les principales questions traitées devant le Congrès de Bruxelles et les conclusions adoptées par l'assemblée. Bien que le temps n'ait pas permis de donner aux discussions toute l'étendue nécessaire, on ne disconviendra pas de l'utilité de cette réunion d'hygiénistes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Les communicatione faites dans la séance du 13 septembre sont toutes étrangères à la médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur Fort, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté sur le traitement préventif des maladies infectieuses. (Accepté.)

M. *Bourgoin* présente, au nom de M. Ernest Baudrimont, une note sur le *titrage du sous-nitrate de bismuth.*

Traitement des affections respiratoires par les inhalations d'oxygène. — M. le docteur *Maurel* communique des observations d'emphysème, de coqueluche compliquée de bronchite, de croup, guéris par cet agent. Il insiste sur ce fait, que les inhalations d'oxygène ne sont pas contre-indiquées par l'état fébrile, et fait appel aux observateurs pour expérimenter l'oxygène dans le croup et la diphthérie.

Transmission des bruits thoraciques. — M. *Woillez*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Noël Gueneau de Mussy et Bernutz, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital d'Hyères, qui a pour titre : *De la transmission des bruits thoraciques jusque dans la partie inférieure de l'abdomen chez les malades atteints d'ascite.*

M. le rapporteur, tout en faisant ressortir l'importance des faits annoncés par M. Vidal, n'accepte pas complètement la théorie qu'il en donne; au lieu d'admettre, comme l'auteur du mémoire, que la transmission des bruits thoraciques a lieu seulement par les gaz intestinaux ou les liquides de l'ascite, il pense qu'elle se fait à l'aide des parois abdominales mises en état de tension par le liquide ascitique.

Vaccine charbonneuse. — M. *Bouley* fait connaître à l'Académie le compte rendu des expériences en cours d'exécution à Alfort et relatives à la vaccination charbonneuse, proposée par M. Toussaint. Il rappelle que cet expérimentateur avait trouvé moyen de vacciner les moutons contre le charbon en leur inoculant un liquide charbonneux privé de ses bactéridies.

M. Bouley, frappé de ces résultats, demanda à M. le ministre de l'agriculture et du commerce les moyens d'arriver par l'expérimentation à une solution rapide de cet intéressant problème. Sa demande lui fut immédiatement accordée. Un lot de 20 moutons de premier choix fut inoculé le 8 août dernier, à l'Ecole d'Alfort, avec du liquide envoyé par M. Toussaint lui-même de son laboratoire de Toulouse. Quatre jours après cette inoculation, 4 moutons, sur 20, succombaient après avoir présenté tous les signes les plus évidents de la maladie charbonneuse; plusieurs autres étaient sérieusement malades.

Cet accident inattendu constituait un événement important. Il montrait que le liquide préparé par M. Toussaint, en chauffant un liquide de culture à 52 degrés pendant dix minutes, pour tuer les bactéridies, n'était pas, comme le pensait M. Toussaint, dépourvu de bactéridies et ne contenant que le résidu de celles-ci, mais que c'était le virus charbonneux lui-même, atténué toutefois au point de communiquer simplement aux animaux des accidents morbides plus ou moins graves, mais non mortels, et de leur conférer ainsi l'immunité contre la maladie charbonneuse. Les faits de M. Toussaint rentraient donc dans la loi générale découverte par M. Pasteur, et ses expériences présentaient une analogie complète avec celles relatives au choléra des poules.

Les résultats déjà obtenus à Toulouse par M. Toussaint se sont reproduits, à Alfort, sur les moutons qui ont survécu à l'inoculation. Sur les 16 moutons survivants, 8 ont été inoculés soit avec un liquide de culture, soit avec du sang charbonneux, et tous n'ont présenté que de légers symptômes de maladie.

Il existe donc à l'heure qu'il est, dit M. Bouley, 11 moutons à Toulouse et 8 à Alfort, qui ont acquis l'immunité contre le charbon, grâce à l'inoculation du liquide de M. Toussaint.

Quand des faits se reproduisent avec cette continuité et cette constance, on est en droit de conclure qu'ils ne sont pas dus au hasard et ne doivent pas être attribués à de simples coïncidences.

M. Bouley rapproche ensuite ces faits de ceux observés à Lyon par M. Chauveau. Cet expérimentateur a remarqué que les moutons de race algérienne étaient réfractaires à l'inoculation du virus charbonneux; il a vu qu'en inoculant le virus charbonneux à doses massives, on pouvait parvenir à vaincre, chez un certain nombre d'animaux, la résistance à l'action virulente. Mais une particularité remarquable des expériences de M. Chauveau, c'est que la faculté de résistance à l'action du virus charbonneux, après immunité acquise, va en se renforçant avec le nombre des inoculations successives. Ainsi la première inoculation donna naissance à certains phénomènes morbides qui vont en s'atténuant à la deuxième, à la troisième ou à la quatrième, si bien que les animaux finissent par devenir absolument indifférents à l'influence du virus.

Mais, pour obtenir ces résultats, il ne faut pas que les inoculations soient trop rapprochées les unes des autres, auquel cas elles agiraient comme des inoculations faites avec des doses intensives. L'organisme soumis à une sorte d'incubation plus ou moins prolongée, à la suite de l'inoculation, n'est pas alors dans les conditions d'une parfaite immunité et pourrait ressentir plus vivement les atteintes d'une inoculation nouvelle.

Ce renforcement de l'immunité par des inoculations successives, cette puissance des inoculations à doses intensives pourraient, suivant M. Bouley, recevoir des applications importantes dans la pratique de la médecine humaine, et, en particulier, pour la vaccine, on conçoit que des inoculations réitérées ou multipliées seraient susceptibles d'augmenter, chez l'homme, la résistance à l'action du virus varioleux.

De même, pour les moutons, si l'on parvenait à trouver des vaccins suffisamment dosés, on pourrait, dans les pays à charbon, inoculer ces liquides de manière à conférer à l'organisme des animaux une immunité plus énergique, une force de résistance supérieure à l'intensité de l'influence de la maladie.

M. Bouley rappelle ensuite les travaux si remarquables de M. Pasteur, qui a démontré que dans certains champs appelés autrefois *champs maudits*, les moutons contractaient le charbon par suite de l'infection du sol, occasionnée par des enfouissements antérieurs d'animaux charbonneux. Le 18 août dernier, M. Pasteur a parqué à Arbois des moutons sur un point d'une prairie où avait été enfouie une vache morte du charbon; le 25 un de ces moutons mourait du charbon.

Les expériences commencées par M. Pasteur à Arbois vont être poursuivies à Senlis et à Reims dans des conditions analogues; les moutons vaccinés de M. Toussaint, mêlés à d'autres moutons non vaccinés, ceux-ci étant destinés à servir de contrôle, sont employés à ces expériences. Un immense intérêt s'attache, suivant M. Bouley, à ces résultats qui ouvrent à la pathologie une ère absolument nouvelle. La vieille médecine vivait, en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie des maladies infectieuses et contagieuses, sur l'hypothèse du *quid divinum*, du *quid ignotum*, du *génie épidémique*. On est aujourd'hui sur la voie de donner à ces idées vagues, à ces abstractions, une forme saisissable, dé-

terminée, concrète. Ce que M. Pasteur a réalisé pour le charbon, le choléra des poules, la septicémie, d'autres, le progrès aidant, ne pourront-ils pas, dans un avenir plus ou moins prochain, l'effectuer pour la peste, la fièvre jaune, le choléra, en un mot pour toutes les maladies épidémiques qui désolent l'espèce humaine ?

De la connaissance de la cause, ainsi rendue évidente, découlera une prophylaxie certaine et extrêmement puissante. Pour le charbon, par exemple, on s'occupera avant tout d'en détruire les germes sur place, en ayant soin de ne pas enfouir dans la terre les animaux morts de la maladie, mais en les livrant plutôt à l'équarrissage, ou mieux encore à la crémation.

M. Bouley, en terminant, donne lecture d'une lettre de M. Toussaint, dans laquelle ce dernier annonce qu'il a eu la bonne fortune d'observer un cas de pustule maligne sur un individu qui avait contracté cette affection en portant sur ses épaules la peau d'une vache morte du charbon, et qu'il venait de dépouiller. De concert avec le médecin de la localité, M. Toussaint a pratiqué l'excision de la pustule avec accompagnement de scarification de l'œdème qui s'étendait déjà de l'épaule à la hanche, et d'emploi de moyens antiseptiques *intus et extra*. Le malade est aujourd'hui en voie de guérison.

L'examen microscopique de la sérosité de l'œdème a révélé, dans ce liquide, la présence des bactéridies; inoculée à un lapin, cette sérosité a occasionné la mort de cet animal, et le sang du lapin, inoculé à un cobaye, a fait également mourir promptement ce dernier. La démonstration, dans ce cas, a donc été complète. De plus, cette observation répond à une objection faite dans une des dernières séances par M. Jules Guérin qui, s'appuyant sur le témoignage de quelques observateurs, avait cru pouvoir mettre en doute la présence de la bactéridie dans la sérosité de la pustule maligne.

M. *Jules Guérin* dit qu'il a écouté avec le plus vif intérêt et, il doit le dire, avec la plus entière satisfaction l'importante communication faite par M. Bouley, avec son talent et son *humour* habituels. Cette communication, dont il espère que M. Bouley voudra bien reproduire les termes dans le *Bulletin*, rendra à M. Jules Guérin sa tâche de critique extrêmement facile, car elle porte la marque sensible de la décadence de la méthode et surtout de la doctrine de M. Pasteur. Les preuves que M. Jules Guérin se propose d'invoquer contre cette doctrine, lui auront été fournies par ses adversaires.

MORTALITÉ DE LA RAGE. — M. *Leblanc* communique à l'Académie les statistiques de la mortalité de la rage dans le département de la Seine.

L'heure avancée n'ayant pas permis à M. Leblanc de terminer sa communication, elle sera continuée dans la prochaine séance.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de la cataracte par le courant continu, par M. NEFTEL (de New-York).

L'auteur prétend qu'il est possible, non seulement d'arrêter la marche envahissante d'une cataracte, mais encore de faire disparaître les lésions quand elles sont au début. Il est mal aisé de fixer l'époque où se termine le début d'une cataracte : l'expérience seule pourra nous fixer sur ce point. Mais, dès à présent il est permis de recommander le traitement galvanique dans ces cas, attendu qu'il peut être souverainement utile sans jamais nuire.

Voici comment il faut procéder. Un des électrodes (de cinq à quinze éléments) est appliqué sur la nuque et l'autre sur l'œil fermé. On fait passer le courant alternativement dans l'un et l'autre sens. Les séances devront être autant que possible quotidiennes, et durer de dix à quinze minutes. Parmi les observations citées à l'appui de cette méthode, nous remarquons l'histoire d'une vieille femme atteinte de cataracte double, reconnue par deux oculistes de la ville, et qui au bout d'un mois de traitement fut entièrement guérie, au point que l'un des spécialistes qui l'avaient examinée ne retrouva plus trace de lésion fonctionnelle ou autre. — Dans une note publiée dans le même recueil, Hirschberg nie purement et simplement les faits avancés par Neftel, faits qui reposent, dit-il, sur des erreurs d'interprétation ou sont de simples tromperies. (*Virchow's Arch.*, t. LXXIX.)

De la cirrhose hypertrophique et atrophique du foie, par M. ACKERMANN.

Ce mémoire ne manque pas d'intérêt : il contient des observations histologiques précieuses, et constitue un exposé très complet de nos connaissances sur le sujet; de plus, comme l'auteur admet la différence entre les deux formes de cirrhose, il se sépare de la plus grande partie des médecins de son pays.

Malheureusement la lecture en est un peu fatigante : l'auteur attaque, parfois avec quelques vivacités, les doctrines de Charcot et de son école, se perd dans une multitude de détails pour arriver à la conclusion : que les faits établis par le savant français sont vrais dans l'ensemble, mais non d'une façon absolue. Comme il n'y a pas de vérité absolue en médecine, le raisonnement d'Ackermann court risque de paraître un peu naïf, d'autant mieux que ni Charcot ni ses élèves n'ont jamais prétendu que le schéma si clair qu'ils ont donné des maladies du foie s'applique à tous les cas, et à tous les acinis. Mais c'est là un mode de discussion fort usité en Allemagne et dont il ne faut pas autrement s'étonner : d'ailleurs ce petit défaut n'enlève rien au mérite intrinsèque du travail que nous analysons. Nous remarquons dans les conclusions les principaux points suivants :

La cirrhose hypertrophique et la cirrhose atrophique sont deux maladies distinctes n'ayant aucun rapport de genèse ou d'anatomie.

Dans la première, la prolifération cellulaire prend son point de départ dans des vaisseaux qui appartiennent normalement à l'organe ; dans la seconde, cette prolifération part des vaisseaux nouveaux qu'une inflammation a fait apparaître aux terminaisons de l'artère. Le tissu cellulaire qui prend naissance en même temps que ces vaisseaux a la propriété de se rétrécir de plus en plus, absolument comme une cicatrice. C'est pourquoi le processus mérite bien le nom d'*inflammatoire*, par opposition à la forme hypertrophique qui est plutôt *éléphantiasique*.

La cirrhose hypertrophique n'est pas toujours unilobulaire ni la cirrhose atrophique multilobulaire.

La présence de canalicules biliaires de nouvelle formation n'est caractéristique ni pour l'une ni pour l'autre forme, puisqu'on les y trouve à peu près en égale quantité et qu'on les a d'ailleurs constatés dans toutes les affections hépatiques. Ils prennent naissance dans le tissu cellulaire nouveau; ils peuvent être injectés par les gros conduits excréteurs. (*Virchow's Archiv.*, t. LXXX.)

Des effets de la foudre sur l'organisme, par M. NOTHNAGEL.

Parmi les effets si variés que produit la foudre sur le corps humain, Nothnagel s'occupe spécialement de ceux qui frappent le système nerveux périphérique. Dans des expériences

malheureusement trop peu nombreuses, il étudie l'action de la décharge de la bouteille de Leyde sur des lapins, et constate, comme il fallait s'y attendre, que les résultats sont entièrement semblables à ceux observés chez l'homme, et sont d'ailleurs conformes aux lois générales de la physiologie des nerfs. Lorsque la bouteille est suffisamment chargée, il se produit, en dehors d'un choc général de tout le système nerveux, une paralysie sensitive et motrice à partir du point exact où l'étincelle a frappé, s'étendant sur toute la périphérie du membre. La contractilité électrique est fortement diminuée. Cet état dure plus ou moins longtemps, de quelques minutes à plusieurs heures, et disparaît spontanément, presque aussi rapidement qu'il s'était établi. Or, voici à quel propos ces expériences avaient été instituées.

Un homme avait été frappé de la foudre vers le milieu de l'année 1873, et il lui en était resté une paralysie de la main droite, qui fut traitée pendant près de trois mois, inutilement, par l'électricité. Le dos du poignet portait une petite plaque noire causée par la foudre. Un beau matin se produisit une amélioration subite, le malade guérit en deux jours, et put se livrer à ses occupations. Six ans plus tard, en soulevant son marteau de forgeron, il fut repris subitement des mêmes accidents. L'auteur, consulté par lui, constata une paralysie des plus complètes de la main droite, avec *atrophie marquée* des muscles intercostaux et des éminences thénar et hypothénar. Au bout de quelques jours de traitement infructueux par l'électricité, il eut l'idée de faire agir un fort aimant sur cette main paralysée. L'effet en fut vraiment prodigieux. Le lendemain déjà, la sensibilité et la motilité étaient en grande partie revenues, et l'atrophie des muscles avait disparu au bout de la semaine.

Les faits de ce genre ne sont pas absolument inconnus : ils n'en sont pas plus faciles à expliquer. Les expériences ci-dessus permettent bien de conclure que la lésion nerveuse produite par la foudre est purement fonctionnelle. Mais comment comprendre alors l'atrophie des muscles, et surtout la rapide disparition de cette atrophie? (*Virchow's Arch.*, t. LXXX.)

Les parasites du chancre induré, par M. Pisarewski.

Ces recherches ont été faites dans le laboratoire d'anatomie pathologique de Charkow, sous l'inspiration du professeur Krylof. Quatre chancres furent excisés et examinés, deux datant de trois et six jours, deux autres de plusieurs semaines. Ces préparations, durcies dans le liquide de Müller et l'alcool, montrent tout d'abord « l'infiltration du tissu cellulaire par des cellules caractéristiques de la syphilis ». Dans les chancres anciens cette infiltration était assez abondante pour cacher entièrement la structure normale; les cellules surtout abondantes autour des vaisseaux; les capillaires de nouvelle formation remarquables par l'épaisseur des parois.

Toute la partie indurée est parsemée de lacunes et de canaux dont la direction est en général celle des vaisseaux sanguins, mais dont la largeur est beaucoup plus considérable. Ces espaces, qui n'ont pas de revêtement épithélial et ressemblent à des lymphatiques, contiennent souvent de petites cellules lymphoïdes et une masse finement granuleuse. Cette masse, toute spéciale, se compose de granulations rondes, égales, au milieu d'une substance homogène, vitreuse (*zoogloea*). La coction dans l'alcool et l'éther ne détermine aucune altération de ces microorganismes, l'acide acétique concentré, les alcalis font apparaître la masse plus nette. L'acide sulfurique concentré ou le sulfate de cuivre ammoniacal font gonfler et disparaître les corps dont il s'agit : encore une particularité des cellules végétales. Les bâtonnets et hélicomonades de Klebs n'ont pas été rencontrés dans le tissu du chancre induré. (*Wratsch* et *Centralb. für Chir.*, 1880, n° 32.)

BIBLIOGRAPHIE

La peste en Turquie dans les temps modernes, sa prophylaxie défectueuse, sa limitation spontanée, par M. le docteur J. D. Tholozan. — Paris, G. Masson, 1880.

La peste du gouvernement d'Astrakhan en 1878-79. Rapport présenté à M. le ministre de l'agriculture et du commerce par M. le docteur C. Zuber. Avec une carte. — Paris, 1880. (Extrait du *Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène*, t. IX, tirage à part.)

La question des mesures de prophylaxie internationale à prescrire, dans le but d'arrêter l'invasion des épidémies pestilentielles, est certainement très complexe et très difficile à résoudre. Les épidémiologistes les plus autorisés s'accordent à reconnaître l'insuffisance des quarantaines; mais, pour obtenir une organisation protectrice plus sérieuse et plus efficace, que faut-il faire lorsque nos médecins sanitaires viennent à reconnaître l'éclosion spontanée ou les tendances envahissantes d'une maladie exotique, et lorsque leur cri d'alarme arrive à éveiller l'attention des gouvernements de l'Europe? Faut-il, après avoir constaté, comme le déclarait récemment M. de Lesseps et comme l'affirme aujourd'hui M. Tholozan, l'imperfection des systèmes adoptés jusqu'à ce jour et leur manque presque absolu d'adaptation à la pratique, renoncer aux cordons sanitaires et aux quarantaines? Faut-il, au contraire, rendre ces mesures d'isolement plus rigoureuses et, quelle que doive être la marche de la maladie, la concentrer dans son foyer primitif et l'y étouffer dès ses premières manifestations? Les deux ouvrages que nous venons de lire nous permettront peut-être de répondre à ces questions.

M. Tholozan, dont l'autorité est si grande et si incontestée en matière épidémiologique, a consacré tous ses efforts, depuis de longues années déjà, à bien étudier la genèse et l'évolution des différentes épidémies de peste qui, depuis 1858, ont été signalées en Orient. Il demeure convaincu qu'il est des pestes bénignes et des pestes malignes; des cas où la maladie est très contagieuse et manifeste une certaine tendance à l'envahissement, et d'autres, beaucoup plus fréquents de nos jours, où elle tend à se limiter dans son foyer d'origine. M. Tholozan déclare même que, « dans un grand nombre de cas et à toutes les époques de l'histoire, ce fléau n'a montré aucune tendance à se propager en dehors de restaines localités ou de certaines zones dans lesquelles il prend naissance ». Il affirme que les mesures de prophylaxie ordonnées par les commissions sanitaires ont été absolument inefficaces; que « la comparaison des épidémies modernes de la Cyrénaïque et de la Mésopotamie avec celles qui les ont précédées au commencement de ce siècle et dans les siècles passés mène à cette conclusion : que la fin des épidémies en 1858, et en 1874, 1875, 1876, 1877, a eu lieu précisément à la même époque que dans les épidémies antérieures ». Il ajoute qu'en Perse, où les mesures sanitaires sont à peu près nulles, les épidémies de peste ne sont ni plus graves ni plus fréquentes qu'en Turquie; qu'elles sont moins fréquentes et moins envahissantes qu'en Mésopotamie, où les cordons sanitaires et les quarantaines les plus sévères ont été prescrits. « Tous ces faits, dit en concluant M. Tholozan, ne nous donnent pas le droit de dire que les cordons et les quarantaines sont inutiles; mais ils nous permettent d'affirmer que, s'ils sont souvent inefficaces, au moins par suite de leur application défectueuse, ceux qui les appliquent ainsi n'en sont pas moins les témoins oculaires de la disparition de la peste et de son extinction naturelle. »

Sur quelles observations s'appuie notre éminent confrère pour nier ainsi l'efficacité des mesures sanitaires, que la plupart des épidémiologistes défendent aujourd'hui? C'est ce qu'il importe d'examiner avec quelque attention. M. Tholozan,

passant en revue les diverses explosions de la peste à Benghazi, en 1856, 1858, 1859 et 1874, et en Mésopotamie de 1867 à 1877, montre que, dans toutes ces manifestations épidémiques, le diagnostic du fléau n'a été que très difficilement et très tardivement établi, et que les mesures sanitaires n'ont été ordonnées qu'à un moment où il devenait impossible de déterminer leur influence sur la cessation de l'épidémie. Nous devons reconnaître que ces assertions ne sont émises qu'à la suite d'une enquête des plus sérieuses; elles ne peuvent être contestées. Elles ont été d'ailleurs tout récemment encore confirmées. Dans le rapport de M. Zuber relatif à la peste de Wetlianka, nous voyons, en effet, que la maladie, ayant éclaté vers la fin d'octobre, reste méconnue jusqu'au 20 novembre, bien que sur l'appel du feldscher Troubiloff, deux médecins, le docteur Koch, puis le docteur Dœppner, aient été envoyés en mission à Wetlianka; que le 5 décembre seulement, Dœppner réclame l'*isolement des malades*, sans oser encore prononcer le mot de peste; que le 11 décembre la maladie s'étend à un village voisin, Prischib; que le 28 décembre, après l'établissement d'un cordon sanitaire autour de la Stanitza, et l'envahissement successif de trois villages, deux médecins et un colonel télégraphiaient encore de Wetlianka: « La quarantaine paraît superflue, nous n'avons pas la peste »; enfin que le 1er janvier, le docteur Krassowsky, envoyé de Saint-Pétersbourg, écrivait: « La maladie de Wetlianka est, comme je puis l'affirmer d'après mes recherches personnelles (il avait vu la peste à Rescht), *du typhus* compliqué de beaucoup de cas de pneumonie ». Il demeure prouvé, par tous les documents que cite M. Tholozan, qu'il en a toujours été de même, et ce n'est pas sans tristesse qu'on lira, à ce sujet, plusieurs des chapitres de son livre. Mais si les médecins sanitaires et les commissions médicales envoyées pour étudier sur place les manifestations épidémiques des maladies pestilentielles ont commis des erreurs; s'il est vrai que l'on puisse critiquer, aussi sévèrement que le fait M. Tholozan, l'organisation actuelle de la médecine publique internationale, faut-il en conclure à l'inefficacité absolue de toutes les mesures de police sanitaire? A propos des quarantaines et des cordons sanitaires, M. Tholozan s'exprime comme il suit: « On a établi un cordon, c'est très prudent, c'est une excellente mesure en théorie; mais sa simple énonciation ne suffit pas pour juger ses effets. Pour les connaître et les apprécier, il faudrait savoir dans quelles localités et avec quel personnel on a établi le cordon, combien de marchandises y ont été désinfectées, combien de voyageurs y ont fait quarantaine, quel fut le nombre et l'état sanitaire des caravanes, etc..... Si les administrations sanitaires veulent qu'on prenne au sérieux les mesures semblables qu'elles édictent souvent, il faut qu'elles se donnent la peine de publier les documents que nous réclamons; autrement, leur expérience est perdue pour la science et ne mérite pas d'y figurer même pour mémoire. » Nous nous associons encore à cette protestation. Moins que jamais, aujourd'hui, il n'est permis de ne point conserver dans des cartons officiels les documents qui permettent de juger les questions d'épidémiologie et d'hygiène internationale. Il n'est plus permis de se contenter de semblants de preuve et de soutenir, sans admettre la contradiction, des théories absolues et des principes que l'on considère comme des dogmes épidémiologiques lorsque l'on ne peut, et M. Tholozan s'est efforcé de le démontrer, présenter, à l'appui de ces assertions, des faits indiscutables qui prouvent l'efficacité des moyens employés. C'est l'expérience seule qui a droit de décider si telle ou telle réglementation sanitaire est vraiment efficace, et l'appréciation des mesures qu'elle ordonne ne peut être faite qu'après une enquête minutieuse et publique des observations qui les ont motivées. Cependant est-il permis de nier dès aujourd'hui l'efficacité des quarantaines et des cordons sanitaires?

A plusieurs reprises M. Tholozan déclare lui-même qu'il n'est pas en mesure d'affirmer la nécessité de leur suppression. S'il laisse entendre que son livre a été écrit dans le but d'obtenir une réforme complète du système qui prévaut aujourd'hui, il proteste de son intention de critiquer surtout le ton triomphant de ceux qui vantent les mérites de ce système et se refusent à en laisser discuter les imperfections. Il a voulu, dit-il, démontrer que les mesures prophylactiques dirigées de notre temps en Orient contre la peste, ont été toutes inefficaces et n'ont pu d'aucune manière influencer la marche du fléau. Il conseille donc de reviser ces mesures, de porter remède aux défectuosités du système adopté jusqu'à ce jour et de chercher des moyens d'action plus pratiques, plus humanitaires et plus sérieux. Mais cette conclusion, toute négative, ne saurait être que provisoire. Les médecins placés à la tête des services sanitaires, ceux qui ont accepté la mission d'éclairer les gouvernements sur leurs devoirs en matière de prophylaxie épidémiologique, ne suppprimeront pas ce qui paraît défectueux sans proposer aussitôt un système de réglementation plus efficace. Nous verrons, après avoir fait connaître le mémoire de M. Zuber, comment il paraît possible de tenir compte des observations et des critiques que M. Tholozan adresse à tous ceux qui se sont préoccupés jusqu'à ce jour de ces graves questions.

Le rapport sur la mission qu'il a reçue d'aller étudier en Russie la peste de Wetlianka, a fourni à M. Zuber l'occasion de signaler toutes les difficultés qui s'opposent aux mesures de prophylaxie internationale; mais il lui a permis également d'affirmer, jusqu'à un certain point, l'utilité de ces mesures. Nous avons déjà fait remarquer les hésitations qui ont, dès le début de l'épidémie, rendu son extension possible et sa léthalité plus grande. Les médecins envoyés en mission par le gouvernement russe ont méconnu et même nié l'existence de la peste. Les caractères de l'épidémie et la nécessité de la combattre n'ont été affirmés que plus de deux mois après son apparition. Les mesures de prophylaxie ont donc été inefficaces, au moins en partie, parce que, comme il arrive toujours malheureusement, le gouvernement russe n'a été que très tardivement informé. Ces mesures cependant, dit M. Zuber, ont été « appliquées avec énergie et rapidité et ont sans doute contribué à éteindre l'épidémie ». C'est là une assertion que M. Tholozan n'admettra pas sans preuves. Et cependant les détails qui nous sont fournis à ce sujet ne manquent pas d'intérêt. M. Zuber est très partisan des mesures coercitives prescrites dans le but d'empêcher « les porteurs de germes d'arriver au contact des organismes sains et de détruire, par un moyen quelconque, les porteurs et les germes ». Il cite, à propos des mesures à recommander, l'exemple d'un malheureux qui avait accompagné sa mère à Wetlianka et avait voulu regagner ensuite son domicile à Kameny-Yar. Ce jeune homme, à peine rentré dans sa famille, fut recherché par les habitants du village, durement bâtonné, puis expulsé. Il erra pendant six jours dans le pays, se rendant d'un endroit à l'autre, toujours impitoyablement repoussé par des bandes de paysans qui montaient la garde près des villages. Finalement il se présenta devant ceux de Prischib en leur disant: « Tuez-moi ou donnez-moi à manger. » On lui jeta du pain; puis, après avoir délibéré, les paysans le firent entrer dans une maison inhabitée où il resta vingt jours avant d'être remis en liberté. « Cette conduite, ajoute M. Zuber, n'est-elle pas digne d'éloges chez ces simples paysans et pouvait-on mieux concilier les sentiments d'humanité avec les intérêts de la localité? » Le fait cité par notre confrère prouve du moins que l'idée de faire de la prophylaxie et d'isoler les pestiférés ou ceux qui les ont approchés, est celle de tous les habitants des villages exposés au fléau et ne pourrait impunément être combattue. « Qui sait, dit encore M. Zuber, si cette initiative de paysans grossiers et illettrés n'a pas sauvé la Russie et peut-être l'Europe des horreurs de la peste? Combien sans eux auraient pu transporter au loin le germe redoutable, et si l'affection avait atteint Tzaritzin,

qui peut dire ce qui serait arrivé ? » Sans pouvoir affirmer que l'épidémie de Wetlianka ait jamais présenté ce caractère envahissant que M. Tholozan déclare excessivement rare et tout à fait exceptionnel, nous sommes bien d'avis que nul ne serait aujourd'hui en mesure de soutenir que les mesures d'assainissement et d'isolement prescrites par le général Loris-Mélikof ont été inutiles. M. Zuber, qui a vu de très près l'organisation des cordons sanitaires et l'installation des quarantaines, ne leur adresse que peu de reproches et il approuve toutes les mesures de désinfection qui ont été ordonnées. Il faut lire d'ailleurs, dans ce rapport très sobrement écrit, l'exposé très précis de toutes les questions épidémiologiques qu'a soulevées l'histoire de cette dernière manifestation de la peste. M. Zuber proclame donc l'utilité des mesures de prophylaxie prises à Wetlianka. Il fait voir que ces mesures ont été non seulement acceptées, mais même réclamées et exécutées, avant l'arrivée des autorités, par les habitants des villages menacés. Mais son rapport confirme tout ce que dit M. Tholozan au sujet des erreurs de diagnostic commises par les médecins, des hésitations qu'ils ont eues quand il s'est agi de prononcer le nom de la maladie, des lenteurs apportées à l'exécution des mesures de purification ordonnées par le général Loris-Mélikoff. Il y a plus encore. Dans l'introduction de ce rapport M. Zuber avoue qu'il n'a pu avoir, avec les délégués des nations étrangères, que des relations courtoises, mais non officielles, et que, pendant tout le temps qu'ils ont passé sur le théâtre de l'épidémie, ceux-ci n'ont eu aucune réunion scientifique, qu'aucun travail commun n'a été entamé, qu'aucune commission sanitaire internationale ne s'est officiellement constituée. Tous les gouvernements d'Europe avaient envoyé à Wetlianka des médecins chargés d'étudier la peste. Tous ces médecins sont arrivés en Russie après la cessation de l'épidémie. Chacun d'eux crut devoir travailler isolément ; et le professeur Eichwald, désigné par le gouvernement russe pour faciliter les travaux de ses confrères étrangers, ne leur dissimula pas « son éloignement pour tout travail collectif ». Si nous ajoutons que le délégué du gouvernement français était parti depuis longtemps, lorsque l'Académie de médecine nomma une commission pour lui tracer un programme de recherches plus complet que les instructions officielles qu'il avait reçues, et qu'il était de retour lorsque le rapport de cette commission fut rédigé. Nous n'aurons pas de peine à faire comprendre combien M. Tholozan a eu raison de critiquer ce qui se fait en France ou à l'étranger toutes les fois qu'il s'agit d'organisation sanitaire ou d'études épidémiologiques.

Ces faits si regrettables devaient être signalés. Ils prouvent l'urgence d'une réforme de nos institutions de médecine publique et d'hygiène internationale. Ils montrent combien il serait nécessaire de rendre plus accessibles, par un enseignement régulier que la Faculté de médecine de Paris ne songe pas à réclamer, les études d'épidémiologie et d'hygiène internationale ; combien il serait utile de multiplier les missions données aux médecins sanitaires, de créer, comme le demandait jadis M. Bouchardat, des *médecins voyageurs* chargés de se rendre dans les localités où sévit une épidémie et d'y séjourner jusqu'à extinction définitive du fléau, afin de pouvoir surveiller l'application des mesures de police sanitaire ; d'arriver ainsi, en apprenant aux uns à diagnostiquer dès son début une maladie exotique et aux autres à reconnaître l'efficacité ou l'inutilité des mesures prises pour la combattre, à éviter les erreurs, les hésitations et les maladresses que signalent tous les documents analysés par M. Tholozan. Aussi longtemps que les mesures de prophylaxie internationale n'auront été jugées inutiles que parce qu'elles ont été mal appliquées, nous persisterons à penser qu'il serait possible, en les rendant plus rigoureuses, d'étouffer dans son foyer d'origine une maladie épidémique, en détruisant les germes qui la propagent et en empêchant ceux qui portent ces germes d'arriver au contact des organismes sains. Avec M. Tholozan nous croyons donc que nos institutions de médecine publique sont insuffisantes, mais nous pensons aussi que, s'il a pu critiquer les mesures quarantenaires, c'est surtout parce que ces mesures ont été mal appliquées.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

Étude médico-légale sur les ecchymoses sous-pleurales ; de leur présence dans les affections aigues des voies respiratoires chez l'enfant, par le docteur Henri Chassaing. In-8 de 103 pages. — Paris, 1879, J B. Baillière.

Malgré les nombreux et importants travaux qui ont été publiés sur les ecchymoses sous-pleurales pendant ces vingt dernières années, cette question si importante n'est pas encore complètement élucidée. Aussi, voyons-nous avec plaisir les nouvelles recherches entreprises en vue d'éclaircir ce point si discuté de la médecine légale.

Dans une étude très complète et très approfondie, M. le docteur Chassaing a voulu mettre en lumière les points les plus obscurs de la question, et surtout ceux qui se rattachent à la présence des ecchymoses sous-pleurales dans les affections aiguës des voies respiratoires chez l'enfant.

Après avoir exposé scrupuleusement et sans aucun parti pris les résultats obtenus dans l'étude des ecchymoses sous-pleurales par les auteurs qui l'ont précédé, et mettant en parallèle ces résultats avec les faits qu'il a pu recueillir, M. Chassaing arrive aux conclusions suivantes :

1° Au point de vue médico-légal, les ecchymoses ponctuées se présentent dans trop de cas de mort lente ou rapide tenant à des causes trop diverses pour avoir l'importance que Tardieu leur attribuait.

2° Elles sont beaucoup plus fréquentes et plus nombreuses chez les nouveau-nés et les enfants que chez l'adulte et le vieillard.

3° On les rencontre dans la plupart des affections aiguës des voies respiratoires chez les enfants.

4° L'expert devra donc les considérer comme un phénomène d'ordre secondaire, n'ayant isolément aucune valeur caractéristique; et, dans une question d'infanticide, en l'absence de toute autre lésion ou de traces extérieures de violences, il devra s'abstenir de conclure à la suffocation.

Le mémoire de M. Chassaing est un des plus complets qui aient été publiés sur la matière. Il contient un grand nombre de faits soigneusement recueillis et analysés, et nous pensons qu'il sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'occupent de médecine légale.

VARIÉTÉS

Hospice général de Tours. — Concours pour deux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie, et concours pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants. La commission administrative de l'Hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 6 septembre 1880, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu dans le courant d'octobre prochain, conformément au règlement général de l'établissement.

Le concours pour l'internat est fixé au mardi 5 octobre, à midi, pour l'épreuve écrite, et au mercredi 6 octobre, à neuf heures du matin, pour l'épreuve orale (salle d'administration de l'hospice général).

Le concours pour la suppléance est fixé au 12 et 13 octobre; il aura lieu au même lieu et aux mêmes heures que celui de l'internat.

Légion d'honneur. — M. le docteur Salet, maire de Saint-Germain, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Recrutement du personnel médical. — En exécution de l'arrêté préfectoral, en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement

à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XVI[e] arrondissement que, le mardi 5 octobre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

MORT PAR INANITION. — On lit dans le *Bulletin de la Société médicale du Haut-Rhin*, t. IV, fascicule 1[er], page 38, séance du 10 mai 1874 : « M. le docteur Bernard raconte l'histoire d'un homme de soixante-seize ans, amaurotique, entré en février 1871 à l'hôpital de Belfort, à titre d'infirme, d'un caractère taciturne, restant toujours couché, et qui, en avril 1873, sans motif plausible, manifesta un profond dégoût de la vie et résolut de se laisser mourir de faim. Dès ce moment, il refusa absolument toute nourriture, ne prenant qu'un peu d'eau, et persista avec la plus incroyable ténacité pendant trente-huit jours. Le trente-neuvième, enfin, il accepta un peu d'eau vinée; le lendemain, deux pruneaux, puis ce fut tout jusqu'au quarante-sixième jour, où il prit un peu de bouillon et de vin. Pendant ce temps, l'inanition avait augmenté graduellement, et la vie s'éteignit sans transition sensible, sans phénomènes ultimes. A l'autopsie, l'estomac était en général exsangue; mais il présentait une curieuse vascularisation en grappes. Il eût été intéressant de noter expérimentalement les phases de cette longue inanition; mais le sujet ne se prêtait pas aux observations instrumentales qui ont été tentées : il a fallu y renoncer. » (*Union médicale.*)

NÉCROLOGIE. — Un des plus anciens, des plus honorés et des plus distingués praticiens de Montfort-Lamaury, M. le docteur Descieux, vient de succomber à Avesnes (Nord), où il s'était retiré depuis peu de temps. Les derniers adieux lui ont été dits, sur sa tombe, par M. le docteur Ferrand (de Paris), médecin de l'hôpital Laennec.

SERVICE DE NUIT A NEW-YORK. — La législature de l'Etat de New-York, dans une des dernières séances de la session récemment close, a adopté un projet de loi ayant pour objet d'organiser un *service médical de nuit*, à l'instar des principales villes d'Europe. Chaque capitaine de police sera pourvu d'un registre sur lequel seront inscrits les noms et adresses de tous les médecins réguliers de son district qui en feront la demande, et s'engageront à répondre à tout appel de nuit qui leur sera adressé. Ces noms seront affichés dans la station, près du bureau du capitaine, à portée du public. Lorsqu'un capitaine ou l'officier de service sera avisé que quelqu'un a besoin d'un médecin à une heure quelconque de la nuit, il désignera d'après la liste, à moins de préférence indiquée, le médecin le plus rapproché de la résidence du malade, et l'enverra requérir par un agent, qui le conduira à l'adresse désignée.

La législature a ouvert, pour ce service, un crédit annuel de 75 0000 francs, ce qui paraît bien limité à première vue. M. le docteur Nachtel (de Paris), qui avait présenté le projet, a indiqué ce chiffre. On suppose que, sur dix personnes ainsi visitées, sept payeront le prix du service rendu, et qu'en temps ordinaire la somme allouée sera suffisante, sauf à l'augmenter en temps d'épidémie, s'il y a lieu.

COURS PUBLICS. — M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, recommencera ses cours d'anatomie et de physiologie le lundi 18 octobre 1880.

On s'inscrit le matin, chez M. Fort, 21, rue Jacob.

MORTALITÉ A PARIS (37[e] semaine, du vendredi 10 au jeudi 16 septembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants.— Nombre total des décès : 881 se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 11. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 25. — Dysenterie, 3. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 38. — Autres affections générales, 81. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 31. — Diarrhée infantile et athrepsie, 157. — Autres maladies locales : aiguës, 85; chroniques, 403; douteuses, 43. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes inconnues, 8.

Bilan de la 37[e] semaine. — Cette semaine, le nombre des décès s'est abaissé à 881, en diminution de 128 sur le chiffre de la 36[e] semaine.

Dans notre dernier bulletin, en présence de l'atténuation des chiffres des décès par maladies épidémiques, nous avions conclu à une amélioration de la santé publique. Les résultats de la semaine écoulée viennent confirmer cette appréciation en accusant encore davantage la décroissance de la plupart des affections épidémiques dont nous avons été jusqu'ici tributaires.

C'est surtout pour la variole que cette amélioration a été sensible. Le nombre des décès est descendu à 11 (il avait été de 32 la semaine précédente, et ce dernier chiffre était le plus faible que nous eussions encore constaté cette année). La diphthérie a occasionné 25 décès, soit un peu moins que la moyenne des trois années précédentes, — la rougeole 13, — l'infection puerpérale 2.

Ces chiffres, comparés à ceux que nous avons dû enregistrer depuis le commencement de cette année, peuvent être considérés comme satisfaisants. Malheureusement, l'atténuation qui s'est produite sur les maladies que nous venons de désigner, ne s'est pas étendue à la fièvre typhoïde, dont l'importance meurtrière semble, au contraire, s'être accrue depuis une quinzaine. On compte cette semaine 38 décès typhiques, soit une augmentation de 6 décès sur le chiffre de la 36[e] semaine. La *morbidité* vient d'ailleurs nous fournir, sur ce point, un complément d'informations que nous ne devons pas négliger. Grâce aux renseignements qui nous sont communiqués par l'Assistance publique, nous connaissons, en effet, le nombre des malades atteints de variole, de diphthérie ou de fièvre typhoïde qui sont entrés dans les hôpitaux de Paris pendant la dernière semaine :

Malades entrés dans les hôpitaux : Du 9 au 15 août : fièvre typhoïde, 44; variole, 80; diphthérie, 32. — Du 16 au 22 août : fièvre typhoïde, 71; variole, 72; diphthérie, 27. — Du 23 au 29 août : fièvre typhoïde, 64; variole, 87; diphthérie, 31. — Du 30 août au 5 septembre : fièvre typhoïde, 51; variole, 47; diphthérie, 20. — Du 6 septembre au 12 : fièvre typhoïde, 86; variole, 46; diphthérie, 24.

D[r] BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

SOMMAIRE. — HISTOIRE ET CRITIQUE. La pneumothérapie. — TRAVAUX ORIGINAUX. Thérapeutique : Note sur l'emploi de l'acide phénique comme agent antipyrétique — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Congrès laryngologique de Milan. — Congrès d'hygiène et de médecine publique de Bruxelles. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — REVUE DES JOURNAUX. Du traitement de la cataracte par le courant continu. — De la cirrhose hypertrophique et atrophique du foie. — Des effets de la foudre sur l'organisme. — Les parasites du chancre induré. — BIBLIOGRAPHIE. La peste en Turquie dans les temps modernes. — La peste du gouvernement d'Astrakhan en 1878-1879. — — Index bibliographique. — VARIÉTÉS.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De la lymphangite aiguë à forme gangréneuse, par M. le docteur Ad. Jalaguier. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 3 fr.

Des nerfs du cœur (anatomie et physiologie), par le docteur P. Reynier. In-8 de 171 pages. Paris J. B. Baillière et fils. 4 fr.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicale, par MM. les docteurs A. Laveran et J. Tessier. 2 vol. in-8 de chacun 650 pages. 15 fr.

En vente : *Maladies générales. Maladies du système nerveux.* 1[re] partie : *Maladies des appareils circulatoire et respiratoire ;* 2[e] partie: *Maladies de l'appareil digestif et du foie.* — Sous presse : la 3[e] et dernière partie du tome II, comprenant : *Les maladies des reins, du péritoine et de ses annexes*, sera livrée gratis aux souscripteurs. Le prix sera augmenté aussitôt l'achèvement de l'ouvrage. Paris, J. B. Baillière et fils.

Étude critique et clinique de la délivrance par expression, par M. le docteur Charles Riol. In-8 de 93 pages. Paris. G. Masson. 2 fr. 50

La Folie à deux ou folie simultanée, avec observations recueillies à la clinique de pathologie mentale (Asile Sainte-Anne), par le docteur Emmanuel Régis. In-8 de 94 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 30 septembre 1870.

Académie de médecine: CHARBON ET VACCIN.

Très vive, mais trop bruyante et trop passionnée, la discussion soulevée mardi dernier par M. J. Guérin a dû paraître à tous ceux qui l'ont écoutée et qui ont entendu les réponses de M. Pasteur, aussi confuse que peu profitable aux intérêts de la science. Dans une question d'ordre exclusivement scientifique et qui ne devait pas aboutir à une sorte de dispute, il semblait cependant possible d'arriver à une conclusion précise. Nous ne savons pas si la discussion sera continuée, et si MM. Pasteur et Jules Guérin arriveront à s'entendre. Mais, pour expliquer à nos lecteurs ce qui a obscurci cette controverse, et ce que ne pourra, sans doute, leur apprendre un compte rendu de la séance académique, surtout s'il est fidèle, il nous faut rappeler, en quelques mots, quelle a été l'origine de ce débat, et poser la question qui nous semble avoir été mal comprise.

Au mois de février dernier, en faisant connaître à l'Académie ses recherches sur le choléra des poules, M. Pasteur avait rapproché les résultats qu'il avait obtenus de ceux que l'on constate en étudiant les rapports de la vaccine avec la variole. Les faits qu'il venait d'exposer paraissaient décisifs. Après avoir déterminé la nature du virus qui produisait la maladie désignée sous le nom de *choléra des poules,* M. Pasteur était parvenu, à l'aide d'un changement dans le mode de culture du microbe infectieux, à diminuer la virulence de celui-ci. La nature du microbe virulent n'était point changée, et cependant, sous son premier état, il était très infectieux, et son inoculation était toujours mortelle; tandis que, sous le deuxième état, il provoquait toujours la maladie, mais non la mort. Le virus atténué avait de plus la propriété de déterminer une immunité absolue, c'est-à-dire que les animaux rendus malades consécutivement à son inoculation pouvaient impunément être soumis à l'inoculation du virus le plus infectieux. De ces expériences, M. Pasteur avait pu légitimement conclure qu'il existait une maladie virulente, déterminée par un parasite microscopique, et présentant avec les autres maladies virulentes, encore inconnues quant à leur nature, le caractère de la non-récidive. « Si nous rapprochons des résultats qui précèdent, ajoutait M. Pasteur, le grand fait de la vaccine dans ses rapports avec la variole, nous reconnaîtrons que le microbe affaibli, qui n'amène pas la mort, se comporte comme un vaccin relativement à celui qui tue; puisqu'il provoque, en définitive, une maladie qu'on peut appeler bénigne, du moment qu'elle n'amène pas la mort et qu'elle peut préserver de la maladie sous sa forme mortelle. » Nous croyons difficile de contester cette *analogie* établie entre le vaccin et la variole, d'une part; d'autre part, entre le virus atténué et le virus primitif du choléra des poules.

On ne pouvait pas non plus refuser à M. Pasteur le droit d'invoquer ces expériences, pour déclarer, le 25 mai dernier, que « l'histoire de l'affection dite choléra des poules est scientifiquement bien plus avancée que ne l'est celle des affections variolique et vaccinale ». Ce n'est pas que nous ne trouvions que M. Pasteur n'ait été un peu trop loin, en déniant tout intérêt et toute valeur scientifique aux observations qui ont permis à la plupart des médecins de soutenir que le virus vaccin n'était qu'un virus varioleux modifié. Les analogies que présentent, au point de vue de leur évolution clinique, les éruptions vaccinales secondaires avec certaines éruptions varioliques, semblent confirmer cette théorie. Le *cowpox* et

FEUILLETON

Ce sont les secrès des dames, deffendus à réveler, publiés pour la première fois d'après des manuscrits du quinzième siècle, avec des *fac-simile,* une *introduction,* des *notes* et un *appendice,* par les docteurs Al. C***** et Ch. Ed. C****. 1 vol. in-12 d'environ 150 pages.—Paris, 1880, Ed. Rouveyre.

Jacques Mentel, docteur-régent et professeur à la Faculté de médecine de Paris (1599-1670), par le docteur CORLIEU, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Adrien Delahaye.

La *Gazette hebdomadaire* retrouve ici une ancienne connaissance, enfant il y a dix ans, aujourd'hui personne achevée et des plus intéressantes. Vers 1870, en effet, les *Secrets des dames* devaient paraître en feuilleton dans la *Gazette;* une partie était déjà composée et corrigée, quand se déchaînèrent, la guerre étrangère d'abord, qui arrêta le travail, puis la guerre civile, dans laquelle l'incendie détruisit, avec une maison tout entière de la rue de Lille, la copie et les épreuves. Le grand âge, la maladie, des chagrins de plus d'une sorte, n'ont pas empêché le vénérable savant qui avait entrepris cette publication de la reprendre et de la mener à bonne fin, avec la collaboration d'un confrère plus jeune et non moins distingué. Avons-nous le droit de les nommer? Non; puisqu'ils n'ont pas cru devoir se nommer eux-mêmes; mais ceux qui voudront bien chercher, dans une petite ville du département de l'Oise, un chirurgien bien connu pour sa passion archéologique, grand amateur notamment des manuscrits et éditions de Guy de Chauliac; et, dans un port de la Manche, l'éditeur de la troisième édition d'un ouvrage paternel sur les plantes médicinales, parviendront sans doute aisément à les découvrir.

le *horse-pox* (c'est-à-dire la variole des animaux), inoculés directement à l'homme, déterminent parfois des éruptions généralisées, souvent semblables à celles qui résultent de l'inoculation du virus varioleux pris sur l'homme. Or, personne (excepté peut-être M. J. Guérin) ne songe à nier que le cowpox et le vaccin humain ne soient identiques quant à leur nature. Mais, il faut le reconnaître, si l'on se place au point de vue de l'expérimentation *physiologique*, on doit admettre, avec M. Pasteur, que « l'identité du virus varioleux et du virus vaccin n'a jamais été *démontrée* ». C'est cependant contre cette affirmation que s'est élevé M. Jules Guérin. Rappelons ses paroles : « Les recherches et les expériences que M. Pasteur nous annonce devoir faire pour déterminer les rapports de la vaccine avec la variole, et montrer jusqu'où l'une participe ou ne participe pas à la constitution de l'autre, permettent de supposer que notre collègue n'est pas tout à fait au courant des résultats établis sur ce point. Depuis les grandes discussions qui ont eu lieu au sein de cette Académie, il y a une dizaine d'années, il est acquis à la science que la vaccine, c'est la *variole des animaux* (*cowpox* et *horse-pox*) inoculée à l'homme et *humanisée* par ses transmissions successives à travers les générations. »

Il nous faut avouer que M. Pasteur était, jusqu'à un certain point, autorisé à déclarer qu'il ne comprenait pas cette réponse. Pour qu'elle fût décisive, il eût été nécessaire que M. J. Guérin pût affirmer, en même temps, que la variole des animaux et la variole humaine ont entre elles des rapports bien définis. Ces deux maladies sont-elles identiques quant à leur nature ; et le vaccin humain, c'est-à-dire la variole des animaux *humanisée* par une culture dans un autre organisme est-elle un virus varioleux atténué? Sont-elles distinctes, et le virus varioleux diffère-t-il dès lors du virus vaccin? Il eût été bon de résoudre ces deux questions pour satisfaire M. Pasteur.

Hâtons-nous toutefois de reconnaître que, dans les communications auxquelles il a fait allusion, M. Jules Guérin s'était, à plusieurs reprises déjà, expliqué sur quelques-unes des difficultés que soulèvent ces questions si complexes. Le 16 juillet 1869, il s'exprimait ainsi : « La théorie de la vaccine humaine qui répond le mieux aux faits conduit à la considérer comme une manifestation réduite et localisée de l'élément varioleux de l'homme, modifié et atténué dans sa virulence par l'élément varioleux des animaux, l'un et l'autre fondus dans un produit spécifique fixe, différent de ses deux principes isolés, lesquels se combinent pour donner naissance à la vaccine, et cette combinaison ne s'effectue complètement que par la succession de ses transmissions. »

D'autre part, dans les séances précédentes, M. Jules Guérin avait cherché à caractériser les différences qui lui paraissent exister entre le vaccin humain et le vaccin animal. « Les deux vaccines, disait-il le 6 juillet 1869 (vaccin animal et vaccin humain), se distinguent tout d'abord par leur origine et leur mode de production. La vaccine animale, telle qu'on l'emploie aujourd'hui, est une vaccine *provoquée* expérimentalement ; c'est un produit morbide *artificiel*. La vaccine jennérienne, au contraire, dérive du *cowpox spontané*. La première, inoculée directement de la génisse à l'homme, ne subit aucune modification ; elle conserve ses qualités originelles. La seconde, au contraire, s'est transformée en passant par l'homme; elle a perdu quelque chose de l'animal où elle est née, pour prendre un élément nouveau dans l'organisme humain où elle a été transportée et où elle a germé ; elle s'est pour ainsi dire *humanisée*, dans son évolution à travers nos tissus, et dans son contact avec nos humeurs. Car il importe de rappeler que Jenner a pratiqué ses premières vaccinations, non point avec le vaccin pris directement sur les animaux, mais avec le liquide des pustules développées sur les mains des bergers chargés de panser ou de traire des vaches atteintes de *cowpox*. Ce qui caractérise donc essentiellement la vaccine jennérienne, c'est qu'elle provient du *cowpox* spontané, et qu'elle s'est modifiée, amendée, en passant par l'homme. Il en résulte qu'il y a dans ce vaccin un élément, l'élément humain, qui manque dans le vaccin animal. » Plus tard encore, dans la séance du 21 septembre 1869, M. Jules Guérin niait l'identité de la vaccine animale avec la vaccine humaine, et déclarait que ces deux vaccines différaient très sensiblement dans leur incubation, dans l'apparition des pustules, dans la marche de l'éruption, dans la durée de la virulence, dans le degré de la réaction locale et générale.

En résumé donc, M. Jules Guérin, en répondant à M. Pasteur « que la vaccine c'est la *variole des animaux* (*cowpox* et *horse-pox*) inoculée à l'homme et *humanisée* par ses transmissions successives à travers les générations », attache à cette expression *humanisée* une importance capitale. Si nous l'avons bien compris, il admet que le vaccin humain n'est autre que le virus varioleux humain, atténué dans sa virulence par sa combinaison avec le virus varioleux des animaux, et que le vaccin animal, c'est-à-dire le produit artificiel déterminé par l'inoculation à une genisse du vaccin humain, est un virus plus atténué encore, différent même,

---

Les *Secrets des dames* sont une sorte de traité de gynécologie qui est venu aux mains de M. C... dans la vente aux enchères de la librairie Potier, en mars 1864, sous la forme d'un petit in-folio parchemin, dont la présente édition fournit une description détaillée, et qui contenait : 1° quelques aphorismes médicaux en français du quinzième siècle et en latin, écrits par un des premiers possesseurs du livre ; 2° un calendrier journalier occupant, avec des prolégomènes en latin, treize pages ; 3° les *Segrès des dames ;* 4° l'inventaire de chirurgie de Guy de Chauliac. C'est ce manuscrit qui a été suivi principalement dans la nouvelle édition, toutefois après collation avec trois autres manuscrits du fonds français de la Bibliothèque nationale. (Il est remarquable que, dans ceux-là aussi, l'opuscule fait partie du recueil comprenant un certain nombre d'écrits médicaux ou chirurgicaux.) L'*Appendice* a été nécessité par cette circonstance que l'un des manuscrits n'est venu à la connaissance des auteurs qu'après impression du texte et des notes.

La date de l'opuscule paraît aux auteurs devoir être fixée à l'année 1468. En effet, sur une figure en forme de cadran placée en regard des prolégomènes, et représentant un calendrier perpétuel, le chiffre 1468 est inscrit dans deux fleurons, l'un extérieur, l'autre placé au centre des cercles concentriques du calendrier, embrassant, dans le prolongement de leurs lignes à travers les cercles, les lettres dites dominicales et le nombre d'or, qui, dans les *Tables de concordance chronologique* de Duchesne, correspondent bien à l'année indiquée dans ces fleurons. Malheureusement, si, des quatre cercles concentriques qui composent le cadran, il est visible que le plus grand, divisé en vingt-huit parties, se rapporte au cycle solaire ; que le second représente les lettres dominicales, et le troisième la série des nombres d'or du cycle lunaire, les auteurs, qui paraissent être pourtant des *computistes* exercés, n'ont pu déchiffrer le sens du quatrième cercle, dans lequel dix-neuf lettres mineures occupent dix-neuf cases sans suite régulière.

quant à sa nature, du vaccin primitif. M. Pasteur conteste ces affirmations, ou plutôt il ne les discute pas — nous n'osons dire qu'il les ignore — et il se contente d'opposer à M. Jules Guérin cette fin de non-recevoir : « Vous me parlez des rapports qui existent entre le vaccin humain et la variole des animaux (*cowpox* et *horse-pox*). J'admets, avec vous, que le vaccin humain n'est autre que la variole des animaux, *humanisée*, si vous voulez; mais je vous conteste le droit d'affirmer que cette variole des animaux est une variole humaine atténuée ». Le dissentiment qui existe entre MM. Pasteur et Jules Guérin repose donc sur une question de fait et une question de doctrine: la discussion qui a eu lieu mardi dernier ne reposait que sur une équivoque, ou tout au moins un malentendu.

Nous espérons que, dans une prochaine séance, la question de doctrine, celle de l'identité ou de la non-identité du virus vaccin et du virus vaccinal, sera sérieusement discutée. Nous aurons alors à apprécier les faits cliniques, aujourd'hui bien connus de tous les médecins, pour essayer de faire voir, comme l'a indiqué M. Jules Guérin et comme l'a rappelé M. Bouillaud, qu'aux expériences de M. Pasteur, si remarquables qu'elles soient, on peut comparer les observations, qui prouvent la possibilité d'atténuer le virus varioleux, par des cultures successives, de l'inoculer à la place du virus vaccin, et de déterminer ainsi tantôt, comme avec le vaccin, une éruption localisée, tantôt, comme avec le cowpox ou le liquide extrait de certaines pustules varioliques, une variole discrète. Ces observations ont été souvent vérifiées, et nul n'a le droit d'en contester la valeur.

L. Lereboullet.

P. S. Au commencement de cette même séance, M. le docteur Jules Worms avait lu un très intéressant travail tendant à prouver l'existence de névralgies symétriques dans le diabète. Comme le dit très judicieusement notre distingué confrère, la pathogénie de cette maladie est encore si obscure qu'aucun détail symptomatique ne doit être négligé, et qu'il importe de bien étudier toutes ses manifestations, dans l'espoir d'arriver à mieux définir les causes qui leur donnent naissance. Nous n'avons point ici à louer ce mémoire que nous publierons prochainement.

L. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Extirpation du larynx (laryngectomie), par le professeur Caselli, de Reggio Emilia.

Dans l'avant-dernier numéro de la *Gazette hebd.* (p. 615), M. Krishaber a fait connaître les *résultats* extraordinaires d'une extirpation de larynx, faite chez une jeune fille, par M. Caselli. Bien que notre distingué collaborateur ait décrit dans un mémoire sur le *cancer du larynx* (*Gaz. hebd.*, 1879; voy. particulièrement les pages 615 et 616), les procédés employés pour pratiquer cette grave opération, nous avons pensé que nos lecteurs trouveraient ici avec intérêt l'exposé complet du cas, avec le manuel opératoire suivi par le chirurgien de Reggio et tous les détails concernant le traitement consécutif. Nous empruntons cette description au professeur Sirus Pirondi, de Marseille (*Marseille médical*, 20 avril 1880).

Une jeune fille, Joséphine Casali, âgée de dix-neuf ans, entre à l'hôpital de Reggio le 29 août 1879. Rien d'important à signaler sous le rapport *héréditaire*. Sa mère, deux sœurs et deux frères jouissent d'une excellente santé; le père a succombé à une affection cardiaque, mais à un âge déjà avancé.

Jos. C... n'est pas encore *réglée*; elle est de constitution délicate, anémique, et, à part toutefois une maladie grave dans son enfance, dont elle fut promptement guérie, et sur laquelle elle ne peut fournir aucun renseignement positif, elle n'a commencé à souffrir de la lésion organique qui l'amène actuellement à l'hôpital que vers la fin de septembre 1878.

A pareille époque, Jos. C... éprouve d'abord une impression désagréable, une légère douleur en avalant les aliments; la déglutition salivaire elle-même lui est très désagréable et lui procure la sensation d'*un grain de sable* arrêté au passage. Respiration facile, mais un peu bruyante.

Vers la fin de décembre de la même année, l'état s'aggrave tout à coup et considérablement. Ayant, au dire de la malade, avalé trop vite un aliment trop chaud, elle ressentit aussitôt des douleurs très vives qui persistèrent pendant trois jours sans interruption. Et à dater de ce moment il lui fut impossible d'avaler des aliments d'une certaine consistance, sans être atteinte de toux, de suffocation et de vomissements.

Sous l'influence d'un traitement prescrit par un médecin de la petite localité habitée par Jos. C..., il y eut un temps d'arrêt dans la marche des symptômes susindiqués, et, sans être plus facile, la déglutition était cependant possible et moins douloureuse, moyennant divers mouvements de latéralité de la tête et du cou instinctivement adoptés par la malade. Mais la lésion locale ayant fait de nouveaux progrès, la

---

Peut-on mettre, avec quelque vraisemblance, un nom d'auteur sur ce petit livre? Ce n'est pas seulement à l'*Inventaire de la chirurgie* qu'il est accolé dans les manuscrits, mais aussi à des écrits de Lanfranc, de Jehan de Borno, de Jehan le Lièvre, etc. De là l'impossibilité de l'attribuer, comme d'autres ont essayé de le faire, à l'un de ces maîtres plutôt qu'à l'autre. Il est clair seulement qu'il a eu pour modèle les *Admirables Secrets* d'Albert le Grand, auxquels il fait beaucoup d'additions, dont la source ne peut être non plus indiquée. L'étude d'un certain nombre de manuscrits de la Bibliothèque nationale, relatifs également à la gynécologie, a été, à cet égard, entièrement stérile.

Nous ne croyons pas devoir entrer dans l'analyse de l'opuscule. C'est une curiosité scientifique : elle ne peut avoir d'intérêt que si on l'a sous les yeux. Disons seulement qu'on doit s'attendre à y trouver une forte empreinte des superstitions du temps, surtout des rêveries astrologiques; mais ce sera un attrait de ceux aiment à remonter courant des sciences jusqu'à ses origines troublées, où si souvent se reconnaissent les premières traces des erreurs présentes. Nous aurons soin seulement d'avertir le lecteur qu'une minutieuse confrontation des textes, de savants aperçus historiques, des notes abondantes, le mettront à même de tirer de cette lecture des fruits plus nombreux et plus variés que le titre du livre ne le laisserait supposer.

La brochure sur Jacques Mentel (14 pages in-8), extraite du journal *la France médicale*, est, comme on le voit, une notice sur un de ces médecins du seizième et du dix-septième siècle que connaissent les biographes de profession, mais sur le compte desquels peu de personnes se sont donné la peine de remonter aux sources et de se mettre au courant, soit de l'œuvre scientifique des personnages, soit des vicissitudes de leur existence. L'étude de M. Corlieu peut passer pour un modèle du genre. Serrée dans la forme, rigoureuse dans les citati

déglutition fut bientôt tellement difficile et accompagnée par des accès de suffocation si prolongés, qu'on se décida à conduire cette jeune fille à l'hôpital, où le professeur Caselli, à la suite d'un examen minutieux et prolongé, put diagnostiquer un énorme *épithélioma*, s'étendant du larynx au pharynx, au voile du palais, aux amygdales, à la base de la langue, et déjà ulcéré sur plusieurs points de cette vaste étendue. Les bords relevés et indurés, la disposition *cratériforme* de l'arrière-bouche, avec perte considérable de substance, surtout au voile du palais, la couleur jaunâtre et la dureté de tous les tissus, ne pouvaient permettre aucun autre diagnostic, malgré l'âge du sujet et l'absence de ganglions infiltrés.

On constate, en outre, avec le laryngoscope, que les deux tiers de l'épiglotte sont envahis par un amas considérable de granulations, et que la glotte est entourée de nombreuses végétations serrées les unes contre les autres, au point de ne pouvoir livrer passage à une bougie de très petit calibre. Et enfin, le doigt introduit dans le pharynx, et poussé aussi loin qu'on le peut, constate partout l'extension de la maladie.

Sans insister davantage sur l'état local de cette malheureuse enfant, il est aisé de comprendre que la nutrition, devenant de jour en jour plus difficile, finira à bref délai par être impossible; et dès lors il faut s'attendre à ce que la malade périsse lentement d'inanition, ou se décider à une opération des plus insolites, des plus graves, et, disons-le aussi, avec des chances bien minimes de succès. Aussi hardi qu'habile, c'est cependant à ce dernier parti que le professeur Caselli donne la préférence...

Opération. — Tout étant soigneusement préparé, la malade est amenée à la salle d'opération, et l'on constate en ce moment : 76 pulsations, 34 respirations, température 36°,4.

L'anesthésie étant obtenue par l'emploi du chloroforme d'*Iobst*, on commence l'opération.

Premier temps. — On pratique une première incision avec le couteau galvano-caustique, sur la ligne médiane du cou, s'étendant du troisième au cinquième anneau de la trachée que l'on perfore; on dilate la brèche avec le dilatateur *Laborde* et l'on y introduit la *canule-tampon* de Frendelenburg, laquelle, étant suffisamment insufflée, s'oppose à ce que la moindre quantité de sang puisse pénétrer dans la trachée.

Arrivée au bout de cette première étape de l'opération, la malade éprouve quelques accès de toux, et l'on recommence la chloroformisation.

Deuxième temps. — L'anesthésie complète étant obtenue, on place l'opérée de manière à ce que la tête *pende* en dehors du matelas et vienne s'appuyer sur un coussin placé sur les genoux de l'opérateur assis. Une nouvelle incision, toujours à l'aide du couteau galvano-caustique, est alors pratiquée; cette incision n'entame absolument que la peau, et s'étend de l'angle supérieur de l'ouverture trachéale jusqu'au bord libre du maxillaire inférieur. Cela fait, l'opérateur se sert des deux index pour approfondir la plaie en écartant les deux muscles sterno-hyoïdiens, qu'il tient à conserver pour qu'ils puissent plus tard maintenir l'os hyoïde dans sa position normale. Ces deux muscles étant retenus écartés l'un de l'autre par des crochets, le couteau galvano-caustique est de nouveau appliqué et arrive sur le cartilage thyroïde sans blesser aucun vaisseau artériel ou veineux. A l'aide d'un *racloir* on détache la glande thyroïdienne et une partie du périchondre, laissant ainsi à découvert toute la surface antérieure des cartilages thyroïde et cricoïde.

Après avoir contourné tout le larynx par une anse galvano-caustique, on coupe les ligaments thyroïdiens latéraux et médian avec tout ce qui unit le cartilage thyroïde à l'os hyoïde. La glande thyroïde étant ainsi débarrassée de ses attaches, on peut facilement la soulever, et, soit à l'aide du bistouri, soit avec le couteau galvano-caustique, on la sépare du cartilage cricoïde, que l'on crut d'abord pouvoir conserver; mais on reconnaît bientôt que l'infiltration épithéliale avait déjà envahi la muqueuse et considérablement rétréci le calibre de cette partie du tube aérien; on enlève dès lors tout le cartilage par une incision horizontale pratiquée au niveau du premier espace interannulaire de la trachée, ayant soin de retenir d'abord la trachée par deux fils de soie Lister, afin que, la section achevée, elle ne se dérobât pas trop profondément en arrière du sternum.

En écartant bien tous les tissus qui bordaient la plaie, l'opérateur s'aperçut qu'il n'avait pas encore assez d'espace; il se décida alors à inciser l'os hyoïde sur la ligne médiane par un coup de tenaille ostéotome, et disséqua les muscles génio-hyoïdiens à leur ligne d'union et dans toute leur longueur, obtenant ainsi une brèche assez large pour pouvoir, bien mieux que par le procédé Langenbeck, extirper aisément tous les tissus atteints.

Aucune précaution, et des plus minutieuses, n'est du reste négligée pour éviter la blessure de quelque vaisseau important et surtout des carotides, et jusqu'à ce moment de l'opération on n'a eu à lier avec le catgut que deux rameaux des thyroïdiennes supérieures.

De temps en temps, avec le tube à inhalation, on fait respirer à l'opérée quelques vapeurs de chloroforme; le pouls est petit, mais la respiration large et régulière.

L'opérateur, s'étant assuré des limites du néoplasme, isole en arrière et latéralement tout le pharynx, et, après avoir placé les liens nécessaires pour en empêcher la rétraction, il entoure l'œsophage d'une anse de platine et l'excise au-dessous des liens, à la hauteur de la cinquième vertèbre cervicale.

Immédiatement après cette section, il y eut chez l'opérée arrêt complet de la respiration, et l'on entreprit sans retard la respiration artificielle. A ce moment, l'émotion des assistants fut assez vive; mais l'opérateur les rassura en leur faisant observer qu'il n'y avait là probablement que le *prodrome* d'envies de vomir provoquées par la section de l'œsophage et sous l'influence de l'action réflexe. C'est, en effet, ce qui eut lieu bientôt, mais sans vomissement réel, l'opérée se trouvant à jeun.

Après quelques secondes de repos, et toujours armé du couteau galvano-caustique, l'opérateur excise d'abord, par une incision en C, la base de la langue, siège d'une large érosion néoplastique, et emporte l'épiglotte envahi aux deux tiers par la même lésion.

Troisième temps. — On maintient la bouche de l'opérée largement ouverte par le petit appareil désigné sous le nom d'*ouvre-*

---

ses limites légitimes, elle a un caractère de précision, presque de sécheresse, qui sied à un genre de travail où il ne s'agit que d'établir des faits et des dates. Les érudits du corps médical devront la lire.

Ils y trouveront d'abord une rectification, d'importance minime, il est vrai, sur le lieu de naissance de Jacques Mentel. Ce ne serait pas à Château-Thierry même qu'il aurait vu le jour, comme on l'a admis jusqu'à présent, mais à quelques kilomètres de là, à Bussiares, petit village de 300 habitants, faisant partie du *pays* de Château-Thierry : *Castro theodoricensis*.

Une question plus importante est celle de la part qui revient à Jacques Mentel dans la découverte du *réservoir du chyle*. Le passage où elle lui est attribuée par Guillaume de Hénaut, dans sa dissertation : *Clypeus, quo tela in Pecqueti*, etc. (Rothomagi, 1655), a été souvent cité. M. Corlieu fait remarquer que, à la date de cette dissertation, huit ans déjà s'étaient écoulés depuis que Pecquet avait décrit et fait connaître publiquement le réservoir qui porte son nom, et au sujet duquel il fait d'ailleurs valoir ses droits dans les *Experimenta nova academica* (1651). Mais notre érudit confrère signale une lettre de Jacques Mentel, insérée dans la seconde édition de ce même ouvrage (1654), parmi d'autres lettres de félicitations, et qui donne la clef de cette apparente contradiction. Jacques Mentel rappelle les dissections qu'il a faites des *veines lactées* en 1629 (il avait alors trente ans et Pecquet était encore enfant), quand il était archidiacre des écoles (sorte de chef des travaux), et comment il les a poursuivies jusqu'aux veines sous-clavières, où il les a vues se mélanger avec le sang; mais en même temps, et dans cette même lettre, il rend formellement à Pecquet l'honneur d'avoir trouvé et montré à ses amis la citerne du chyle. Et précisément Pecquet, dans les *Experimenta nova*, nomme Mentel parmi les témoins de ses recherches sur le système chylifère. On ne peut guère hésiter, dès lors, sur la part à faire à chacun des deux amis dans les progrès accomplis sur cette partie

bouche américain, et l'opérateur excise, avec toutes les parties molles atteintes du palais, les piliers du voile, les deux amygdales; et tout le néoplasme est extrait à travers la brèche pratiquée au cou. Notons, en passant, que M. Caselli, s'étant aperçu que pour enlever l'amygdale gauche il devait passer trop près d'un gros rameau de la pharyngée supérieure, a cru prudent d'y jeter d'abord une ligature, et a dû s'applaudir de cette sage précaution. L'opérée, on le comprend, ne pouvait être en état de supporter une hémorrhagie, et on a constaté, l'amygdale étant enlevée, que les pulsations de l'artère étaient très fortes *en arrière* de la ligature.

Ainsi conduite jusqu'au pansement, l'opération n'a pas duré moins de *trois heures* et *dix minutes*. On fait pénétrer, à l'aide d'une sonde œsophagienne et d'une seringue, un peu de vin généreux dans l'estomac de la malade, qui, interrogée si elle a beaucoup souffert et si elle souffre encore, répond par un signe de tête *négatif*. Invitée ensuite à montrer la langue, elle peut exécuter le mouvement voulu avec une facilité qui surprend les spectateurs et quelque peu l'opérateur lui-même, malgré tous les soins pris pour conserver tous les tissus non envahis.

Quatrième temps. — Après s'être bien assuré qu'il n'y a nulle menace d'hémorrhagie, on lave cette vaste plaie avec l'eau phéniquée dans les proportions de 18 sur 100, et on réunit d'abord les deux moitiés de l'os hyoïde par deux fils de catgut; cela fait, on désinfecte toute la surface saignante avec le pulvérisateur, et on applique huit points de suture avec les fils de soie Lister. Une canule laryngée et une sonde œsophagienne sont placées et maintenues par les procédés ordinaires, et huit couches de gaze Lister entourent le cou.

Tout étant terminé, on compte 112 pulsations et 36 respirations; et pendant les premières vingt-quatre heures la température varie entre 36 et 38 degrés; le pouls, de 114 à 118; et la respiration, de 22 à 36.

L'opérée est incessamment surveillée de jour et de nuit, et il est inutile peut-être d'ajouter ici que, à l'hôpital de Reggio, comme dans tous nos hôpitaux français, le dévouement complet des élèves ne fait jamais défaut.

On a injecté, dès le premier jour, par l'œsophage, 50 grammes de vin de Bordeaux, 150 grammes de bouillon concentré, 70 grammes d'eau; mais l'opérée a vomi toutes les matières injectées. Elle a eu une évacuation alvine régulière; les urines sont abondantes et normales. Il y a de fréquents accès de toux, avec excrétion de mucosités. Quelques courts sommeils pendant la nuit.

On arrête les vomissements par quelques morceaux de glace que l'opérée laisse fondre dans la bouche; on renouvelle le pansement antiseptique de la plaie; et ayant constaté beaucoup de chaleur et de gonflement autour du cou, on entoure cette région de vessies remplies de glace. *Deuxième journée :* température, 38°,4; pulsations, 120; respirations, 28.

On injecte 310 grammes de bouillon avec deux œufs, 30 grammes de vin de Bordeaux, 330 grammes d'eau.

La physionomie est bonne; pouls fréquent, mais large; quelques rares envies de vomir; toux fréquente; 1200 grammes d'urine, n'offrant à l'analyse rien de particulier à noter.

Cataplasme laudanisé sur l'hypogastre, qui est très endolori; quelques gouttes de *liqueur anisée d'ammoniaque*.

En renouvelant le pansement, on trouve toujours beaucoup de gonflement aux régions sous-maxillaires.

Jusqu'au sixième jour rien de notable à signaler: température maximum, 38°,2; respirations, 29; pouls, 118. Cessation des douleurs au cou et à l'hypogastre; toux rare; sommeil tellement profond que l'opérée ne se réveille pas lorsqu'on injecte des aliments par la sonde; et chaque heure et demie on lui administre alternativement 70 grammes d'eau avec deux cuillerées de mixture aromatique, ou 70 grammes de bouillon avec deux œufs, et 30 grammes de vin de Bordeaux.

L'élimination de l'eschare produite par le galvanocaustique suit son cours, et l'on peut déjà enlever les fils qui assujettissaient l'œsophage et la trachée, attendu que des adhérences solides maintiennent ces deux tubes dans les conditions et positions désirables.

Du sixième au quinzième jour, l'état général et local s'améliore progressivement; toutes les eschares étant tombées, la réparation des tissus s'opère avec une vive promptitude. La nourriture se compose de l'extrait d'un kilogramme et demi de viande, huit œufs, trois tasses de potage au *pain râpé*, deux verres de vin de Bordeaux et demi-litre d'eau.

Au quinzième jour, on passe la sonde œsophagienne par la bouche et on la fixe au pavillon de l'oreille. La malade se lève et reste levée sans fatigue pendant deux heures.

Au bout d'un mois, on constate que l'arrière-bouche est tapissée par un tissu lisse ayant la couleur et l'aspect de la muqueuse normale. La plaie du cou (qui est probablement aplati d'avant en arrière) s'est moulée, pour ainsi dire, sur la canule trachéale construite en caoutchouc induré.

On enlève la sonde œsophagienne, et la déglutition de substances d'abord liquides ou demi-solides s'opère très facilement, sans que rien ne sorte par les narines, quoiqu'une partie du palais ait été enlevée. Ce n'est pas tout: la malade ayant fait comprendre qu'elle désirait ardemment du pain, on se décide à tenter l'essai de la déglutition des substances solides, qui sont mâchées et avalées avec la plus grande facilité. Toutefois, pendant deux mois encore, l'opérée a été nourrie avec des soupes et de la viande hachée; et ce n'est qu'au bout de ce long laps de temps qu'on lui a accordé le régime ordinaire de l'hospice, avec addition de viandes rôties.

Cette facilité de déglutition a permis, avons-nous dit, d'enlever la sonde œsophagienne. Mais ce n'a pas été sans que le professeur Caselli prît une précaution qui nous semble, dans le cas actuel, des plus importantes. Craignant, en effet, que l'œsophage soit exposé à un rétrécissement cicatriciel, il a

---

de l'anatomie. A Jacques Mentel le mérite d'avoir confirmé, précisé, étendu les observations d'Aselli sur les vaisseaux lactés, sans autre publicité que des démonstrations d'amphithéâtre; à Pecquet, celui d'avoir montré que le chyle est colligé dans un réservoir commun avant d'être déversé dans la sous-clavière.

On trouvera dans le mémoire de M. Corlieu plusieurs autres détails intéressants sur la généalogie de Mentel, sur sa carrière professorale, sur ses écrits, sur la richesse exceptionnelle de sa bibliothèque, et sur la date précise de sa mort, qui eut lieu le 26 juillet 1670. Il était né le 25 octobre 1599. Quelques biographes le faisaient naître en 1597, et mourir en 1671; mais les documents produits par notre confrère ne laissent subsister aucun doute sur l'exactitude de ses supputations.

A. Dechambre.

Les odeurs de Paris. — La ville s'occupe en ce moment de faire droit aux réclamations concernant le mauvais état des égouts. Chaque nuit, des travaux sont exécutés. On enlève par certaines bouches les détritus et les résidus qui n'ont pu être entraînés par le courant et qui obstruent les canaux en les infectant. Ces débris proviennent, pour la plupart, de l'hiver dernier; à cette époque, avec les neiges on a jeté dans les égouts des masses d'ordures ménagères qu'on n'y met pas d'habitude.

Outre les travaux actuels, et pour éviter le retour d'un pareil état de choses l'été prochain, la ville met au concours la construction d'une nouvelle machine élévatoire à Ivry, devant amener à Paris environ 100 000 mètres cubes d'eau de Seine par jour. Cette machine portera à 400 000 mètres cubes la provision de Paris. L'adjudication a eu lieu jeudi 30 septembre.

Congrès. — Le troisième Congrès de la Société de médecine aliéniste italienne s'est ouvert, le 23 de ce mois, à Reggio.

fait construire un *mandrin dilatateur* en argent, muni d'un cordon d'attache. Chaque soir, après le dernier repas, l'opérée, bien exercée à la manœuvre, introduit elle-même le mandrin dans son œsophage, le fixe au pavillon de l'oreille, et ne l'enlève que le lendemain matin.

De prime abord, il paraît difficile de se rendre bien compte d'une déglutition à peu près normale chez cette opérée, lorsqu'on réfléchit à tout ce qui a été enlevé, depuis les bords postérieurs des fosses nasales et des os palatins jusqu'à la hauteur de la cinquième vertèbre cervicale, et aux limites de l'aponévrose cervicale antérieure, contre laquelle le bistouri s'est arrêté. Toutefois les explications et détails minutieux que le professeur Caselli donne sur le résultat final de ce grand travail cicatriciel permet de comprendre comment la faculté d'avaler a pu se rétablir. M. Caselli signale, en effet : 1° le rapprochement considérable de l'infundibulum œsophagien à la langue ; 2° l'existence d'une espèce de *gouttière* qui, oblique d'avant en arrière et de haut en bas, *conduit* le bol alimentaire de la bouche à l'œsophage ; 3° un raccourcissement notable de la distance que ce bol doit parcourir. Et, en effet, la tête étant fléchie à angle droit sur le sternum, on a noté avant l'opération que la distance qui séparait le bord libre du maxillaire inférieur du bord sternal mesurait 14 centimètres, tandis que cette distance a diminué de 4 centimètres depuis l'opération.

L'importante fonction de la déglutition étant rétablie, il fallait songer à une autre fonction très importante aussi, celle de la parole, et ici on ne pouvait faire appel qu'aux ressources de la mécanique, qui avait déjà fait ses preuves dans quelques cas d'amputation du larynx. C'est au tube inventé par Gussembauer que M. Caselli donna d'abord la préférence ; mais, à son grand regret, les résultats ne répondirent pas à son attente. Sans se décourager cependant, il se mit lui-même à l'œuvre, et, aidé par M. Romald Cafforri (un de ces privilégiés qui, à l'exemple de Charrière, *naissent* grands artistes), M. Caselli est parvenu à faire construire un larynx artificiel (dont il donne la description et le dessin), grâce auquel son opérée peut parfaitement *articuler tous les mots nécessaires à la vie de relation*, avec une voix claire et homogène (1).

Thérapeutique.

Note sur la pelletiérine, par M. le docteur Catrin (de Condé).

Dans le premier semestre de 1878, M. Tanret envoyait au *Bulletin de thérapeutique* un travail sur la pelletiérine, alcaloïde que, d'après les indications de M. Marty, il avait recherché dans l'écorce de grenadier ; il livrait sa découverte aux médecins expérimentateurs, et de nombreux succès ne tardaient pas à se montrer entre les mains de nos maîtres, Laboulbène, Dujardin-Beaumetz, Bérenger-Féraud.

Dans la même année, au mois de juillet, M. Dujardin-Beaumetz communiquait à la Société de thérapeutique un cas de tænia expulsé après administration de *sulfate de pelletiérine*, puis quelques autres succès dus à MM. Mollé (de Troyes), Garnier (du Mans), et enfin quelques insuccès de MM. C. Paul et Laboulbène, mais où une dose trop faible ayant été employée, il était difficile de conclure à un échec sérieux. Cas également heureux de M. Le Vaillant. (*Gazette hebdomadaire.*)

En 1878, l'Académie des sciences (séance du 26 août) recevait de M. Tanret une note sur le nouvel alcaloïde.

En 1879, M. Dujardin-Beaumetz, craignant la volatilité de la pelletiérine, faisait fabriquer un *tannate de pelletiérine* beaucoup plus fixe et qui donnait d'excellents résultats.

En juillet 1879, M. Limousin demandait à M. Dujardin-Beaumetz lequel des quatre alcaloïdes du grenadier était actif, ou s'ils étaient actifs tous les quatre.

M. Dujardin-Beaumetz répondait en continuant ses travaux, il injectait même de la pelletiérine sous la peau et faisait ainsi rendre 4m,50 de tænia ; il n'est pas dit si l'on trouvait la tête.

En novembre, il faisait à la Société de thérapeutique une longue communication, disant que la pelletiérine devait être étudiée à trois points de vue : chimique, physiologique et thérapeutique ; il enregistrait 122 succès sur 122 essais, puis venait la distinction en pelletiérine α, β, γ, δ, etc.

Dans cette même année, M. Bérenger-Féraud envoyait au *Bulletin de thérapeutique* un travail sur l'effet physiologique et thérapeutique de l'alcaloïde Tanret et notait 5 succès certains sur 12 essais ; de plus, 3 cas où la tête n'avait pu être retrouvée, étaient considérés comme presque probants, dit l'auteur : « car le ver est sorti fragmenté, surtout dans ses portions rétrécies et effilées, les anneaux se désagrégeaient assez facilement au moindre effort, étant comme à demi-digérés déjà, pour qu'on pût parfaitement croire que des recherches suffisamment minutieuses dans les fèces eussent montré cette extrémité céphalique, ou bien que même alors que cette extrémité n'eût pas été retrouvée, on eût pu admettre la probabilité de la guérison ».

Nouveau travail de M. Bérenger-Féraud : sur 14 cas, le *tannate de pelletiérine* a donné « 12 succès incontestables, peut-être 13 et même 14 ».

Le sulfate n'avait donné que 7 expulsions sur 20 essais.

Donc préférer le tannate.

A la même époque, M. Mehu engage le monde médical à conserver le nom de pelletiérine à l'alcaloïde du grenadier, malgré le professeur de Kiel, Falck, qui veut employer le nom de *punicine*.

M. Bérenger-Féraud continue ses recherches sur les pelletiérines α, β, γ, δ, et en 1880, M. Tanret fait connaître la composition de la méthylpelletiérine, de la pseudo-pelletiérine, de l'isopelletiérine et de la pelletiérine.

Étude physiologique des alcaloïdes du grenadier, par M. Dujardin-Beaumetz. Conclusions :

1° Action physiologique énergique des solutions de pelletiérine et d'isopelletiérine :

2° Ces alcalis paralysent les nerfs moteurs, en conservant intacte la contractilité musculaire ; ce sont des poisons curarisants ;

3° Les sulfates de pelletiérine et d'isopelletiérine jouissent de propriétés tænicides bien actives à la dose de 30 centigrammes, dans une solution renfermant 50 centigrammes de tannin ; ils amènent dans la majorité des cas (37 sur 39, Dujardin-Beaumetz ; 19 sur 19, Laboulbène) l'issue du tænia avec sa tête. (*Bulletin thérapeutique*, 30 mai 1880.)

Enfin, dans un très intéressant travail intitulé : *Le tænia à l'hôpital Saint-Mandrier*, le médecin en chef de la marine donne une statistique de 722 cas de tænias traités à Saint-Mandrier par les différents tænicides connus : calomel, ail, courge, cousso, eucalyptus, punicine, etc. L'auteur a fait 146 *tentatives*, mais avoue avoir eu un résultat moins favorable que ceux de MM. Laboulbène et Dujardin-Beaumetz, différence qu'il attribue d'ailleurs à ce que, « voulant se rendre compte de l'influence de certaines conditions sur les résultats, il a contrarié parfois l'action thérapeutique du médicament ».

Jusqu'à présent, on le voit, nous ne trouvons qu'éloges et succès ; c'est donc bien à regret que je viens ici jeter une note discordante dans cet harmonieux concert.

Je n'ai pourtant à citer que 2 cas et j'ai hésité à les publier : 2 cas prouvent peu, en effet, si l'on compare aux 146 cas de Bérenger-Féraud, aux 19 succès de Laboulbène, etc. Cependant, en y réfléchissant, j'ai pensé que peut-être ces 2 cas publiés en appelleraient d'autres. Combien de « 2 cas » épars en France, qui, réunis, donneraient

(1) Cet appareil est sommairement décrit dans la lettre de M. Krishaber.

des chiffres peut-être plus élevés que ceux de nos maîtres et qu'on n'ose indiquer, vu leur modestie numérique.

La pelletiérine présentant des garanties exceptionnelles pour une « spécialité », il est donc du devoir de chacun de s'efforcer d'en déterminer la valeur thérapeutique.

La statistique serait beaucoup moins maltraitée et pourrait laisser l'épithète de « prostituée » qu'on lui a adressée, si tous les insuccès étaient connus.

M. Ollier, au congrès de Reims, a fait aux statistiques le reproche de correspondre aux cas heureux, les autres étant tenus sous silence.

En quelques mots, voici mes deux observations:

Obs. I.—M. D..., officier, trente-quatre ans. Constitution robuste, tempérament sanguin, s'est aperçu de son tænia il y a trois mois. Vierge de tout traitement, il rend des anneaux fréquemment, presque tous les jours.

La veille : diète, purgatif : huile de ricin. Le soir : laitage au repas. Ingestion le lendemain matin du tannate de pelletiérine Tanret; une demi-heure après, 40 grammes d'eau-de-vie allemande. Vertige. Selles nombreuses. Issue d'environ 2 mètres de tænia. Pas de tête. On avait négligé d'aller à la selle sur un baquet plein d'eau, mais le diagnostic insuccès est rendu certain, puisque peu après le malade rend de nouveau des anneaux, et fait une nouvelle tentative avec un mélange de cousso, écorce de grenadier. Insuccès nouveau.

Obs. II.—Mme B..., vingt-quatre ans, ménagère. Grosse de cinq mois, s'est aperçue de son tænia depuis un mois ; sent, dit-elle, la reptation du ver dans l'œsophage. Son mari a rendu, il y a six mois, un tænia après administration par le pharmacien de 12 pilules, de composition inconnue ; n'a plus eu d'anneau depuis.

Diète la veille. 30 grammes huile de ricin. Lait le soir. Le matin, prise de la pelletiérine en deux fois, à dix minutes d'intervalle ; puis l'heure après, injection du purgatif recommandé par le médecin de Saint-Mandrier (séné 10 grammes dans du café édulcoré avec sirop d'écorce d'oranges amères). C'est la seule modification apportée au traitement conseillé par M. Tanret.

Vertiges. Cinq selles. La malade se place sur un baquet rempli d'eau tiède ; le médicament avait été pris à sept heures du matin, je vois la malade neuf heures après et ne trouve que 2 anneaux et un très long ascaride. Malgré les selles obtenues, je fais prendre un lavement purgatif, mais pas de résultat.

Donc 2 cas, 2 insuccès, c'est peut-être une série malheureuse, et je ne prétends, encore une fois, rien conclure, mais appeler d'autres cas.

Ajoutez que le prix élevé du médicament (10 francs) rend, dans les classes peu aisées, l'insuccès plus cuisant.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Le daltonisme.

Vous avez bien voulu publier (*Gazette hebdomadaire*) le mémoire sur le daltonisme que j'ai eu récemment l'honneur de lire devant l'Académie de médecine. Permettez-moi aujourd'hui de signaler à vos lecteurs les résultats pratiques obtenus de l'autre côté de l'Atlantique, grâce au zèle et à la ténacité d'un de nos confrères de Boston.

Le docteur Joy Jeffries, avec qui je suis en correspondance depuis le 26 mars 1877, a conduit, dans son pays, très rondement et très heureusement, la campagne contre le daltonisme. Par un livre devenu classique, et par de nombreuses publications dans les journaux, cet oculiste distingué est arrivé, en peu de temps, à exercer la plus heureuse influence sur le corps médical des Etats-Unis, sur le gouvernement central et sur celui de plusieurs Etats.

Le *Hérald* du 25 juillet 1880 fait connaître les mesures prises jusqu'à ce jour contre la fausse appréciation des couleurs. Il met en évidence les avantages considérables résultant de l'initiative des comités de santé des Etats, et de celle des corps de santé de l'armée de terre et de la marine.

En date du 13 août 1879, l'adjudant général Townsend, par ordre de Sherman, général en chef, et du ministre de la guerre, prescrit de visiter les yeux des recrues, de noter l'acuité, les vices de réfraction..., ainsi que la fausse appréciation des couleurs, d'exclure les daltoniens du service des signaux.

Les cadets de West-Point ont été visités pour les couleurs, à leur sortie de l'Ecole.

Une circulaire du ministère des finances, en date du 17 février 1880, oblige les pilotes à se munir, dans les hôpitaux maritimes, d'un certificat attestant que ces marins distinguent bien les couleurs.

La Compagnie Boston et Hingham a la première, aux Etats-Unis, réclamé un examen complet du pouvoir visuel et de la perception des couleurs, de ses officiers et de ses matelots. Notre Compagnie générale transatlantique a dû instituer cette visite dès le mois d'octobre 1876.

Le chirurgien général de la marine, Hamilton, insiste beaucoup sur la nécessité de cette visite ; il pense qu'elle doit être tout à fait obligatoire.

Les jeunes gens qui sont entrés l'année dernière dans la marine des Etats-Unis ont subi la visite des couleurs, à laquelle ont été soumis les cadets de l'Académie navale d'Annapolis.

Une circulaire du ministère de la marine, datée de Washington, 30 mars 1880, et signée par le chirurgien général, Philippe S. Wales, prescrit la visite de tous les marins et indique les moyens de faire cet examen du sens chromatique.

Avant peu de temps, sans doute, le Congrès, faisant droit à une pétition qui lui a été présentée le 20 janvier 1880, par l'honorable B. W. Harris, adoptera les propositions qui lui ont été faites par les Conseils des universités et par les chirurgiens oculistes. Pour ce qui concerne la marine, il y aura lieu de nommer une commission internationale.

Quelques Compagnies de chemins de fer ont fait établir le contrôle du sens chromatique de leur personnel ; mais cette visite ne peut être obligatoire qu'en vertu d'une loi.

Le Connecticut a pris l'initiative parmi les Etats. A la suite d'un rapport présenté au comité des chemins de fer, un bill a été voté à la Chambre législative. Les droits des différentes parties intéressées y sont examinés avec soin, et les devoirs exacts des examinateurs et des agents supérieurs y sont définis. Ce sont les propositions du comité de santé de l'Etat qui ont été adoptées en entier. Le comité se réserve naturellement d'introduire, si besoin est, des changements dans les règles et instructions qu'il a formulées.

Ces instructions sont très détaillées et très précises ; les Compagnies de chemins de fer du Connecticut ont jusqu'au 1er octobre de cette année pour se conformer à la loi ; après cette date elle sont passibles d'une amende considérable, si les examinateurs, désignés par le gouvernement, viennent à constater des contraventions. Nous remarquons avec le plus grand plaisir que cette loi prescrit aussi les visites périodiques, par les motifs que nous avons depuis longtemps exposés.

La Société des ophthalmologistes américains a, dans sa séance annuelle de juillet 1880, tenue à Newport, approuvé par un vote les prescriptions du comité de santé du Connecticut.

Telle a été l'heureuse et décisive influence, dans cette importante question de préservation sociale, des conseils de santé des Etats, de l'armée et de la marine aux Etats-Unis.

N'oublions pas la part qui revient à Joy Jeffries dans cette réforme : il a fait beaucoup pour son pays ; nous attendons de lui d'avantage encore.

A. Favre.

Lyon, le 20 septembre 1880.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Pneumothérapie.

Je lis avec l'intérêt le plus vif le remarquable article de M. Zuber sur la pneumothérapie. Mais je me vois forcé, bien à regret, de vous adresser à ce sujet une petite réclamation.

Depuis qu'en 1858 j'ai publié, à deux éditions, ma thèse sur la *thérapeutique par le mouvement fonctionnel*, thèse où j'ai consacré un long chapitre à la gymnastique respiratoire, M. le docteur Neumann (de Berlin), que j'avais longuement entretenu des procédés de cette méthode, a bien voulu me dédier son important ouvrage *Die Athmungskunst*, etc. (Berlin, 1862), et m'attribuer l'honneur de cette *restauration*. Vingt fois peut-être, en divers écrits et dans la *Gazette* elle-même, dans le *Bulletin de thérapeutique*, devant la Société de médecine publique et d'autres Sociétés, j'ai décrit ces procédés et énoncé les résultats que j'avais obtenus. Enfin, dans le *Manuel de gymnastique pour les écoles primaires*, élaboré par la commission officielle et publié, cette même année, par le ministère de l'instruction publique, j'ai pu, grâce à l'appui de mon savant collègue, M. Hillairet, introduire les exercices méthodiques de la gymnastique respiratoire. En 1868, M. Hillairet avait déjà, au surplus, fait connaître à la commission nos travaux sur la respiration méthodique.

Comme j'ai en préparation un mémoire spécial sur cette question, j'ai cru légitime de réclamer une mention, alors que l'on s'occupe de pneumothérapie.

Agréez, etc.

E. Dally.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international d'hygiène de Turin.

Le Congrès qui vient de se terminer à Turin est le troisième Congrès international d'hygiène et de médecine publique. Le premier s'était tenu à Bruxelles, en 1876. On n'a pas oublié la part que la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris a prise à l'organisation du deuxième Congrès qui se réunissait au palais du Trocadéro, en 1878, à l'occasion de l'Exposition universelle. C'était M. le général Renard, ministre de la guerre du royaume de Belgique, qui avait transmis à M. le professeur Gubler, président du Congrès de Paris, les pouvoirs qui lui permettent de rattacher à l'Exposition et au Congrès d'hygiène et de sauvetage de 1876, l'œuvre entreprise par le comité parisien. En 1880, c'est l'un des vice-présidents du Congrès de Paris, M. Fauvel, qui transmettait, le 7 décembre, à la Commission du Congrès de Turin, les pouvoirs qu'il avait reçus. Ainsi rattachées les unes aux autres, ces assemblées exerceront une influence des plus salutaires sur les progrès de l'hygiène et de la médecine publiques. Les questions qui y sont traitées ont pu être longuement préparées; les savants qui s'y rencontrent se sont déjà vus; ils ont, à plusieurs reprises, eu l'occasion d'échanger leurs idées sur les sujets qui les intéressent. Il leur est, dès lors, permis d'espérer que, dans les réunions semblables qui vont se tenir dans les diverses capitales de l'Europe, on arrivera à éviter les pertes de temps si préjudiciables aux travaux d'un Congrès, et à mieux organiser les sections, de façon à rendre leurs travaux plus utiles.

Tous nos correspondants nous ont signalé, avec la plus enthousiaste gratitude, l'accueil tout particulièrement bienveillant qui leur a été fait en Italie, les fêtes qui leur ont été offertes, les vœux qui ont été émis. Nous aurions aimé à reproduire ici les descriptions qu'ils nous font de la ville de Turin et de la physionomie générale du Congrès. L'espace nous fait malheureusement défaut, et nous devons nous contenter de résumer très succinctement ce qui nous est dit de la séance d'inauguration. Elle a été tenue dans le palais Carignan, sous la présidence d'honneur du ministre de grâce et justice représentant S. M. le roi d'Italie. Le syndic de Turin, le sénateur comte Ferraris, président du bureau provisoire, a souhaité la bienvenue aux délégués étrangers; puis, M. Fauvel, président du comité français, a transmis au comité italien les pouvoirs qu'il avait reçus lui-même en sa qualité de représentant du deuxième Congrès international. Après M. Fauvel on a entendu MM. Crocq (de Bruxelles), Felix (de Bucharest), Bombas (d'Athènes), Klas Linroth (de Suède), Finkelburg (d'Allemagne), et Jæger (de Hollande). Pour clore dignement la série des discours, M. Pacchiotti a fait l'historique des travaux du comité italien, exposé les difficultés qu'il avait eues à vaincre, et exprimé l'espérance que le Congrès de Turin ne resterait pas au-dessous de la renommée de ses ancêtres de Bruxelles et de Paris. La première partie de la séance étant ainsi terminée, on procède à la constitution du bureau définitif. Sont nommés : présidents d'honneur : MM. Ferraris, Fauvel et Crocq; président : M. le professeur Pacchiotti; vice-présidents : MM. Emile Trélat et Liouville (France), Froben (Russie), Finkelburg (Allemagne), Felix (Roumanie), Hinkes Bird (Angleterre), Van Overbeck de Meyer (Pays-Bas); secrétaires généraux : MM. A. J. Martin (1) et Ramello.

Dans l'après-midi de cette même séance (6 septembre), l'assemblée s'est constituée en dix sections, dont les présidents furent tous choisis parmi les Italiens, tandis que les vice-présidents et secrétaires appartenaient aux diverses nations représentées au Congrès. Les séances des sections ont eu lieu le matin, dans les diverses salles de l'Université de Turin; les séances générales ont été tenues le soir, au palais Carignan. Nous allons résumer aussi fidèlement qu'il nous sera possible les principales discussions qui ont eu lieu dans les séances générales, puis dans les séances des sections, et énoncer les vœux adoptés par le Congrès comme conclusion de ses travaux.

Dans la première séance générale (2), M. Fauvel a pris le premier la parole, pour lire un mémoire sur la *Prophylaxie internationale, au point de vue des maladies pestilentielles*. L'inspecteur général des services sanitaires a défendu dans ce travail les idées qu'il avait exposées autrefois au Congrès de Vienne, et qui ont été souvent discutées, aussi bien à Constantinople et à Vienne qu'à Bruxelles, à Paris, à Stuttgard. M. Fauvel demande que l'on donne plus d'extension à la Commission internationale d'Alexandrie, et que l'on installe un service sanitaire analogue sur les bords de la mer Caspienne. Après avoir entendu M. Finkelburg, qui adopte en grande partie les idées émises par M. Fauvel, et insiste sur la nécessité d'isoler les foyers épidémiques, le Congrès vote une motion émettant le vœu qu'un service sanitaire international et permanent soit créé.

DEUXIÈME SÉANCE GÉNÉRALE.

Sous ce titre : *De l'organisation de l'administration sanitaire dans les Etats*, le professeur Charles Zucchi, médecin en chef de l'Hôpital majeur de Milan, a proposé la création d'un *ministère de la médecine publique*. Après une discussion très animée, dans laquelle on a fait ressortir combien il serait imprudent de confier la direction de l'hygiène publique à une institution aussi instable qu'un ministère, soumis dans

(1) M. *A. J. Martin*, qui devait nous adresser un compte rendu spécial de ce Congrès, à l'organisation duquel il avait pris part, a dû, en raison des douloureuses préoccupations que lui causait la santé d'un des siens, quitter Turin dès le lendemain de son arrivée dans cette ville.

(2) La plus grande partie de ce compte rendu est le résumé d'une lettre qui nous a été écrite de Turin par M. le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Nous y avons ajouté les renseignements qui nous ont été fournis par plusieurs autres de nos correspondants.

la plupart des gouvernements à toutes les fluctuations d'une politique plus ou moins agitée ; après avoir fait ressortir la nécessité d'une direction indépendante, composée d'hommes compétents, c'est-à-dire de médecins et d'hygiénistes, on a formulé à l'unanimité le vœu : *Que dans tous les Etats l'administration des institutions sanitaires soit confiée à une direction générale de la santé publique, médicale,* AUTONOME, *ayant son budget spécial.*

« Les Etats-Unis d'Amérique, nous écrit M. E. Vidal, ont créé, il y a quelques semaines, un ministère de la santé publique. Cette création nouvelle, dans ce pays où le culte de l'hygiène est poussé si loin, a paru plus nécessaire qu'un ministère des postes et télégraphes. Quand la passion politique s'apaisera, quand le progrès dans l'art de gouverner fera comprendre la nécessité de la stabilité de certains ministres, tels que ceux de l'instruction publique, des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, et les désintéressera de la politique, ce jour-là on pourra demander un ministère de la santé publique. En attendant, nous nous estimerions très heureux en France, si nous pouvions obtenir une direction générale indépendante, une institution analogue à celle du *Board of heatlh* de la Grande-Bretagne, ayant comme celui-ci son budget spécial et le droit de le défendre devant les Chambres. »

TROISIÈME SÉANCE GÉNÉRALE.

Le projet de loi de M. le docteur Liouville a été lu en séance plénière par notre distingué collègue. La nécessité de la *vaccination et de la revaccination obligatoires* a été généralement admise. Elle a été soutenue par tous les hygiénistes appartenant aux contrées déjà nombreuses dans lesquelles est adoptée l'indispensable mesure de l'obligation de la vaccine. Les objections ont porté plutôt sur les détails que sur le principe. A ceux qui soutenaient l'impossibilité de faire fonctionner cette loi, en prenant pour arguments l'insuffisance du nombre des médecins et l'organisation du service de la vaccine, si défectueuse en dehors des grandes villes, on a démontré que les instituts de vaccine n'ont été suffisamment multipliés que dans les pays soumis à l'obligation, et seulement depuis que cette mesure prophylactique a été décrétée. Nous devons citer, parmi les nombreuses et intéressantes communications faites à ce sujet par nos confrères étrangers, les observations de M. le docteur Finkelburg, qui nous apprend qu'en Allemagne, la loi qui a décrété l'obligation de la vaccine a été très bien acceptée par la population, et que, depuis sa promulgation, on ne compte plus de décès par variole ; et celles de M. le docteur Forben, annonçant que la Russie se prépare à voter l'obligation de la vaccine. Les déclarations de ces honorables confrères ont été appuyées par M. le docteur Lubeski (de Varsovie), qui annonce que grâce à l'intervention de l'archiduc Constantin et du prince Lubomirski, la vaccine s'est propagée en Pologne, et par M. le docteur Klas Linroth, qui déclare que depuis un demi-siècle la vaccination et les revaccinations sont obligatoires en Suède.

Sans s'arrêter aux détails que comporte la question des revaccinations, laissant à chaque gouvernement le soin d'en fixer l'intervalle et d'en poursuivre le plus possible la généralisation, le Congrès a, sur la proposition de M. E. Vidal, émis le vœu : *Que dans tous les pays la loi impose l'obligation de la vaccination et des revaccinations.*

« Puisse l'exemple de la plupart des Etats européens, ajoute M. Vidal, amener la France à accepter cette obligation dont nos collègues étrangers nous vantaient les bienfaits ! Puisse le vote presque unanime du Congrès international de Turin décider nos législateurs à adopter la proposition Liouville ! »

La troisième séance a été terminée par les lectures suivantes. M. Bonnafont a communiqué un travail intitulé : « Réflexions sur la nécessité de réunir un Congrès international, dans le but d'assainir les contrées insalubres, d'augmenter la production du sol et d'améliorer les conditions hygiéniques des peuples ». M. le prince Troubetzkoï a exposé l'influence exercée sur l'hygiène par les plantations d'Eucalyptus. Enfin, M. le docteur Spatuzzi (de Naples) a demandé l'organisation de bureaux médico-hygiéniques municipaux et provinciaux.

QUATRIÈME SÉANCE GÉNÉRALE.

M. le professeur Layet (de Bordeaux) a lu devant les membres du Congrès un important travail dans lequel il expose ce que doit être l'enseignement de l'hygiène. L'assemblée vote l'impression de ce travail, en émettant le vœu que, dans toutes les Facultés, on perfectionne, par la création de laboratoires spéciaux, l'enseignement de l'hygiène.

On décide ensuite que le quatrième Congrès international d'hygiène se tiendra en 1882, à Genève.

Nous rendrons compte dans notre prochain numéro des séances des sections.

Les Congrès de Milan.

CONGRÈS D'OTOLOGIE

Les lettres si pleines d'intérêt que nous adressait récemment notre distingué collaborateur, M. le docteur Krishaber, ont fait connaître à nos lecteurs les principales communications présentées au Congrès laryngoscopique de Milan. Mais, en même temps que se tenait dans cette ville cette réunion de savants spécialistes, dans plusieurs autres assemblées se discutaient des sujets non moins dignes de solliciter l'attention des médecins. Nous n'en pouvons dire ici que quelques mots.

Le *Congrès de bienfaisance*, présidé par le sénateur comte Casati, avait réuni plus de deux cents adhérents.

La cinquième section avait dans ses attributions les questions si complexes qui se rattachent aux tours, aux enfants trouvés, aux institutions sanitaires, etc. Le Congrès a combattu une opinion souvent défendue par nos confrères français, qui considèrent l'abolition des tours comme une mauvaise mesure. Il a, au contraire, émis un vœu réclamant la suppression des tours là où ils existent. Les médecins et les philanthropes, réunis à Milan, ont été d'avis qu'une meilleure organisation des secours à domicile pouvait justifier cette mesure. Le Congrès a demandé, de plus, que la déclaration de la maternité soit obligatoire au bureau de l'état civil. Cette résolution est aussi contraire à ce que soutiennent, en France, les médecins les plus autorisés. Ajoutons, bien que ce sujet regarde surtout les législateurs, que l'on a été également d'avis, à Milan, que la recherche de la paternité pourrait être ordonnée dans certains cas déterminés. Sur quelques questions encore nous aurions à faire nos réserves. Ainsi, après une discussion à laquelle ont pris part MM. Capsoni, Bianchini, Bozzo, Griffini, etc., qui soutenaient, les uns le maintien, d'autres la suppression des hospices d'enfants trouvés, on s'est mis d'accord pour émettre le vœu que de meilleures dispositions légales permettent une nouvelle organisation des secours à donner à l'enfance abandonnée, et que l'on substitue graduellement les secours à domicile aux moyens employés pour assister les mères indigentes. Bien que très partisan, comme M. de Malarce et M. de Lanessan, de la nécessité de réorganiser l'assistance publique en insistant sur l'assistance à domicile, nous pensons qu'il serait dangereux de songer de sitôt à la suppression des hospices d'enfants trouvés ou des maternités.

Le *Congrès d'otologie* a prouvé que, dans cette partie trop souvent négligée des sciences médicales, bien des progrès avaient été accomplis depuis quelques années. On remarquait à Milan la présence de MM. Sapolini et de Rossi (pour l'Italie) ; Politzer (pour l'Autriche) ; Voltolini, Moos, Hartmann (pour l'Allemagne) ; Ariza, Mane, Ramon de la Sota (pour l'Espagne) ; Delstanche (pour la Belgique) ; Pooley (pour les Etats-Unis d'Amérique) ; Lowemberg, Ménière, Edouard Fournié (pour la France) ; etc., etc.

Après une allocution de M. le professeur Sapolini, de Milan, on a voté, par acclamation, le maintien du bureau provisoire, composé de MM. Sapolini, président ; Voltolini, président hono-

raire; Politzer, Moos, Lœwenberg, de Rossi, Restelli, vice-présidents; Longhi, Morpurgo, Delstanche, Hartmann, secrétaires.

M. *Voltotini* (de Breslau) fait une communication sur l'*examen anatomo-pathologique de l'oreille et, en particulier, du labyrinthe.* Il décrit, avec de minutieux détails, le procédé dont il se sert pour obtenir des préparations convenables en ouvrant rapidement la cavité labyrinthique. Il montre plusieurs pièces pathologiques des plus curieuses. Cette communication a soulevé une discussion à laquelle ont pris part MM. Politzer et Moos.

— M. *Politzer* a lu un mémoire sur les *résultats de l'examen anatomo-pathologique du labyrinthe.* Il admet l'existence de la *labyrinthite aiguë* indépendante de la méningite, et cite à l'appui de cette théorie plusieurs observations intéressantes. Il montre ensuite à l'assemblée des préparations vraiment admirables, représentant les diverses parties osseuses de l'oreille interne, et des coupes microscopiques permettant d'apprécier les diverses lésions du labyrinthe.

— M. *Lœwenberg* étudie l'influence des microbes sur le développement des furoncles et, en particulier, des furoncles de l'oreille. Il a toujours constaté l'existence de ces microbes dans les écoulements de l'oreille qui suivent la suppuration du furoncle, et pense qu'ils sont la cause de la genèse et de la transmissibilité de la maladie. Telle est, on s'en souvient, la théorie de M. Pasteur. Elle a été défendue, à Milan, par M. Moos (de Heidelberg), et combattue par M. Ariza (de Milan). La plupart des membres du Congrès ont reconnu, d'ailleurs, avec M. Lowenberg, l'utilité des antiseptiques et, en particulier, de l'acide borique ou de l'acide phénique, dans le traitement des furoncles du conduit auditif. M. Novaro (de Turin) a préconisé l'emploi d'une solution de chlorure de zinc comme caustique, associée aux lavages à l'acide borique, et M. Morpugno (de Trieste), ainsi que M. Rastelli (de Milan), l'acide borique en poudre ou les solutions phéniquées. M. Lœwenberg a fait remarquer, à propos de récidives, que la plupart des solutions aqueuses employées dans le traitement des maladies de l'oreille, renferment des parasites et entretiennent ainsi la maladie. Il faut donc se servir de solutions alcooliques.

— M. le professeur *Moos* (d'Heidelberg) montre une préparation parfaitement réussie d'*atrophie nerveuse du premier tour du limaçon.* Il expose ensuite les résultats statistiques recueillis chez les chauffeurs et mécaniciens des chemins de fer. D'après les observations qu'il a recueillies, les mécaniciens et les chauffeurs sont plus sujets que d'autres à certaine affection de l'oreille, et en telle proportion que la sécurité des voyageurs se trouverait compromise. Le Congrès, adoptant les conclusions de M. Moos, vote une adresse à tous les gouvernements, les sollicitant de provoquer une enquête sérieuse sur ces questions et réclamant la visite périodique des employés par un médecin spécial.

Une autre communication de M. Moos avait pour titre : *Cas rare de blessure du côté gauche du crâne par un instrument aigu; irritation passagère des nerfs moteur oculaire et pneumogastrique gauches; paralysie permanente des nerfs facial et acoustique gauches.*

— M. *Ménière* communique deux mémoires, l'un *sur le traitement de l'otorrhée chronique*, l'autre *sur la maladie de Ménière.* Le premier de ces travaux donne lieu à une discussion qui aboutit à cette conclusion que, de tous les traitements, le plus efficace est l'insufflation de la poudre d'acide borique dans l'oreille externe.

— M. le professeur *Politzer* (de Vienne) lit un travail sur la *paracousie.* Pour étudier en quoi consiste cette infirmité qui permet d'entendre beaucoup mieux dans les voitures, en chemin de fer, etc., c'est-à-dire dans un milieu sonore qui impressionne vivement l'ouïe, il a fait construire un fort diapason et s'est assuré qu'en le plaçant sur la tête des malades, ceux-ci entendent beaucoup mieux, sans doute parce que les vibrations du diapason arrivent, dans ce cas, à vaincre la rigidité de la chaîne des osselets, toujours très considérable lorsqu'il existe de la paracousie.

— M. *Gottstein* (de Breslau) communique un cas de nécrose étendue du temporal.

— M. *Grazzi* (de Florence) montre un nouveau tympanotome, et M. Hartmann (de Berlin), un appareil destiné aux lavages de l'oreille moyenne.

— M. *Hartmann* présente un questionnaire destiné à faire connaître les antécédents des sourds-muets. M. *Fournié* demande qu'on introduise dans ce questionnaire l'examen des organes génitaux, à cause de la relation qui existe entre l'organe génital et l'organe vocal.

Plusieurs communications intéressantes ont trait à la *surdi-mutité.* Nous ne ferons que les signaler. M. *Lœwenberg* a recherché : *Pourquoi certains sourds tiennent la bouche entr'ouverte.* M. *Hartmann* communique un travail statistique très intéressant sur la *surdi-mutité.* M. *Fournié* parle de l'*instruction physiologique du sourd-muet;* M. *Boucheron* fait une communication sur la *surdi-mutité par hypertonie auriculaire, et sa curabilité.* Il cite à ce propos l'observation d'une enfant de quatre ans et demi, devenue sourde-muette par suite de la propagation à la caisse du tympan d'une inflammation gutturale et nasale, de l'obstruction consécutive des trompes d'Eustache et, par conséquent, de la raréfaction de l'air de la caisse, ce qui déterminait un enfoncement du tympan et la compression du labyrinthe, et par suite du nerf acoustique. Le cathétérisme de la trompe d'Eustache fit peu à peu reparaître l'ouïe.

Plusieurs autres travaux présentés au Congrès d'otologie ont donné lieu à d'intéressantes discussions. Nous mentionnerons une communication de M. *Fournié* sur la *propagation des ondes sonores vers les nerfs de l'ouïe* (les conclusions de M. Fournié ont été combattues par M. Sapolini); un travail de M. *Lennox-Brown* (de Londres) sur l'utilité de l'*audiphone* (les résultats constatés par MM. *Knapp* et *Joly* (de Lyon) ont été très peu favorables); un mémoire de M. *Ravogli* (de Rome) touchant l'*influence de la syphilis sur les maladies de l'oreille* (travail très complet et très intéressant); une note sur un cas de *myringite aiguë avec desquamation,* par M. *Gottstein;* une communication de M. *Benni* (de Varsovie) sur *quatre cas d'hémorrhagie auriculaire ambilatérale.* Outre les pièces pathologiques si nombreuses et si bien exécutées qu'a présentées M. Politzer, l'assemblée a eu à apprécier la valeur d'un grand nombre d'instruments spéciaux. Après ceux que nous avons déjà cités, nous signalerons une curette spéciale et un adénotome présentés par M. Delstanche (de Bruxelles); un tympanotome imaginé par le docteur Bartolozzi (de Pescia, en Toscane); un galvano-cautère, pour la cautérisation des polypes nasaux, imaginé par M. *Lœwenberg;* un pulvérisateur pour la région pharyngo-nasale et un spéculum du nez, dus à M. *Czarda* (de Prague).

On voit, par cet exposé, que les quatre séances du Congrès d'otologie ont été bien remplies. Le prochain Congrès se tiendra en 1884 à Bâle.

CONGRÈS D'OPHTHALMOLOGIE.

Ce Congrès, qui s'est tenu à Milan, du 1er au 4 septembre, a été présidé avec la plus grande distinction par M. le professeur Quaglino. Le bureau était composé de la manière suivante : M. Quaglino, président; MM. Gayet (de Lyon), Cervera (de Madrid), Jacobson (de Kœnigsberg), Anagnostakis (d'Athènes), Brettauer (de Trieste), Schiess-Gemuseus (de Bâle), Derby (de Boston), Costomyris (de Constantinople), Vladescu (de Bukarest), Talko (de Varsovie), Libbrecht (de Gand), vice-présidents; MM. Angelucci et Dantone (de Rome), Landolt et Poncet (de Paris), secrétaires.

Nous résumerons très succinctement les principales communications faites à ce Congrès :

I. Présentation d'instruments. — M. *Javat* a montré un ophthalmomètre permettant de mesurer en deux ou trois minutes les deux méridiens de l'œil.

M. *Anagnostakis* présente un petit crochet à deux courbures, destiné à extraire le cristallin après la discision de la capsule dans l'opération de la cataracte afin d'éviter la sortie du cristallin.

— M. *Loring* (de New-York) fait connaître un *instrument destiné à mesurer les courbures de la cornée* directement par comparaison des deux images. C'est un disque sur lequel sont placées de petites surfaces hémisphériques en verre, taillées d'après les rayons de courbure 6, 7, 7 1/2, 7 3/4 et 8. Partant de ce principe que les images sont proportionnelles au rayon de courbure, on place le disque à côté de l'œil à examiner, et devant un éclairage convenable; on cherche sur le disque la petite sphère qui fournit l'image de même dimension que celle fournie par la cornée, et le rayon de courbure de la cornée est alors connu. Le degré d'approximation est jugé par ce fait, que M. Loring a obtenu assez facilement des sphères taillées avec une différence de rayon de 1/10 de millimètre.

M. *Loring* présente en outre un *ophthalmoscope* dont le système de lentilles combinées donne les demi-dioptries.

— M. *Pfluger* (de Berne) montre un instrument destiné à mesurer la *sensibilité quantitative de l'œil à la lumière homogène.*

M. *Mazza Andrea* (de Gênes) expose le mécanisme des petites canules qu'il emploie pour les voies lacrymales. — M. *Landott* montre un écarteur à base transversale extérieure.

II. Présentation d'atlas de pièces pathologiques ou de préparations histologiques. — M. *Stilling* (de Strasbourg) présente un ensemble de préparations anatomiques ayant trait à la *structure du chiasma* et au *trajet des fibres du nerf optique.* Pour le chiasma, l'auteur admet une commissure antérieure et une commissure postérieure, des fibres latérales indépendantes, enfin une portion centrale d'entrecroisement. Suivant lui, tout ce qui a été écrit sur l'hémianopsie devrait être repris d'après ces nouvelles données anatomiques. Pour le nerf optique, il a pu suivre des fibres se prolongeant jusqu'au pont de Varole.

— M. *Morano* (de Naples) expose, en montrant une série de préparation, la structure et les lésions de la conjonctive.

— M. *Talko* présente des poils enlevés de la conjonctive et ayant déterminé une kératite intense. Ils reposaient sur des granulations.

— M. *Stilling* (de Strasbourg) montre l'atlas qu'il a fait imprimer pour le diagnostic du daltonisme.

M. *Carreras Arago* (de Barcelone) présente : 1° un ouvrage contenant tout ce qui a rapport à l'*examen de la vision*, acuité et couleurs ; 2° un cas de *persistance de l'artère hyaloïde ;* 3° une pièce pathologique trouvée dans un cimetière, c'est une *exostose éburnée* du volume du poing ayant occupé la partie supérieure de l'orbite droite et le crâne.

— M. *Gariel* (de Paris) décrit les modèles qu'il a fait construire pour la *démonstration de la marche des rayons lumineux dans l'œil.* Ce sont les appareils qui figurent à la clinique ophthalmologique du professeur Panas.

— M. *Cervera* (de Madrid) montre les dessins d'un cas de muguet de la conjonctive palpébrale et oculaire observé chez une jeune fille de seize ans. Le microscope fait reconnaître la présence de l'oïdium albicans.

— M. *Rampoldi Roberto* (de Pavie) présente : 1° des dessins de préparations anatomiques faites sur un *glio-sarcome* et montrant très nettement les longues cellules du sarcome avec leurs prolongements ; 2° des cellules isolées de la couche intergranulaire. Ces cellules, de nature connective, ressemblent beaucoup aux cellules nerveuses. Elles ont été obtenues en dissociant les rétines dans une très légère solution de bichromate.

M. *Poncet* fait observer à ce propos que les dissociations des fibres rétiniennes peuvent se faire pathologiquement dans la rétinite albuminurique.

III. Chirurgie opératoire. — M. *Landolt* expose le résultat de sa pratique dans le *traitement des voies lacrymales.*

— M. *Meyer* fait une communication sur la *névrotomie optico-ciliaire.* Il réserve la névrotomie pour les cas de névrose et conserve l'énucléation pour les cas d'ophthalmie sympathique. — M. *Lebbrecht* est revenu à l'énucléation ; il a vu les douleurs reparaître plus fortes neuf ou dix semaines après l'énervation, et il redoute les hémorrhagies. — M. *Poncet* a signalé, dès 1875, la régénération des nerfs sectionnés.

M. *Secondi* (de Gênes) traite le décolement de la rétine par la ponction et la sclérotomie associée à la médication générale et interne par la pilocarpine, les frictions mercurielles et le repos horizontal.

— M. *Costomyris* (de Constantinople) expose un nouveau procédé de *tarsorraphie.*

M. *Deluca* (de Naples), chez un opéré de soixante ans, offrant une cataracte capsulaire postérieure secondaire, a fait la discision avec l'aiguille et a obtenu un résultat immédiat parfait.

M. *Lebbrecht* se sert, pour les cataractes secondaires, d'un petit couteau linéaire qui, sous la pression d'un ressort, se transforme en une pince permettant de saisir et d'extraire les lambeaux capsulaires. L'opération comprend alors un seul temps.

— M. *Martin* (de Cognac) emploie la *cautérisation ignée de la cornée* pour tous les ulcères. Il pense que le fer rouge diminue la tension intra-oculaire, peut-être parce que l'hypersécrétion interne diminue en même temps que la tension intra-oculaire. Il applique une ou plusieurs pointes de feu, selon les dimensions de l'ulcère, qu'il perfore quand il y a tendance à la nécrose. — M. *Delmonte* (de Naples) préfère, dans ce dernier cas, la section de l'ulcère au couteau. — MM. *Gayet* (de Lyon), *Gradenigo* (de Padoue) et *Cadei* (de Brescia) préconisent aussi la cautérisation ignée, tandis que M. *Scellingo* (de Rome) trouve que le meilleur mode de traitement consiste dans l'emploi de l'ésérine et la section de l'ulcère.

M. *Businetti* (de Rome) expose un procédé de *blépharoptastie* consistant à prendre un lambeau frontal pour l'abaisser en bandelette sur la perte de substance avivée.

IV. Communications diverses. — M. *Galezowski* expose le résultat des *opérations oculaires chez les sujets syphilitiques ou goutteux.* Dans trois faits de suppuration de l'œil survenue sans cause appréciable après une bonne opération, il a retrouvé une syphilis ancienne. Pour la goutte, l'influence de la diathèse se signale par des hémorrhagies. MM. *Liebrecht*, *Landolt* et *Carreras* ont cependant obtenu des succès complets chez des syphilitiques présentant des accidents aigus oculaires.

Dans un autre travail, M. *Galezowski* fait remarquer le rôle des conditions étiologiques dans le diagnostic et le traitement des décollements rétiniens. Il existe dans des cas de choroïdite atrophique des décollements séreux très restreints, qui cèdent à une médication antiphlogistique. Ces décollements, très limités, ont été démontrés anatomiquement par M. Poncet.

— M. *Boucheron* présente une note sur le *traitement du strabisme par les mydriatiques.*

— M. *Bouchut* lit une observation établissant le *rapport des maladies de l'oreille avec le cerveau et l'appareil de la vision.*

— M. *Poncet* communique une note sur l'*anatomie pathologique du ptérygion.*

— M. *Guaita* (de Bergame) signale la pression exercée par les paupières comme la principale cause de la perforation de la cornée dans l'*ophthalmie blennorrhagique.* Aussi il fait, comme Krampton, une double incision verticale à chaque angle palpébral. Il se sert pour le pansement des solutions à l'acide borique (à 4 pour 100) et au salicylate de soude (à 2 pour 100).

— M. *Fieuzal* rapporte l'observation d'un enfant chez lequel il put faire le *diagnostic de tumeur cérébrale* par deux examens du fond de l'œil, pratiqués à quatre mois de distance. Il y avait la première fois une névro-rétinite hémorrhagique, la seconde fois une papillite par étranglement. L'autopsie confirma le diagnostic porté, celui d'une tumeur comprimant un des pédoncules.

M. *Talko* (de Varsovie) a observé 7 cas de *kystes des paupières.* Ces kystes sont localisés entre l'œil et la paroi ; ils refoulent l'organe vers le fond de la cavité et viennent faire saille sous la peau de la paupière. Leur contenu est séreux et donne parfois lieu à des hémorrhagies. Pour expliquer leur origine, M. Talko cite les deux hypothèses de l'inclusion kystique lacrymale et de l'atrophie primitive du globe.

— M. *Dor* (de Lyon) démontre, par les résultats obtenus en pratiquant une *double opération de cataracte congénitale*, l'influence de l'éducation cérébrale sur le sens de la vision M. *Martin* (de Marseille) cite un fait analogue.

D'importantes communications ont eu lieu sur la question du *daltonisme.*

— M. *Dor* expose sa théorie du *daltonisme.* Il n'a jamais rencontré que deux espèces de daltoniques : les uns sont aveugles pour le rouge et le vert, les autres pour le bleu et le jaune, et ces derniers sont très rares. Jamais il n'a vu un daltonique en rouge qui ne le fût pas en même temps en vert, et réciproquement.

Arrivant à la cause même du daltonisme, M. Dor rejette : 1° la théorie oculaire (altération des milieux de l'œil), qui n'a jamais été anatomiquement prouvé ; 3° la théorie rétinienne, la rétine ayant toujours été trouvée saine chez les daltoniques. Pour lui, le daltonisme est une affection cérébrale. — M. *Quaglino* se range à cette dernière opinion, et rappelle des cas où le daltonisme a été consécutif à des lésions du cerveau. — M. *Galezowski* rappelle que dès 1862, avec Bénédict, il attirait l'attention sur la dyschromatopsie dans les affections oculaires. Au mois de juillet dernier, il a présenté à la Société de biologie un instrument destiné à donner aux couleurs plus d'éclat que le polariscope de M. Pfluger ; mais il rapporte à la rétine la véritable sensation de la couleur. La dyschromatopsie se produit quand il existe une altération de la

couche des cônes et des bâtonnets. De 1865 à 1868, il a relevé sur 2365 malades, 203 troubles congénitaux visuels aux couleurs, et 305 troubles acquis, pathologiques. — En 1869, 91 cas congénitaux, 205 acquis. Dans les années suivantes, sur 4002 malades, 119 congénitaux, 351 accidentels, puis sur 9563 malades, 413 congénitaux, et 905 accidentels.

Cette statistique démontre que les troubles visuels aux couleurs congénitaux sont moitié moins nombreux que ceux qui succèdent aux maladies oculaires ou générales.

M. *Landolt* partage l'opinion de M. Dor au sujet de la localisation du sens des couleurs; il pense de même que tout daltonique au rouge l'est aussi au vert. En effet, pour avoir la sensation du rouge vif il faut avoir fatigué l'œil au vert et réciproquement. Il en résulte que si un malade n'a pas la sensation complète d'une de ces couleurs, l'autre lui paraîtra toujours d'une intensité moindre.

M. *Raymond* (de Turin) signale une difficulté assez sérieuse dans l'examen des *daltoniques alcooliques*. Les alcooliques ne sont daltoniques que pour le scotome, et si on leur présente des caractères fins, ils usent de la vision périphérique et l'examen est encore déjoué.

M. *Stilling* et *Pfluger* pensent que l'examen au périmètre peut obvier à cette lacune des méthodes.

M. *Landolt* résume les opinions défendues par les congrès d'Amsterdam et de Cambridge sur le daltonisme, et présente les propositions suivantes: 1° Il est désirable qu'une commission internationale soit nommée pour réglementer l'examen des daltoniques. 2° Dans tous les pays, les personnes attachées aux services des chemins de fer et de la marine doivent subir des examens spéciaux de la vue à leur entrée au service, et à des époques régulières. 3° Un système uniforme de signaux doit être adopté, soit pour les bâtiments, soit pour les chemins de fer. — Ces propositions sont votées à l'unanimité par le congrès de Milan, comme elles l'ont été par les congrès d'Amsterdam et de Cambridge.

— M. *Musumeci* (de Messine) lit une observation d'*exopthalmie* due à une inflammation brusque de la capsule de Ténon.

— M. *Manché* (de Malte) montre que les *amblyopies consécutives aux contusions du globe oculaire* peuvent être rattachées, soit à la torpeur de la rétine même, soit aux ruptures choroïdiennes, à un astigmatisme passager, enfin aux luxations du cristallin.

— M. *Ferradas* (de Madrid) lit un mémoire sur les *accidents oculaires dans la pellagre*. Ces accidents peuvent aller jusqu'à l'atrophie rétino-choroïdienne.

— M. *Kutschler* (de Berlin) expose le résultat de ses recherches sur l'état du nerf optique atrophié après perte de l'œil.

— M. *Vladescu* (de Bukarest) lit un mémoire sur les causes de l'*amblyopie en Bulgarie*. Le nicotinisme de cette province cède le pas au miasme palustre. Les lésions qu'il a rencontrées sont celles qui ont été décrites par M. Poncet en Algérie; hémorrhagies, pigmentation des leucocytes, œdème, etc. Dix années d'observation lui ont permis de classer ainsi ces amblyopies; impaludisme, 85; anémie, 58; nicotinisme et alcool, 20; vices de réfraction, 15.

— M. *Pettorelli* (de Plaisance) fait connaître l'action de deux alcaloïdes nouveaux, dont l'action dilatatrice sur la pupille serait exempte de toute action toxique: c'est la *nitro-daturine* et la *nitro-atropine*.

— M. *Pfluger* (de Berne) expose le résultat de ses recherches sur l'*influence de l'atropine, de l'ésérine* et des *courants continus sur la tension oculaire*. L'atropine produit pendant 15 minutes une dépression de 5 millim. (la pression normale chez le lapin étant de 18 millim. de mercure), et jamais aucune augmentation. Pour l'ésérine, l'augmentation est de 4 à 5 millim. après 49 minutes; la tension oscille, mais toujours elle reste au-dessus de la normale. Ces résultats contredisent donc l'opinion de Laqueur et Schnabel, et confirment l'idée primitive sur la détente par l'atropine et la congestion par l'ésérine. L'action des courants continus varie suivant leur sens, avec un courant constant de 5 éléments; le catode peut élever la pression intra-oculaire de 10 à 25 millimètres; mais si l'on change le sens du courant il n'y a pas de diminution.

L'assemblée décide que le prochain congrès international d'ophthalmologie aura lieu à Madrid.

Le comité d'organisation est ainsi constitué: *Président:* M. Rafael Cervera; *Vice-président:* M. Luis Carreras y Arago; *Secrétaires:* MM. José Ferrados et Rodolfo del Castillo.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur les odeurs de Paris. Note de M. *H. Sainte-Claire Deville*. — Des expériences qu'a entreprises l'auteur il déduit la conclusion suivante :

Grâce aux fuites de gaz du sous-sol de Paris, et qui amènent du soufre, de l'hydrogène carboné et du coaltar (antiseptique par excellence), ce sous-sol est assaini et ne peut exhaler aucune odeur dangereuse; c'est une faible odeur d'hydrogène sulfuré, qui n'est pas plus nuisible que l'atmosphère des eaux minérales sulfureuses, et une odeur de produits empyreumatiques, qui est aussi saine que l'atmosphère environnant les gazomètres de Paris, autour desquels on envoie respirer les enfants atteints de certaines affections épidémiques ou contagieuses, la coqueluche, par exemple.

Il n'en est pas de même des odeurs provenant des matières excrémentitielles que l'on constate malheureusement à Paris et aux environs de Paris. Elles sont nauséabondes, ce qui ne les rend pas, il est vrai, nécessairement nuisibles; mais elles peuvent emprunter, à la source dont elles proviennent, les germes auxquels on attribue aujourd'hui les maladies cholériformes et typhoïques, que l'on redoute de voir devenir endémiques à Paris, comme elles le sont depuis longtemps dans l'Inde.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Peter* présente, au nom de M. le docteur Bloch, un volume intitulé : *L'eau froide et son emploi, particulièrement dans l'état nerveux.*

M. *J. Guérin* présente, au nom de M. le docteur Félix Brémond, un volume intitulé : *Rabelais médecin.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente deux brochures : 1° *Sur la métallothérapie, ses origines et les procédés thérapeutiques qui en dérivent*, par M. le docteur L.-P. Petit; — 2° *Étude sur la métalloscopie et la métallothérapie*, par M. le docteur Deguin.

M. *le Président* annonce la mort de M. Bosson, membre correspondant de l'Académie depuis 1836, pour la section de pharmacie, et décédé à l'âge de quatre-vingt-huit ans.

M. le docteur *Worms* lit un travail intitulé : *Des névralgies symétriques dans le diabète.* (Ce mémoire sera publié dans la *Gazette*.)

Sur la rage. — M. *Leblanc*, dans la dernière séance, à l'occasion de la communication de M. Hardy, relative à un cas de rage, avait communiqué les statistiques qu'en sa qualité de vétérinaire en chef de service sanitaire il a dressées, en ce qui concerne les cas de rage observés chez les animaux. Voici d'abord l'indication des mesures qui ont été prises, depuis le 1er janvier 1878, pour obtenir la diminution des cas de rage :

1° Arrestation et abatage des chiens errants dans la ville et dans la banlieue, alors que ces animaux sont dépourvus de collier portant le nom et l'adresse de leur maître;

2° Enquêtes sérieuses faites sur les cas de rage et, par suite, application de l'ordonnance aux animaux mordus ou soupçonnés de l'avoir été;

3° Affichage des instructions émanant du Conseil d'hy-

giène, indiquant les symptômes de la maladie et les mesures à prendre en cas de morsure;

4° Poursuites exercées contre les propriétaires de chiens qui laissent errer ces animaux avec ou sans collier, et contre ceux dont les chiens ont mordu des personnes.

Des statistiques comparées des deux dernières années, il résulte que, grâce au redoublement de rigueur dans l'application des mesures ci-dessus édictées, par arrêté ministériel, le nombre des cas de rage constatés est tombé, de 613 en 1878, à 235 en 1875, soit une diminution de plus de moitié.

Le nombre des personnes mordues a été de 67 (connues), au lieu de 103 en 1878, et l'on n'a eu connaissance que de 12 cas de décès par la rage, au lieu de 34 signalés en 1878.

Il en est de même pour les animaux mordus, dont le chiffre est tombé à 314 en 1879, au lieu de 485 en 1878.

Sur ces 314 animaux mordus, 300 ont été abattus.

M. Leblanc termine en exprimant la pensée qu'il y a lieu de continuer le système qu'il vient d'exposer, et l'espoir que, si l'Académie était consultée, elle voudrait bien accepter cette conclusion.

Dans la séance d'aujourd'hui, M. *Leblanc* a donné lecture d'un nouveau travail intitulé : *Statistique de la morve et du farcin pendant les années* 1876, 1877, 1878 et 1879.

Après avoir présenté les résultats de ces statistiques, l'auteur ajoute qu'il a, dans cette note, uniquement traité de la morve et de la péripneumonie ; mais il est d'autres maladies contagieuses, telles que le charbon, la fièvre aphtheuse, dont les agents du service vétérinaire auraient pour mission d'arrêter le cours, si on arrivait à organiser sérieusement ce service ; c'est à eux aussi que devrait être confiée la surveillance des abattoirs généralisés dans les communes d'une certaine étendue, ou créés pour desservir plusieurs communes. C'est grâce à eux qu'on empêcherait la consommation des viandes d'animaux tuberculeux, de ceux dont la viande renferme des helminthes dangereux.

« Depuis longtemps nous attendons une loi nouvelle déjà adoptée par le Sénat, mais, cette loi dût-elle être votée, son effet sera nul si son application n'est pas confiée par toute la France à un corps choisi de vétérinaires sanitaires.

M. Leblanc soutient qu'avec de la persévérance et de la volonté, on peut arriver à obtenir, sinon la disparition complète des maladies contagieuses, du moins une diminution considérable ; en le faisant, on aura rendu un double service à la santé publique et à la richesse du pays. »

M. *Bouillaud* fait observer que le travail de M. Leblanc est trop important et touche à des questions trop considérables pour qu'il ne devienne pas l'objet d'une discussion devant l'Académie. Aussi M. Bouillaud se réserve-t-il de demander la parole, dans une prochaine séance, pour présenter à ce sujet quelques observations.

CHARBON ET VACCINE. — M. *Pasteur*, en son nom et au nom de son collaborateur, M. Chamberland, communique les résultats d'expériences qu'il a faites, à la demande du ministre de l'agriculture, dans le but de porter un jugement sur la valeur d'un procédé de guérison du charbon des vaches, imaginé par M. Louvrier (du Jura). Ce procédé consiste à maintenir l'animal à une température élevée, par des frictions, des incisions à la peau dans lesquelles est introduit un liniment à la térébenthine, etc.

Une première expérience fut pratiquée sur deux vaches, à la suite de laquelle une vache traitée par M. Louvrier a guéri et une vache non traitée a été également guérie. De cette première expérience il n'y avait donc pas lieu de conclure sur la valeur du procédé de M. Louvrier. De nouvelles expériences furent faites l'année suivante sur les mêmes vaches; elles permirent d'arriver à cette conclusion, qu'une première atteinte de la maladie préserve l'animal d'atteintes ultérieures, mais qui ont démontré de nouveau l'impossibilité de rien conclure touchant l'efficacité du remède Louvrier. M. Pasteur fait ressortir l'importance de ces expériences qui démontrent la non-récidive du charbon.

M. Pasteur rapproche ces résultats de ceux qu'il a obtenus récemment sur des moutons, et dont il a conclu que le fait de non-récidive s'applique aux moutons de race française comme aux vaches.

Par ses communications antérieures sur le choléra des poules, on connaissait une maladie virulente *parasitaire*, susceptible de non-récidive ; on en a maintenant un second exemple dans l'affection charbonneuse.

Ces résultats tendent une fois de plus à établir une analogie entre les maladies virulentes à parasite microscopique, des maladies virulentes dont la cause est encore inconnue. M. Pasteur rapproche les observations précédentes du fait constaté par M. Chauveau sur les moutons algériens. Contrairement à l'opinion émise par M. Chauveau, il croit que l'immunité relative de ces moutons est un effet de constitution, de résistance vitale, et n'est pas dû, comme le croit M. Chauveau, à des matières nuisibles à la prolifération de la bactéridie.

M. *J. Guérin* demande à M. Pasteur quelques renseignements sur les questions suivantes, qu'il lui a déjà adressées :

1° Quelles sont les relations de la vaccine avec la variole ?

2° En quoi consiste le vaccin du choléra des poules?

3° En quoi consiste cette vaccination générale contre les maladies virulentes, dont il a été plusieurs fois question dans les travaux de M. Pasteur?

Répondant à M. J. Guérin, M. *Pasteur* dit qu'il y a un mot que M. Guérin lui reproche toujours, c'est celui qu'il a prononcé autrefois, lorsqu'il a répondu qu'*il n'avait pas compris*. Il ne voudrait pas que M. Guérin crût qu'il ait dédaigné de lui répondre; mais il est vrai qu'il n'avait pas compris le sens de la communication faite à cette époque par M. Guérin. Il cite, à cette occasion, la phrase prononcée par son contradicteur, phrase ainsi conçue : « Tout le monde sait que la vaccine humaine n'est pas autre chose que la variole des animaux inoculée à l'homme. »

M. Pasteur déclare n'avoir pas compris cette phrase, et prie M. Guérin de vouloir bien la lui expliquer.

M. *J. Guérin* dit qu'il s'est déjà expliqué plusieurs fois, et demande à M. Pasteur de vouloir bien expliquer en quoi consiste le vaccin du choléra des poules.

M. *Pasteur* répond qu'il fera connaître son secret quand il lui conviendra, et surtout lorsque ses expériences seront définitivement terminées.

M. *J. Guérin* déclare, pour donner satisfaction à M. Pasteur, que la question de la vaccine dans ses relations avec la variole a déjà été élucidée en 1865 et 1868, au sein de l'Académie. Les recherches de la commission académique ont démontré que le vaccin n'était autre chose que le produit d'une maladie éruptive spécifique, le *horse-pox* et le *cow-pox*, c'est-à-dire de la variole des animaux; elles firent voir les caractères d'identité et de spécificité d'inoculabilité de ces maladies.

On a caractérisé la variole des animaux, comme on avait caractérisé la variole de l'homme. Toutes deux sont des maladies spécifiques. Ne peut-on pas les rapprocher? Le vaccin est une éruption aussi nette, aussi bien déterminée que la variole humaine.

M. *Bouillaud* dit qu'il faudrait faire porter la discussion sur les principes. Lorsque la question a été posée à l'Académie, on ne s'est pas entendu sur la question qui divise MM. Pasteur et Guérin. Sans vouloir rien dire de désobligeant à l'égard des deux contradicteurs, M. Bouillaud fait remarquer que M. Pasteur n'a peut-être pas les connaissances cliniques, qui ne peuvent s'acquérir que pendant le cours d'une longue

pratique médicale, et ces connaissances cliniques sont nécessaires pour résoudre ces grandes questions.

M. Bouillaud entre ensuite dans quelques développements sur la nature même de la variole et des autres maladies contagieuses. Nous ne le suivrons pas dans cette partie de son discours qui s'écartait de la question en litige.

Après quelques nouvelles observations très vives échangées entre MM. Pasteur et J. Guérin, et dans lesquelles les contradicteurs ne parviennent pas à s'entendre, M. *le Président* lève la séance en déclarant que, « la question ayant été suffisamment *obscurcie* par la discussion, il sera nécessaire de la reprendre dans une prochaine séance ».

— La séance est levée à cinq heures un quart.

REVUE DES JOURNAUX

Infection purulente dans le cours d'une thyroïdite suppurée non ouverte; mort, par M. P. Oulmont.

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme atteinte d'érysipèle cataménial, et entrant à l'hôpital le quatrième jour de l'érysipèle, avec des accidents généraux graves, une plaque érysipélateuse rouge, livide, occupant le côté gauche du nez et la moitié interne de la joue gauche; il y avait, en outre, une tumeur thyroïdienne du volume d'une petite orange, et à son niveau, sur la ligne médiane, il existait de la rougeur et de la chaleur. Le lendemain, 24 juin, la température atteint 40°,4; le 25 juin, il y a un grand frisson avec claquement de dents. L'érysipèle occupe toute la joue gauche et il y a de la rougeur diffuse au niveau de la thyroïdite. Le 26, il y a un second frisson, et une arthrite du coude gauche. On diagnostique une infection purulente, dont les signes se développent les jours suivants; l'articulation tibio-tarsienne se prend; enfin, l'état septique s'accentue et la malade meurt le 4 juillet, c'est-à-dire douze jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie démontre l'infection purulente, c'est-à-dire anfarctus des reins, splénisation pulmonaire, épanchement purulent dans l'articulation tibio-tarsienne; et de plus, une thyroïdite décrite de la manière suivante : « Le goître a le volume d'une petite orange; il est formé de trois lobes à peu près également développés; le lobe moyen est transformé en une poche purulente à paroi fibreuse, épaisse de 1 à 2 millimètres et renfermant un pus épais, grisâtre et sanguinolent. Les autres lobes répondent au type hyperplasique folliculaire de Virchow, avec prédominance du type interstitiel; la trachée est saine, aucune fissure ne communiquant avec le kyste.

M. Oulmont a principalement été frappé, dans le fait clinique, de l'apparition de l'infection purulente à la suite d'une thyroïdite, et il insiste sur cette circonstance spéciale que l'origine de la septicémie siégeait sous un foyer de suppuration, clos; il ne croit pas qu'on puisse invoquer l'érysipèle cataménial, parce que celui-ci se serait présenté à plusieurs reprises sans amener des accidents; enfin, l'auteur de l'observation suppose que le poison septique a pu pénétrer par l'utérus.

Il nous semble que c'est chercher bien loin la cause de l'infection; la malade est entrée au quatrième jour d'un érysipèle, avec des accidents généraux; à ce moment, la thyroïdite ne paraissait pas bien accentuée, à en juger par la description, mais la température atteignait déjà 41 degrés. On peut donc considérer la thyroïdite comme un des accidents qui ont compliqué l'érysipèle; c'est la même cause d'infection qui a amené l'une et l'autre manifestation; et avant de reconnaîtrl une thyroïdite comme l'origine de l'infection purulente, ie faudrait pouvoir affirmer que cet érysipèle était vraiment bénin; malheureusement, l'observation est muette sur l'état des ganglions cervicaux à l'entrée de la malade, et lors de l'autopsie. C'est donc dans l'érysipèle, c'est-à-dire au nez, à la face, que nous irions chercher la porte d'entrée de l'infection purulente, bien plutôt que dans l'utérus, ou dans l'intestin, comme l'a fait notre confrère. (*France médicale*, 25 août 1880.)

Du traitement de la pneumonie par l'aconit, par le docteur Rabagliati.

L'aconit agit sur l'économie par *action* et *réaction*. La première, consistant en une contraction des fibres lisses des vaisseaux, détermine l'anémie des tissus; la seconde, leur congestion. Le froid a une influence semblable sur le poumon; et c'est la réaction consécutive à son premier effet qui détermine la pneumonie. Pour que l'aconit arrête le développement de cette affection, il faut qu'il empêche la réaction du froid, c'est-à-dire une congestion du poumon : il doit donc être donné à des doses assez faibles et assez répétées pour que son action anémiante ne soit pas suivie de phénomènes réactionnels, qu'elle se continue jusqu'à ce que l'abaissement de la température et du pouls et une bonne moiteur de peau soient obtenus. L'auteur l'administre toutes les quinze minutes. Il a ainsi enrayé des pneumonies, des péritonites, des pleurésies et des angines. (*The Practitioner*, août 1879.)

Les intoxications par la viande avariée, par M. Huber.

L'auteur a observé, dans la petite ville de Würzen, une épidémie analogue à celle de Kloten (*Gaz. hebd.*, 1878, p. 667), quoique ayant eu moins de retentissement. Guidé par son expérience, et un peu aussi par des vues théoriques, il refuse à cette dernière le caractère typhoïde que lui avaient assigné Waldner et Huguenin. C'est toujours une entreprise aventurée que de discuter de loin les résultats de l'observation et les interprétations de ceux qui ont observé sur les lieux : cette remarque est d'autant plus fondée lorsqu'elle s'applique à des cliniciens d'une valeur incontestée, comme le professeur de Zurich. Quoi qu'il en soit, M. Huber nie, en s'appuyant sur les documents mêmes livrés à la publicité par les médecins suisses, que la maladie de Kloten fût un typhus abdominal. Pour lui, il s'agit dans tous les cas analogues, spécialement, dit-il, ceux observés en France (que l'auteur aurait bien dû citer, car nous ignorons complètement leur existence), d'une maladie infectieuse *spéciale*, caractérisée au point de vue épidémiologique par l'atteinte en masse de toute une population, au point de vue clinique par des symptômes typhoïdes, au point de vue anatomique par une tendance exagérée aux hémorrhagies. L'affection ne relèverait pas d'ailleurs de l'ingestion de viandes putréfiées, ne serait donc pas une intoxication putride : ce serait surtout les viandes provenant d'animaux malades (veaux et bœufs), qui seraient nocives. Tout cela avait été en résumé mis en lumière par Waldner : le seul point qui sépare réellement les deux auteurs est une conception différente *de la nature de l'affection*. En somme, les arguments fournis par M. Huber à l'appui de sa thèse ne nous ont pas convaincu, et jusqu'à plus ample informé l'épidémie de Kloten devra être considérée comme due à la fièvre typhoïde, quelque singulier que cela paraisse. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.* t. XXV.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

De l'influence du travail souterrain sur la santé des mineurs, par le docteur Paul Fabre. In-8 de 32 pages.— Paris, Lauwereyns.

M. Fabre, à qui l'hygiène professionnelle doit déjà de nombreux et importants travaux, a voulu résumer dans ce mémoire nos connaissances actuelles sur l'influence du travail souterrain sur la santé des ouvriers mineurs.

Voici comment il expose, dans quelques conclusions précises, son opinion sur cette importante question.

Les symptômes de l'anémie fonctionnelle apparaissent chez des ouvriers qui travaillent, plusieurs semaines de suite, dans un chantier mal aéré. Ils surviennent de préférence chez ceux qui, par suite de fatigues antérieures, d'un embarras gastrique ou d'excès, offrent une moindre résistance à l'action morbifique d'un air confiné ou vicié.

Les phénomènes de l'anémie fonctionnelle s'expliquent de la même manière que ceux qui sont dus à l'anémie vraie. Ici, ce sont les globules trop peu nombreux qui n'apportent pas aux tissus une suffisante quantité d'oxygène; là, le manque d'oxygène est dans l'air, qui n'en donne pas assez aux globules. Quelques jours, parfois quelques semaines de repos, suffisent habituellement à faire disparaître l'anémie fonctionnelle. Exceptionnellement, elle est plus tenace; alors la soustraction absolue des mineurs aux influences qui lui ont donné naissance peut seule en triompher, et l'on doit interdire formellement le retour dans les galeries souterraines. Nul doute que la persistance de l'anémie fonctionnelle ne finisse par aboutir à l'anémie vraie. Alors, on devra conseiller le traitement classique de l'anémie, les toniques, les amers, les reconstituants, les ferrugineux.

Telles sont les conclusions de l'auteur. Elles nous paraissent d'autant plus importantes qu'elles sont appuyées sur la clinique et sur une observation attentive des faits.

De l'action hémostatique des injections sous-cutanées d'ergotine, par le docteur Paul Bénard. In-8 de 158 pages. — Paris, 1879. V. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

D'après l'auteur, les injections d'ergotine agissent sur les hémorrhagies en faisant contracter les fibres lisses de ces vaisseaux, ou celles des organes qui les renferment. Elles paraissent agir localement, sur le point où l'ergotine est en contact avec les tissus, mais cette action ne paraît pas être indépendante de l'influence du système nerveux.

La contraction des fibres lisses vasculaires agit surtout en modifiant la tension du sang; la contraction des fibres des organes qui les contiennent agit surtout en effaçant leur calibre, en les comprimant. Les injections d'ergotine paraissent agir efficacement, même dans les hémorrhagies des organes dénués de fibres lisses, ou en présentant peu dans leur structure. L'épistaxis, les hémorrhagies gastro-intestinales et surtout l'hémoptysie paraissent subir une influence très favorable de ce traitement.

Les hémorrhagies des organes où les fibres lisses dominent, c'est-à-dire les métrorrhagies, sont presque constamment guéries ou améliorées par les injections d'ergotine. Leur influence est surtout manifeste dans l'état de gravidité de l'utérus, ou dans les états qui s'en rapprochent (môles, fibromes intra-utérins). Elle est encore très énergique toutes les fois que la fibre musculaire de l'organe est saine, alors même qu'une portion de l'organe est déjà détruite (cancer). Dans les cas de métrite, et surtout de fongosités, leur influence est presque nulle.

Les injections d'ergotine ne donnent lieu à aucun accident, lorsqu'elles sont faites avec soin et avec une solution bien choisie.

Les appréciations de M. Bénard semblent concorder avec celles de la plupart des gynécologistes qui se sont occupés de cette question. Nous n'en devons pas moins féliciter l'auteur, qui a rapporté un grand nombre de faits cliniques démontrant l'efficacité incontestable d'un médicament appelé à rendre les plus grands services en thérapeutique.

Étude sur l'exploration et la sensibilité de l'ovaire, et en particulier de la douleur ovarique, chez la femme enceinte, par le docteur Chaignot. In-8 de 108 pages. — Paris, 1879, J. B. Baillière.

Après avoir rapporté trente observations, la plupart inédites, l'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le palper abdominal pratiqué à la fin de la grossesse, peut produire sur les côtés de la matrice, chez un certain nombre de femmes, une douleur subite et parfois très vive.

2° Cette douleur, outre ce caractère d'être provoquée, est toujours passagère et nettement localisée. Si les conditions de l'examen restent les mêmes, l'explorateur peut la reproduire presque à volonté.

3° Elle n'apparaît que lorsqu'on presse contre l'utérus une petite tumeur mobile, à forme à peu près ovoïde.— Nous croyons, avec M. Budin, qui a le premier formulé cette opinion, que cette petite tumeur n'est autre chose que l'ovaire, dont la compression est douloureuse.

4° Il paraît nécessaire le plus souvent, pour la production de cette douleur, qu'il y ait un plan résistant derrière la tumeur ovarique (région dorsale du fœtus, utérus contracté, etc.).

5° La douleur ovarique apparaît le plus fréquemment à gauche (inclinaison et torsion de l'utérus qui ramènent en avant son bord latéral gauche, fréquence des positions occipito-iliaques gauches antérieures.)

6° Son lieu d'élection est aux environs d'une ligne qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, ordinairement à quelques centimètres au-dessus (dans le dernier mois de la gestation). Nous avons obtenu comme distances moyennes les suivantes : 8 à 10 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure; 17 à 19 centimètres de l'ombilic; 6 centimètres en arrière de la saillie formée par le ligament rond.

7° Nos observations ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre d'affirmer d'une façon absolue l'existence, pendant la grossesse et l'accouchement, de la douleur ovarique spontanée. Nous la croyons possible, mais il faut pour cela une réunion exceptionnelle de circonstances tout à fait favorables.

8° Après l'accouchement, on peut, dans quelques cas, retrouver la douleur ovarique. Elle siége alors au-dessous de la ligne qui va de l'épine iliaque à l'ombilic.

Le travail de M. Chaignot, appuyé sur un grand nombre de faits, et portant sur une question nouvelle et jusqu'alors peu étudiée, mérite à tous égards d'être signalé à l'attention des gynécologistes.

VARIÉTÉS

Agrégation. — Par un arrêté en date du 25 septembre 1880, sont attachés aux Facultés ci-après désignées, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1880, les agrégés de chirurgie et accouchements dont les noms suivent :

Faculté de Paris. — Chirurgie : MM. Reclus, Bouilly, Peyrot. — Accouchements : M. Budin.

Faculté de Montpellier. — Chirurgie : M. Trédenat. — Accouchements : M. Dumas.

Faculté de Nancy. — Chirurgie : M. Weiss.

Faculté de Lille. — Accouchements : M. Goulard.

Faculté de Lyon. — Chirurgie : M. Levrat. — Accouchements : M. Duchamp.

Faculté de Bordeaux. — Chirurgie : M. Boursier. — Accouchements : M. Lefour.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont maintenus dans les fonctions de chefs des travaux des laboratoires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1880-81, les docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Imbert, physique; Chandelux, anatomie générale et histologie; Arloing, médecine expérimentale et comparée; Colrat, anatomie pathologique; Guérin, pharmacie; Peter, chimie; Charbonnel-Salle, histoire naturelle; Poncet, médecine opératoire; Magnin, matière médicale et botanique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Baraban, chef des travaux d'anatomie pathologique, est délégué provisoirement dans les fonctions de conservateur du musée et des collections de la Faculté, en remplacement de M. Robert, décédé.

Inspectorat des eaux minérales. — Une lettre vient d'être adressée par plusieurs confrères à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, pour lui demander la suppression de l'inspectorat actuel des eaux minérales. Les signataires, qui sont MM. les docteurs Duhourcau, Sénac-Lagrange, Flurin, René-Serrand, Bouvyer, Ed. de Larbès, P. Rozier, Comandré, Lahillonne, Raveau, Bordenave, Henri Candellé, Daudirac et Moinet, invoquent « l'insuffisance » de cette institution, constatée, disent-ils, « par le décret du 20 floréal an VII, par les discussions et les rapports de l'Académie de médecine en 1831, 1839, 1875, et surtout par le rapport topique de M. Empis à l'Académie en 1878, par la circulaire ministérielle du 20 février 1832, par les délibérations du Congrès général des médecins de France en 1845, de celui de Lyon en 1872, et les vœux répétés des conseils généraux intéressés ».

Ils ajoutent que, pour les soins à donner aux indigents, on procédera, dans les villes d'eaux, « comme on procède partout ailleurs ».

Transmission du son par les rayons lumineux. — Une découverte bien remarquable vient d'être faite aux Etats-Unis. Ce n'est rien moins que la transmission du son par la lumière. Le professeur Bell, l'inventeur du téléphone, a démontré, par des expériences détaillées dont il a lu le compte rendu devant l'Association américaine pour l'avancement des sciences, que sans aucun fil conducteur, comme cela a lieu pour le télégraphe, le son peut être transmis d'un point à un autre *au moyen d'un simple rayon de lumière*.

Le récepteur, dans ce cas, est le sélénium, et, en réglant la forme ou le caractère des vibrations de la lumière sur ce corps, la quantité du son peut être contrôlée, et l'on obtient toutes les variétés de la voix humaine. M. le professeur Bell a parlé ainsi, à l'aide d'un rayon solaire, à une distance de 200 mètres. Il suffit que les personnes qui veulent entrer en communication verbale en l'absence de fil métallique puissent se voir.

On connaît les curieuses propriétés du sélénium, qui a été souvent le sujet d'expériences. La propriété qui lui est spéciale est d'opposer plus ou moins de résistance au passage de l'électricité, suivant le degré d'intensité de la lumière à laquelle il est soumis.

Il est donc aisé de concevoir que si un morceau de sélénium était introduit dans un circuit électrique dans lequel se trouverait aussi un téléphone, des alternations de lumière et d'obscurité pourraient être amenées à changer la force du courant, et que de telles variations pourraient faire entendre un son dans le téléphone. Ceci paraîtra plus clair si l'on se reporte au microphone, car le sélénium agirait en réalité comme un microphone sensible à la lumière. Dans le microphone, des vibrations mécaniques font changer la conductibilité des matières avec lesquelles l'instrument est construit. Dans le cas du sélénium, les vibrations lumineuses affectent la conductibilité du métal. Dans l'un et l'autre cas, ces variations du courant affecteraient toute la longueur du courant et se manifesteraient par un son dans le téléphone.

Un rayon de lumière va du poste de départ au poste d'arrivée, bien dirigé par un réflecteur. On parle devant une membrane vibrante. Les vibrations de la membrane, au moyen d'un dispositif ingénieux, masquent ou démasquent elles-mêmes la source lumineuse. Au poste d'arrivée, le rayon est réfléchi à l'aide d'un miroir sur un petit disque de sélénium, en communication d'une part avec une pile électrique, et de l'autre avec un téléphone. Les variations d'éclat de la lumière qui tombe sur le sélénium produisent des variations de force dans le courant électrique, et ces variations font à leur tour vibrer la membrane du téléphone récepteur. Comme au départ et à l'arrivée, le rythme des vibrations est le même : ce qui se dit d'un côté se reproduit exactement de l'autre.

Ophthalmie purulente — M. le ministre de l'intérieur a adressé une circulaire aux préfets pour appeler leur attention sur les ravages que fait cette horrible maladie, et cette circulaire est suivie d'une note sur les moyens à employer pour prévenir l'ophthalmie purulente.

Ces moyens sont les suivants : 1° emploi de l'eau phéniquée à 1/250 en lotions fréquentes dans toutes les hypérémies conjonctivales, conjonctivites, catarrhales, purulentes, granuleuses ; 2° eau phéniquée et sulfate neutre d'ésérine (5 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée) dans les conjonctivites pustuleuses, vésiculeuses, ulcéreuses et les abcès de la cornée ; 3° eau phéniquée et atropine (5 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée) lorsqu'il y a en même temps iritis ; 4° enfin la glace méthodiquement appliquée dans certains cas particuliers, mais exceptionnels, et plus habituellement, au contraire, l'eau chaude.

Ces moyens doivent être employés en attendant la venue d'un médecin expérimenté ou d'un spécialiste, qui mettrait en œuvre tel ou tel autre mode de traitement qu'il jugerait nécessaire.

Mortalité a Paris (38e semaine, du vendredi 17 au jeudi 23 septembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 935, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 29. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 24. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 55. — Autres affections générales, 46. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 30. — Diarrhée infantile et athrepsie, 147. — Autres maladies locales : aiguës, 77 ; chroniques, 180 ; douteuses, 36. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 2 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes inconnues, 4.

Bilan de la 38e semaine. — Légère aggravation de 54 décès : 935 au lieu de 881. Cette augmentation portant sur une population de plus de 2 millions d'habitants, serait sans valeur si une partie n'était due au croît des décès par variole (18), dont les épidémiologistes nous annoncent l'accroissement avec la saison d'hiver.

En constatant que ce mouvement de hausse porte exclusivement sur la population civile, si négligeante à se faire vacciner ou revacciner, tandis que la population militaire, vaccinée par ordre, n'offre *aucun cas de décès* par variole, nous sommes conduits à conjurer nos confrères à user de toute leur influence pour propager au plus vite les revaccinations, afin de faire tout ce qui dépend de nous pour préserver la population parisienne de la repris: annoncée de cette cruelle épidémie, qui, dans les douze derniers mois, nous a enlevé environ 2000 personnes (presque toutes jeunes) *en excédant* du tribut ordinaire de la variole ; on peut dire 2000 victimes de notre incurie, puisque la population militaire y a échappé.

Les autres épidémies paraissent être restées à peu près stationnaires. On a compté 7 décès de plus par suite de coqueluche. Mais, d'autre part, les décès enfantins par athrepsie ont continué à diminuer avec la température. Au contraire, la fièvre typhoïde maintient ses sévices avec une constance remarquable. Cependant il est juste de noter que la population militaire, qui, dans les premiers mois de l'année, y avait si largement contribué, ne semble pas aujourd'hui être frappée en une proportion plus forte que ne le fait prévoir son contingent de jeunes hommes à l'âge d'élection de cette pyrexie.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité d'obstétrique et des maladies spéciales aux femmes et aux enfants, basé sur les principes et la pratique de l'homœopathie, par le docteur H. N. Guernsey, traduit sur la 3e édition américaine, par le docteur Fernand Chauvet. 1 vol. in-8 de 664 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 8 fr.

Traité pratique de l'art des accouchements, par les professeurs H. F. Naegele et W. L. Grenser. 2e édition française traduite sur la 8e édition allemande, annotée et mise au courant des derniers progrès de la science par le professeur G. A. Aubenas. 1 vol. in 8 de 816 pages, 229 figures et 1 planche. Paris, J. B. Baillière et fils. 12 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 7 octobre 1870.

Académie de médecine : HERNIE ÉTRANGLÉE. — LES LOGEMENTS INSALUBRES. — VACCINE ET VARIOLE.

La séance de l'Académie de médecine s'était ouverte de la façon la plus heureuse. Elle avait écouté avec faveur un rapport de M. Polaillon sur une très intéressante observation de M. Mignot (de Chantelle) relative à un cas de hernie étranglée; puis un mémoire sur les logements insalubres de la ville de Paris, et, par déduction, sur l'assistance publique à domicile. L'auteur de ce mémoire, M. Marjolin, vice-président de la *Société protectrice de l'enfance,* s'est voué, on le sait, par une sorte d'apostolat, au soulagement des pauvres et des délaissés; et son nouveau travail montrerait bien, si nous ne l'avions su déjà, que l'âge n'a pas plus refroidi son cœur qu'enchaîné son activité. Parvenu à l'âge du repos, il passe une partie de ses journées dans les quartiers ignobles où se mélangent, en se fécondant les uns les autres, tous les déchets de la vie matérielle avec toutes les impuretés de la vie morale; gravissant jusqu'au grenier les escaliers branlants, descendant au fond des réduits sans air et sans lumière, et partout se heurtant à des murs visqueux, à des grabats infects, à des immondices. Par le tableau qu'il a tracé de ces « cours des miracles », de ces cités maudites, sortes de *ghetti* modernes, parfois enfouis dans de riches quartiers et d'autant plus hideux, où semble s'être condensée et déposée toute la misère d'alentour, par ce tableau on peut voir tout ce qui reste encore à faire pour l'hygiène publique de la capitale; combien seraient impuissantes les lois elles-mêmes, les plus sages et les plus prévoyantes, sans le secours des dévouements individuels; combien aussi de besoins relatifs à la santé, à l'éducation morale ou intellectuelle, échappent à leurs dispositions comme à leurs sanctions. L'Académie avait donc fait le meilleur accueil à ce beau et honnête mémoire, dont les généreuses pensées, simplement exprimées, animaient la voix du lecteur et se reflétaient dans sa paisible et souriante figure d'homme de bien. Elle éprouvait, on peut le dire, une sorte de bien-être, et elle venait de le témoigner par des applaudissements unanimes, quand, par malheur, l'ordre du jour a appelé la continuation de la discussion sur les rapports de la vaccine avec la variole.

Mais, hélas ! de discussion, il n'y en a pas eu. Il y a eu, à sa place, une de ces scènes dont la presse sérieuse et soucieuse de la dignité scientifique hésite à entretenir ses lecteurs. Ce tumulte plein de personnalités, d'injures, de provocations, on l'a senti venir dès le commencement du discours de M. J. Guérin, qui a entamé le débat. Nous sommes convaincu que l'orateur ne s'y attendait pas. Le ton légèrement ironique de sa diction, la tranquillité de son geste, toute sa tenue, disaient qu'il se proposait simplement de causer des embarras à M. Pasteur, ou, comme on dirait vulgairement, de l'*ennuyer*. Mais sur quel terrain s'était-il placé ! Comment a-t-il espéré un seul instant s'y faire suivre par une assemblée soucieuse des grandes et légitimes renommées ! Comment n'a-t-il pas compris que l'intelligence et la justice de cette assemblée sauraient apercevoir à travers les voiles du langage et condamneraient les conséquences ultimes des reproches formulés contre son adversaire ! Si M. Pasteur a fait un calcul personnel, un calcul intéressé, préjudiciable à la science et à la société, en ne publiant pas immédiatement tous les résultats de ses recherches sur les microbes virulents, il y a un mot

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le listerism dans les hôpitaux de Calcutta. — Un homme ramassé sur la voie publique est-il ivre ou mourant? — Les hommes à queue. — Naissance d'un éléphant. — Cas curieux de déontologie médicale : des précautions à prendre dans l'examen des femmes. — Le docteur Buchanan et les faux diplômes.

Les bienfaits de la méthode antiseptique dans le traitement des plaies étaient à peine reconnus — et non sans peine — à Londres, que le *listerism* était transporté, comme article d'utilité publique, de la métropole dans les colonies anglaises de l'Inde. Nous sommes habitués, en Europe, à voir des hôpitaux, reconnus autrefois d'une insalubrité incurable, donner maintenant, grâce à la méthode antiseptique, des résultats aussi satisfaisants que possible; et, dans notre dernier feuilleton, nous citions encore, à ce propos, l'exemple de la clinique du professeur Volkmann. A Calcutta, ce fut avec un grand étonnement, additionné d'une égale quantité de joie, qu'on vit une pareille transformation s'effectuer dans un des principaux hôpitaux de la ville. Malgré l'habileté de chirurgiens éminents, les résultats de la chirurgie à *Medical College Hospital* étaient, il y a quelques années, des plus décourageants, pour employer un terme modéré. On ne pouvait faire une incision sans provoquer le phlegmon diffus, l'ostéite, la septicémie, la pyohémie et les formes les plus graves de l'érysipèle. L'hôpital était à l'index, et il semblait qu'on n'eût rien à faire que de le démolir et d'en construire un autre dans une meilleure situation et suivant de meilleurs principes. Actuellement, les plaies et les ulcères se cicatrisent parfaitement, les opérations réussissent, les patients guérissent de la manière la plus satisfaisante, et l'hospitalisme a entièrement disparu. D'ailleurs, on ne fit que peu de changements dans les habitudes de l'hôpital; le régime et les stimulants furent peut-être donnés un peu moins large-

applicable à un pareil acte, un mot infamant. Il y en aurait un autre, et qui n'est guère plus flatteur, pour des sollicitations auprès du gouvernement afin d'obtenir un encouragement à des expériences illusoires et sans avenir. Ces mots, M. J. Guérin ne les a pas dits, ne les a pas eus dans la pensée; mais ils résumaient trop naturellement le sens de son argumentation pour ne pas venir sur les lèvres de tous. Ajoutez que, vraiment, les deux griefs relevés contre M. Pasteur ne pouvaient paraître justifiés aux yeux de tout homme calme et réfléchi. Les motifs qui ont pu le déterminer à retarder la divulgation de certains faits expérimentaux encore mal établis, personne ne les connaît; mais il en est au moins un qui aurait pu toucher M. J. Guérin, parce qu'il se rapporte à un inconvénient dont lui-même a eu plus d'une fois à souffrir : l'inconvénient d'ouvrir la porte à des contradictions hâtives, à des expériences mal préparées, mal dirigées, et de compromettre ainsi l'avenir de la science. Quant à l'acte ministériel qui met une somme d'argent à la disposition de M. Pasteur, non pour le récompenser de résultats acquis, mais pour lui permettre de continuer ses recherches, il est de ceux qu'on a coutume d'acclamer dans le monde savant. Ainsi a fait l'Académie pour celui-là, sans se laisser séduire par un spécieux appel à ses droits méconnus. Qu'il fût convenable que tout encouragement administratif à la science eût l'agrément des corps savants, c'est une thèse que nous soutiendrions volontiers; mais, en l'état, l'Académie est instituée « *pour répondre aux demandes du gouvernement* sur tout ce qui intéresse la santé publique ». Tant donc que le gouvernement ne demande rien, l'Académie n'a rien à répondre. On peut être d'ailleurs assuré que, le cas échéant, sa réponse n'eût pas été défavorable à M. Pasteur. La séance de mardi le prouve surabondamment.

De la thèse si fâcheusement substituée par M. J. Guérin à la question scientifique pendante, qu'est-il résulté? Que M. Pasteur, très haut placé dans l'opinion, grandi par un acte des pouvoirs publics, qui lui ont voté, il y a peu d'années, une récompense nationale; habitué au respect de ses plus illustres collègues de l'Institut, même de ceux qui ne partagent ni toutes ses opinions, ni toutes ses espérances, s'est senti atteint dans son honneur de savant, plus sans doute, nous le répétons, que ne le présumait et ne le voulait son adversaire; et dès lors il ne s'est plus regardé comme tenu envers celui-ci à aucune retenue, aussi bien dans le fond que dans la forme. Après quelques mots au sujet des griefs qui lui étaient faits, il a passé de la défense à l'attaque, et s'est mis à caractériser avec dureté, avec amertume, avec violence, hors de toute mesure académique, les procédés scientifiques, passés et présents, et les visées chirurgicales de M. J. Guérin. Cette partie du débat a été pénible. La philippique, ou plus exactement la *verrine* terminée, l'Académie, sur la proposition de M. Larrey, a voté l'ordre du jour, et M. J. Guérin s'obstinant à reprendre la parole, M. le président a levé la séance. C'était la fin de la discussion, mais non de la dispute, qui s'est continuée dans la salle pendant plus de cinq minutes.

Telle a été cette triste séance, aggravation de la précédente. C'était le sentiment de tous les membres présents, que M. le président veillât à ce qu'elle ne pût pas se renouveler.

De la question scientifique nous n'avons rien à dire, puisqu'elle a été noyée dans le torrent des récriminations. A la question de M. Pasteur : « Comment établissez-vous l'identité foncière du virus varioleux et du vaccin » ? M. J. Guérin a continué à répondre : « La vaccine est la variole des animaux », proposition acceptée par son contradicteur même. Reste toujours à établir les rapports de la vaccine avec la *variole humaine*, ainsi que nous l'avons dit dans un précédent article, et que M. Pasteur l'a répété mardi. Contentons-nous de rappeler que les opinions sont assez partagées sur le second point, et qu'elles ne sont pas autant d'accord qu'on le croit sur le premier, ainsi qu'on s'en serait aperçu, par exemple, si M. Colin (d'Alfort) avait pris la parole.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Du spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice, par M. le docteur M. Krishaber.

Les troubles laryngés de l'ataxie locomotrice ont déjà trouvé leurs historiens; mais les faits de spasme de la glotte proprement dit, survenant dans ce grand complexus morbide du *tabes dorsalis*, sont encore très peu nombreux, et jusqu'à ce jour ce symptôme n'avait été signalé que sous sa forme légère. C'est surtout sa valeur comme signe prémonitoire de l'ataxie qui mérite l'attention des observateurs, et, à ce point de vue, l'un des faits que j'ai à faire connaître est particulièrement probant.

Il montre le phénomène nerveux du spasme glottique sous son aspect le plus grave, accompagné parfois d'accès épileptiformes avec perte de connaissance, écume à la bouche, con-

---

ment qu'autrefois. L'amélioration est due entièrement à la méthode antiseptique, et plus on a suivi de près les détails du *listerism*, meilleurs ont été les résultats.

— Un fait qui vient de se passer à Glascow nous amène à parler de nouveau du service médical de nuit, sujet dont il avait été également question dans notre précédent feuilleton. On sait combien il est fréquent de ramasser des ivrognes sur la voie publique, et combien il est difficile de distinguer, dans certains cas, ce qui serait pourtant très utile, les effets de l'ivresse des effets d'une blessure grave de la tête, ou même d'une apoplexie cérébrale.

Le 20 juillet dernier, un malheureux fut apporté dans un des postes de police de Glascow, avec l'idée qu'il était gris et incapable de se tenir; on fit ce qu'on fait d'habitude en pareil cas. Le lendemain, bien qu'on l'eût soumis à une ablution, sa raison ne paraissait aucunement revenir; on demanda alors un médecin, qui diagnostiqua une commotion cérébrale, et fit transporter le malade à l'hôpital. La mort survint le lendemain, et à l'autopsie on trouva qu'elle avait été causée par une fracture du crâne. Comme de juste, l'esprit public s'est ému de l'enseignement que comporte ce fait, à savoir qu'un individu peut être mis sans cérémonie au poste, comme ivrogne, alors qu'il est réellement malade ou atteint d'une blessure grave. Il est clair qu'on devrait prendre des précautions pour prévenir la possibilité de pareilles erreurs; et comme nous pensons que la *Gazette hebdomadaire* est lue à Glascow, nous n'hésitons pas à recommander, comme remède au mal, l'installation d'un service médical analogue à celui qui fonctionne avec tant de succès à Paris, Berlin, etc.

—Le professeur Virchow a attiré récemment l'attention sur un sujet peu connu généralement, l'existence d'une véritable queue chez l'homme. A cette nouvelle les adeptes survivants du fourriérisme, s'il en existe encore, vont tressaillir d'aise. Je ne pense pas toutefois qu'il s'agisse déjà de la queue dont l'animal humain devra être muni, d'après Charles

vulsions du diaphragme et des membres, miction involontaire et cyanose poussée jusqu'à l'asphyxie et nécessitant à la fin l'ouverture des voies respiratoires.

La première observation du spasme de la glotte se rattachant à une maladie de la moelle épinière appartient à Cruveilhier (32e livre, p. 19). Il s'agissait d'une femme de cinquante-six ans, observée à la Salpêtrière en 1825, qui, arrivée à la dernière période de la cachexie tabétique, avait la parole entrecoupée, affaiblie, accompagnée de grimaces..... les muscles de la déglutition étaient entrepris comme ceux de la face et du larynx. Les mouvements respiratoires étaient faibles, entrecoupés, saccadés. En un mot, l'incoordination motrice s'étendait jusqu'aux muscles de la face, du pharynx, du larynx et de la respiration; mais, d'après la description, il n'y avait pas autre chose que des contractions saccadées et involontaires des muscles de la phonation.

M. Bourdon, en 1862, rapporta ces faits avec quelques commentaires.

Plusieurs années après, M. Féréol cite les précédents auteurs et publie sous un titre modeste (*De quelques symptômes viscéraux et en particulier des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive*. In *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, t. V, p. 82) la première étude sur les accidents respiratoires de l'ataxie.

M. Charcot a, à son tour, élargi ces données dans une de ses leçons de la Salpêtrière (In *Progrès médical*, 1879, n° 17) sur le vertige laryngé, syndrome dans lequel il a rangé des faits nouveaux et particulièrement instructifs.

Des quatre observations qui font l'objet du présent travail, les deux dernières m'ont été communiquées par M. Charcot; les deux premières se rapportent à des malades qui se sont présentés chez moi et dont j'ai pu relever l'histoire, mais qui avaient aussi consulté le savant professeur de la Salpêtrière, dont l'opinion à leur sujet n'a pas été hésitante un seul instant.

Obs. I. — M. X.., âgé de trente-trois ans, négociant, d'apparence robuste, ne connaît pas d'exemple de maladie nerveuse dans sa famille. A quatorze ans, il eut une névralgie faciale très violente, très rebelle à tout traitement et qui disparut spontanément au bout de sept à huit mois. Deux ans plus tard, il souffrit pendant deux ou trois mois d'une céphalalgie violente, surtout nocturne. A vingt ans il contracta une blennorrhagie qui dura deux ans; à vingt-trois ans, un chancre suivi d'accidents secondaires: plaques muqueuses, impétigo du cuir chevelu, papules sur le front; plus tard psoriasis palmaire très tenace. Pendant cinq ans, il suivit un traitement minutieux qu'il termina par deux stations à Schinznach.

En 1867, apparaissent des troubles de la miction consistant en envies fréquentes d'uriner.

Soldat en 1870, M. X... fut fait prisonnier à Brisach et s'échappa de Dresde à la fin de décembre. Pendant ce temps sa santé avait été bonne; cependant il commençait à éprouver de petits accès de toux convulsive avec sensation de chatouillement et de constriction à la gorge.

C'est en juin 1871 qu'il fut pris subitement un jour, sans cause appréciable, d'une angoisse très vive avec étouffement, respiration sifflante et cyanose de la face; cet accès dura environ cinq minutes. Il avait été précédé d'une sensation de cuisson au larynx, sensation qui se reproduisit invariablement depuis au début de chacune des crises.

L'année suivante, il eut une seconde crise laryngée, en tout semblable à la première; quelque temps avant, il avait été repris d'une névralgie faciale très violente, qui dura deux mois.

De 1873 à 1875, nouveaux symptômes: à différentes reprises le malade éprouve un gonflement douloureux sur les côtés du tendon d'Achille; parfois la douleur l'empêche de marcher, puis il ressent dans les membres inférieurs des douleurs lancinantes, revenant à peu près tous les mois sous forme d'accès qui durent trois ou quatre jours, avec tous les caractères des douleurs fulgurantes du *tabes dorsalis*.

Mentionnons encore, à la fin de cette période, une crise de céphalalgie d'une extrême violence, et l'apparition de fausses sensations plantaires: le malade croyait appuyer ses pieds sur des rouleaux placés transversalement. Bientôt enfin il accuse une douleur constrictive, en ceinture, siégeant au niveau des attaches du diaphragme.

La fausse sensation très pénible n'a duré que quelques mois; mais les douleurs fulgurantes sont toujours revenues à intervalles variables.

Le troisième accès de suffocation eut lieu à Vichy au mois de juin 1876. Le malade fut éveillé en sursaut par la dyspnée, en proie à une anxiété très vive. Il eut une crise assez forte qui dura plusieurs minutes.

La quatrième crise est survenue le mois suivant; elle dura environ une demi-heure sans perte de connaissance. Le lendemain, nouvelle crise, puis les accidents deviennent de plus en plus fréquents et arrivent à se produire tous les trois ou quatre jours jusqu'au mois d'octobre 1877.

Dans l'intervalle des grandes crises, le malade en avait eu très souvent de petites: celles-ci avaient quelque analogie avec les quintes de la coqueluche; elles se composaient de quatre, cinq ou six expirations courtes, précipitées, de moins en moins sonores, suivies immédiatement d'une inspiration profonde, plutôt ronflante que sifflante. Le malade se levait alors et faisait quelques pas avec agitation, il avait la face congestionnée et appliquait avec force un mouchoir devant sa bouche.

Les quintes, toujours précédées de la sensation de picotement ou de constriction laryngée, se reproduisaient jusqu'à six ou huit fois par jour, elles duraient de une minute et demie à deux minutes.

C'est à cette époque, le 8 octobre 1877, que M. X... m'est adressé par son médecin traitant, le docteur Keller. L'examen laryngoscopique me démontre l'existence de troubles fonctionnels nettement caractérisés: la corde vocale inférieure gauche était immobile, aussi bien dans l'effort de la respiration que dans l'effort phonétique.

La glotte put cependant s'ouvrir assez largement par la con-

Fourrier, lorsqu'il aura atteint son dernier degré de perfectionnement. On sait que cette queue aura 15 pieds de long et sera terminée par un œil: on n'en est pas encore là, et c'est tant pis; car on aimerait souvent à voir derrière soi.

Une des plus longues queues que l'on connaisse a été mentionnée par Greve en 1878 (*Virchow's Archiv*, Bd 72, p. 129). Elle se trouvait sur un nouveau-né, avait 7 centimètres et demi de long, et exécutait des mouvements lorsqu'on la piquait avec une aiguille. On l'enleva par une opération. Virchow a disséqué cet appendice, et n'y trouva ni os, ni cartilage, ni muscle (*Archiv*, Bd. 79). Néanmoins, cela pouvait passer pour une queue.

Michel a démontré qu'il existe distinctement une queue rudimentaire sur l'embryon humain, et la découverte d'hommes à queue semble confirmer la théorie de lord Monboddo, à savoir que toute l'humanité en portait originairement. Virchow fait remarquer l'occurrence fréquente d'une quantité considérable de poils à la région sacrée des nouveau-nés. La coutume, parmi certaines nations sauvages, de s'attacher des queues artificielles, a été regardée par quelques anthropologistes comme une réminiscence des temps plus heureux où leurs ancêtres en portaient de naturelles. Cependant Virchow n'accepte pas complètement cette opinion. Il rapporte plusieurs cas de queue humaine cités par des écrivains anciens et modernes.

Le docteur Ornstein (d'Athènes), chirurgien en chef de l'armée grecque, a recueilli récemment plusieurs faits de croissance anormale de poils à la région sacrée, et que Virchow désigne sous le nom de *trichosis sacra*. Ornstein pense que ces productions ont un caractère d'atavisme, et sont analogues aux queues poilues des animaux inférieurs. Virchow, ayant rencontré un cas de *trichosis* lombaire partielle, l'étudia avec soin, et en conclut qu'il peut exister deux conditions analogues, mais distinctes: une simple production de poils ou une prolongation glabre du coccyx, mais de structure cutanée. Le cas de Virchow paraît être une forme rare de

traction devenue habituellement plus énergique du crico-aryténoïdien postérieur du côté droit, suppléant ainsi à la paralysie de son congénère gauche dans une mesure suffisante pour permettre une respiration à peu près normale. Les muscles phonateurs, constricteurs en même temps, n'étaient nullement atteints par la paralysie ; aussi la voix était-elle intacte.

M. X... fut adressé en même temps à M. Charcot, qui a vu une crise se produire sous ses yeux dans son cabinet le 23 octobre 1877. Voici la narration que me fit le professeur de la Salpêtrière.

« M. X... était dans une pièce voisine, assis depuis quelques instants. Je l'entendis tousser et faire des inspirations bruyantes et prolongées; mais au lieu de cesser au bout de cinq ou huit secondes, comme dans les crises avortées, les inspirations devinrent très rapidement plus bruyantes et plus prolongées. J'allai près du malade et le trouvai assis, la tête renversée, le facies pâle et anxieux, les lèvres décolorées, avec une très légère teinte bleuâtre, la bouche fermée, un peu d'écume à gauche, l'ouverture palpébrale un peu rétrécie ; il me regardait, mais ne pouvait parler à cause de l'angoisse inspiratoire. D'une main il tenait un flacon d'éther ouvert, et il portait l'autre main au larynx. Au bout d'une ou deux minutes, les inspirations se firent plus facilement, le malade me dit qu'il allait mieux; mais il fut pris alors de nausées suivies immédiatement de vomissements de matières alimentaires et muqueuses. — M. X... se remit rapidement et sortit de chez moi au bout d'une demi-heure.

» Cette attaque avait été précédée, comme cela avait lieu habituellement, d'une sensation de brûlure ou de chaleur sur l'un des côtés du larynx. Pendant la durée de l'accès le pouls était assez fort, régulier, mais un peu accéléré, 90 environ. Le malade ne perdit pas du tout connaissance. » .

A plusieurs reprises (le 30 octobre, les 6 et 10 novembre) M. X... eut des crises qui se produisirent par accès jusqu'à sept fois dans les vingt-quatre heures, dont plusieurs avec perte de connaissance.

Après trois jours de calme relatif, il eut le 13 novembre, dans l'après-midi, la plus violente attaque qu'il eût encore éprouvée. Vers cinq heures, étant dans la rue, il ressentit tout à coup une sensation de brûlure au niveau de larynx. Prévoyant une attaque violente, il fit effort pour entrer dans la boutique la plus voisine ; mais il n'en eut pas le temps et tomba à genoux près du seuil de la porte. Il fut pris aussitôt de dyspnée avec inspiration sifflante et perdit connaissance. Au bout de dix minutes il se réveilla dans une pharmacie voisine. Il ressentait dans la tête des douleurs qui lui arrachèrent de véritables hurlements, et il était pris de tels mouvements spasmodiques des bras et des jambes, que plusieurs hommes purent à peine le maîtriser.

A partir de cette époque, il y eut, sous l'influence d'un traitement sédatif, une grande amélioration dans son état; au bout de quelques mois, les crises de suffocation avec perte de connaissance cessèrent complètement et je ne vis plus le malade.

Les renseignements suivants constituent en quelque sorte un nouvel historique, dont j'ai recueilli les détails, lorsque, après un intervalle de trois années, j'ai été récemment appelé à soigner de nouveau M. X...

Si les grandes crises avaient disparu, les petites crises avaient persisté à intervalles plus ou moins éloignés sous forme de quintes de toux convulsive très courtes en général, qui se produisaient de préférence au commencement des repas ou après une conversation prolongée ; ces crises avortées étaient toujours précédées de picotement ou de chatouillement, et accompagnées d'un peu de gêne inspiratoire. Mais M. X... avait pu se marier et vaquer à ses affaires qui le contraignaient à faire de longs et fréquents voyages. Le sens génésique était presque entièrement aboli: car durant les trois premiers mois de son mariage, remontant à trois ans et demi, il n'avait pas accompli une seule fois complètement l'acte conjugal. Plus tard cette impuissance a disparu.

Les symptômes généraux du tabes étaient les mêmes : douleurs fulgurantes, ténesme vésical et rectal, abolition complète du réflexe rotulien, léger retard dans la perception des impressions tactiles ; pas la moindre trace d'incoordination motrice.

Rémission complète au printemps de 1880, si bien que M. X... put aller au mois d'avril prendre part, en qualité d'officier, aux manœuvres de l'armée territoriale. Il dut marcher beaucoup et souffrit peu de ses douleurs fulgurantes. Il parla chaque jour plusieurs heures à haute voix et en plein air. A la fin, la voix, toujours sonore dans le commandement, était un peu voilée dans la conversation ; il y eut quelques quintes de toux, précédées de picotement laryngé, mais il n'y eut pas une seule crise violente.

Rentré à Paris, M. X... n'eut aucun accident jusqu'au 12 juin. Il avait pris un rhume six jours avant en faisant une promenade à la campagne ; la toux prit aussitôt la forme de petits accès précédés de la sensation laryngée.

Dans la nuit du 12 à onze heures du soir, sans cause nouvelle, il eut un accès de suffocation, avec perte de connaissance ; l'accès était de courte durée, le reste de la nuit fut calme.

Le 13, très légères quintes de toux.

Le 14, il s'était couché de bonne heure et avait dormi déjà, quand il fut réveillé à onze heures par le picotement laryngé et eut une crise avec perte de connaissance, dont il évalue la durée à vingt-cinq minutes.

Il vint me consulter le 15 : je prescrivis cinq grammes de bromure de potassium et je plaçai auprès de lui un garde capable de faire la trachéotomie, dans le cas où la suffocation menacerait d'arriver jusqu'à l'asphyxie.

M. X... dut garder la chambre, observer le silence, quoique la conversation ne provoquât que de très petites quintes. L'appétit était assez bon, mais M. X... mangeait peu parce que la déglutition rappelait quelquefois les crises. Il eut ce jour-là une crise à onze heures et demie du soir : réveillé en sursaut par sa sensation prémonitoire du côté droit du larynx, le malade avait eu quelques quintes de toux précipitées qui avaient cessé brusquement. Il semblait qu'il y eût alors occlusion de la glotte, et le malade perdit connaissance ; il était étendu presque en travers de son lit, la tête renversée en arrière, la face vultueuse, les lèvres violacées, les vaisseaux du cou turgescents et le cou lui-même très volumineux. Les battements du cœur étaient un peu accélérés (84). Le thorax restait immobile, sans mouvements respiratoires ; de temps en temps seulement il y avait un soubresaut des muscles inspirateurs, accompagné d'un bruit d'inspiration sifflante et pénible. Les membres ne faisaient que quelques mouvements sans

---

nœvus pilosus, situé sur un *spina bifida* fermé chez une femme adulte, et pourrait s'expliquer par l'hypothèse d'une irritation locale survenue dans les premiers temps de la vie.

Mais, d'autre part, la littérature médicale renferme un certain nombre d'exemples de véritable formation caudale chez l'homme, cet appendice paraissant provenir d'une élongation de la colonne vertébrale. Cependant aucun de ces cas ne s'accompagnait de production pileuse anormale. Un des cas d'Ornstein présentait une élongation distincte de la colonne vertébrale, paraissant provenir de l'espace situé entre la première et la seconde fausse vertèbre du coccyx. L'appendice lui-même était glabre, mais la région sacrée était le siège de poils nombreux.

— Un correspondant du *Boston medical and surgical Journal*, du 25 mars, donne des détails curieux sur la naissance d'un éléphant, fait que l'on a assez rarement l'occasion d'observer. Le 25 mai 1878, l'éléphant femelle Hébé fut deux fois couverte par un éléphant mâle, magnifique membre de la même troupe d'animaux. Dans l'acte de la copulation, on n'observa aucune particularité qui distinguât les éléphants des autres quadrupèdes. L'animal fut examiné en mars 1879 par les docteurs Leidy, professeur à l'université de Pensylvanie, Chapman, de Jefferson College, Penrose, Allen, John H. Brinton, etc. Les deux glandes mammaires, situées sur le thorax, immédiatement entre les jambes de devant, étaient tuméfiées, les mamelons proéminents, et les veines superficielles très dilatées. On nota la présence de glandes sébacées volumineuses sur le plancher de la bouche et derrière les yeux. Le petit éléphant naquit le 10 mars 1880 ; la période entière de la gestation avait donc été de 655 jours, soit une cinquantaine de jours de plus que le terme qu'on lui assigne ordinairement, et qui est de vingt mois. Le placenta, qui était zonulaire, fut présenté à l'Académie des sciences naturelles de Philadelphie.

La mère a environ dix-huit à vingt ans, et pèse 3625 kilogr.

caractère déterminé. Le malade ouvrit les yeux, et tout aussitôt il respira librement après avoir eu quelques éructations. Il conserva une sensation de lassitude extrême, de faiblesse générale; il était irritable, nerveux, disposé aux larmes; tout le corps, la face surtout, était inondé de sueurs.

Pendant la crise, on employa des révulsifs (éponges chaudes, sinapismes), des inhalations d'iodure d'éthyle, des injections sous-cutanées d'éther, sans résultat évident. Le malade se rendormit, et le reste de la nuit ne fut aucunement troublé. La journée suivante fut calme.

Le 16, M. X... s'endort à huit heures et demie du soir, à onze heures et demie crise de suffocation avec perte de connaissance complète; les mêmes phénomènes de congestion céphalique, pas d'affaiblissement du pouls qui reste régulier à quatre-vingt-six ou quatre-vingt-huit battements par minute. La crise dure environ vingt minutes. Elle se termine comme la précédente avec les mêmes signes d'excitabilité nerveuse.

Dans la même nuit, deux crises nouvelles à trois heures et à cinq heures du matin.

Je ne puis faire l'énumération de toutes les crises qui se succédèrent les jours suivants, malgré l'administration de fortes doses de bromure de potassium (12 grammes par jour). Ce traitement avait été décidé à la suite d'une consultation que j'eus avec MM. Charcot et Delpech; il fut convenu en outre qu'en cas de nécessité absolue, je pratiquerais la laryngotomie, selon la méthode que j'ai adoptée, c'est-à-dire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Ces crises furent en tous points semblables aux précédentes; dans quelques-unes, cependant, il y eut pendant la perte de connaissance deux ou trois contractions cloniques des membres; deux fois le malade se mordit la langue et une fois il eut une évacuation involontaire. Je n'insiste pas sur ces détails et j'arrive à l'accès du mercredi 23 juin, qui décida de notre conduite. La matinée avait été bonne. A trois heures de l'après-midi, étant éveillé, M. X... éprouve la sensation habituelle au larynx. Lorsque la crise éclate avec une extrême violence, la perte de connaissance est complète, la respiration s'arrête pendant quelques instants, le pouls devient insensible.

M. Giraudeau, un des trois internes qui alternaient auprès du malade (M. Raymondoud et M. Castex étaient les deux autres) fait la compression rhythmée du thorax et se prépare à ouvrir les voies de l'air, lorsque quelques respirations précipitées se produisent et annoncent la fin de la crise. J'arrive sur ces entrefaites et, en raison du danger qui résultait de ces spasmes de plus en plus violents, je me décide à intervenir.

J'ouvris l'espace crico-thyroïdien au thermo-cautère de Paquelin; le malade perdit à peu près deux cuillerées de sang, l'hémorrhagie cessa aussitôt après l'introduction de la canule

Le 24, jeudi, température 36°,8. A dix heures une quinte de toux avec la sensation laryngée; le cou se gonfle, les veines se dessinent, la face se congestionne, les lèvres se cyanosent, à la fin larmoiement et salivation. Cette crise dure en deux reprises environ une minute et demie. Il n'y eut pas de perte de connaissance.

De temps en temps encore, il y eut de semblables quintes de toux, dont plusieurs eurent tout à fait l'aspect des crises légères, mais toujours sans perte de connaissance. Il est certain que les symptômes nerveux continuaient à se produire et qu'il y avait toujours non seulement spasme du larynx, phénomène qui, à partir du moment de l'opération, n'avait nulle importance; mais aussi spasme du diaphragme auquel la laryngotomie n'avait porté aucun remède; toutefois le spasme diaphragmatique était fort passager, et par conséquent tout danger de mort était effectivement écarté.

A partir de ce jour, les accès allèrent en diminuant d'intensité et de nombre, et comme les suites de l'opération furent très simples, le malade put se lever et sortir au bout de quelques jours. Dans une seconde consultation que j'eus avec MM. Charcot et Delpech, nous décidâmes de cesser toute médication interne, mais de laisser à demeure la canule du malade.

En résumé, et malgré l'absence de toute incoordination du mouvement, nous n'avons pas hésité un instant à reconnaître l'existence d'un lien pathogénique entre l'ataxie locomotrice et les spasmes auxquels nous assistions.

Envisagé au point de vue de l'intensité, le spasme se présentait sous trois aspects:

1° Quinte de toux convulsive coqueluchoïde, ou bien plusieurs quintes se succédant rapidement et constituant un petit accès. 2° Accès de suffocation allant jusqu'à la perte absolue de la connaissance, pendant lequel survinrent quelquefois des mouvements épileptiformes. 3° Enfin au maximum d'intensité, la perte de connaissance se prolonge, la respiration se suspend, les battements du cœur s'affaiblissent et le malade est en imminence d'asphyxie. (Ce danger est écarté par la laryngotomie.)

Voici maintenant un second fait que je vais présenter brièvement :

Obs. II. — M. J. P..., cinquante et un ans, copiste de manuscrits, a été bien portant jusqu'à vingt ans, malgré quelques palpitations et un état nerveux difficile à définir à cet âge (1847); il eut un chancre induré, suivi d'accidents secondaires assez légers, sauf deux bronchites intenses, qu'il contracta à de longs intervalles; il jouit d'une santé parfaite jusqu'à l'apparition des indices de l'ataxie locomotrice. Il avait alors trente-sept ans.

Le symptôme qui se montra le premier (1863) fut la dilatation de la pupille gauche, avec chute de la paupière supérieure correspondante, strabisme divergent et diplopie. Un an plus tard, apparurent les douleurs fulgurantes et lancinantes avec engourdissement de la jambe gauche et ataxie manifeste pendant la marche.

Les troubles de la locomotion progressèrent lentement, et, il y a trois ans, la marche était encore possible. La sensibilité s'est altérée conjointement avec la motilité. Au moment où je vois le malade, je constate une anesthésie complète à la température et au toucher, surtout marquée aux membres inférieurs, mais existant aussi aux membres supérieurs et à la tête; les crises douloureuses sont fréquentes et très intenses, elles affectent princi-

---

La naissance eut lieu vers deux heures et demie du matin. Voici, d'après le veilleur, comment les choses se sont ensuite passées. Lorsque le veau fut né, six autres éléphants enchaînés sur la même plate-forme dressèrent leurs trompes en l'air, et, dansant en rond autant que le leur permettaient leurs chaînes, poussant des cris éclatants comme ceux de la trompette, donnèrent lieu à une scène d'une sauvagerie indescriptible. La mère enleva son veau avec sa trompe et le lança à travers l'étable, à une vingtaine de mètres de distance; puis, rompant ses chaînes, elle s'élança sur lui, brisant la palissade et démolissant un tuyau de poêle dans sa course. Le cornac arriva alors, calma et rattacha l'animal, qui resta docile. Le nouveau-né est une femelle, pesant à sa naissance 97 kilogr.; sa hauteur était de 35 pouces; sa longueur, 4 pieds 6 pouces; le tour du corps, 3 pieds 11 pouces. Lorsque la mère l'eut jeté, le *bébé éléphant* se releva lui-même et se mit à marcher autour de la pièce; et lorsque l'excitation de la mère fut calmée il vint près de celle-ci, qui le reçut avec beaucoup de caresses.

— On sait combien les examens de femmes sont en clientèle chose délicate, plutôt toutefois au point de vue de l'intérêt professionnel que de l'examen en lui-même. En cas de mécontentement de la cliente, le médecin en est souvent quitte pour son changement, et il est rare, sauf les cas graves, qu'on instruise contre lui. Il nous a donc paru indiqué de raconter ici le fait suivant.

Une action judiciaire fut intentée dernièrement, en Angleterre, par une jeune femme nommée Louisa Latter, demandant des dommages-intérêts pour une violation de sa personne commise dans des circonstances un peu exceptionnelles. Les défendeurs étaient un nommé Captain et mistress Braddell, au service desquels avait été la demanderesse, et un médecin du nom de Sutcliffe. Le cas avait déjà été appelé aux assises précédentes; mais le jury s'était déclaré incapable de formuler un verdict, la cause étant nouvelle, et on l'avait renvoyée à la session suivante.

La défenderesse, mistress Braddell, pensant que sa domes-

palement les formes cardiaque et gastrique avec anxiété précordiale.

Les digestions, qui ont toujours été laborieuses, s'effectuent cependant assez bien; la défécation est normale; mais il y a de l'incontinence d'urine et parfois un peu de rétention.

L'ensemble des symptômes précédents ne laisse aucun doute sur l'existence de l'ataxie. Voici maintenant en quoi consiste le phénomène principal de l'observation : le trouble respiratoire.

Depuis sept ou huit ans, le malade souffre d'une toux spasmodique, violente, férine, le plus souvent sans expectoration. Chaque accès de toux est suivi d'une inspiration bruyante, stertoreuse. Toutefois, dans les moments de repos complet, les accès ne provoquent pas ces phénomènes; mais la respiration devient difficile à l'occasion du moindre mouvement. Les mouvements de déglutition causent une anxiété plus grande encore, non pas que, en elles-mêmes, les contractions des muscles pharyngés soient pénibles, mais parce qu'elles provoquent les contractions convulsives du larynx; la respiration devient aussitôt insuffisante. Le plus souvent, les accès correspondent à ceux de la première catégorie chez mon premier malade, et de temps en temps ils vont jusqu'à la perte de connaissance. Les plus intenses se produisent après l'ingestion de vin pur ou de quelque autre liquide légèrement irritant. Ils sont identiques à ceux que j'ai décrits précédemment.

A l'état de repos, la respiration est silencieuse; mais dès que le malade parle, la fin de chaque insipration est suivie d'un petit bruit caractéristique comme un cornage rudimentaire. Pendant le sommeil la respiration est bruyante, saccadée, d'autant plus difficile que la tête est placée plus bas. Le sommeil est très fréquemment interrompu par des réveils en sursaut que provoque le sentiment d'oppression.

Après quelques mois de traitement, les accès deviennent moins fréquents, et plusieurs fois ils donnèrent lieu seulement à une sorte d'obnubilation sans perte complète de connaissance.

L'inspection laryngoscopique m'avait, dans ce cas, révélé une parésie des inspirateurs. Les cordes vocales inférieures très rapprochées décrivaient une ellipse irrégulière, et en les touchant on provoquait un spasme, avec pâleur de la face et sensation de vague allant presque jusqu'à la perte de connaissance.

Obs. III. — Mme L..., quarante-sept ans, service de M. Charcot, ataxique depuis 1871. La maladie débute par des troubles oculaires, paralysie du moteur oculaire commun.

En 1875 apparaissent les douleurs fulgurantes avec affaiblissement des membres inférieurs, et quelques mois plus tard des crises gastriques non douloureuses, caractérisées simplement par des vomissements presque quotidiens, qui parfois se répètent sans cesse pendant un mois. Un peu plus tard survient de l'engourdissement dans les deux mains, dans la moitié droite de la face et une névralgie orbitaire droite; la marche devient irrégulière, saccadée et se fait par petits sautillements.

A ce tableau s'ajoutent enfin les accidents laryngés; ils sont ainsi constitués : la malade éprouve au larynx une sensation de corps étranger qui provoque une toux sèche et saccadée; puis elle est prise d'un cornage aigu inspiratoire; la respiration est haletante, la voix entrecoupée. La dyspnée et le cornage persistent de quelques minutes à une ou plusieurs heures. Ces crises se répètent quelquefois coup sur coup, elles éclatent pendant le repos, surtout la nuit; mais le mouvement de la marche ne manque presque jamais de les provoquer.

Ce sont là les crises légères; mais la malade en a de beaucoup plus intenses ; elle en fut prise trois fois dans les dix jours qui suivirent son entrée (février 1877).

A l'examen laryngoscopique que j'ai pratiqué à plusieurs reprises, je ne constate aucune altération, le spasme, qui est intermittent, ne laissant pas de trace au repos; donc pas de paralysie.

Les deux premiers accès furent semblables ; au début c'était du cornage accompagné d'une sorte d'aboiement; la malade perdit connaissance et tomba, puis elle eut dans les bras et ensuite dans la jambe gauche des secousses convulsives ; la tête était tournée à droite et les yeux dirigés à gauche, de l'écume sur les commissures labiales. Évacuation d'urine involontaire. La crise dura dix minutes et se termina tout d'un coup, sans période de torpeur ou de coma.

Indépendamment de ces accidents, la malade a depuis quatre ou cinq ans des accès de vertige auriculaire ; mais cette dernière affection se présente avec ses caractères les plus typiques.

Il est impossible de faire confusion entre les phénomènes dépendant de l'oreille et ceux provenant du larynx.

Voici enfin une dernière observation, relevée à la consultation externe de la Salpêtrière.

Obs. IV. — C..., soixante-sept ans. L'affection actuelle a débuté il y a quinze ans, par des crises laryngées très violentes, survenant sans raison apparente, indépendamment de l'alimentation et consistant en cornage avec sifflement inspiratoire.

Pendant trois ans, ces crises avec cornage ont été le seul symptôme tabétique présenté par le malade.

Il y a deux ans, toute une série de symptômes nouveaux s'est développée d'une façon presque subite. Le malade aurait été pris d'une sorte de vertige, à la suite seraient survenus l'incoordination motrice, des troubles du côté de la vessie et du rectum, de la diplopie et un certain degré de surdité à gauche et depuis sept ou huit mois des douleurs fulgurantes et en ceinture.

Aujourd'hui le malade présente un tableau clinique complet de tabes dorsal.

Je ne ferai suivre ces observations que de quelques remarques : on voit que les accidents laryngés sont absolument variables d'un malade à un autre, et quant à l'intensité et quant à la fréquence.

En général, ils n'atteignent pas d'emblée le maximum d'intensité : au début, ils se bornent à quelques quintes de toux spasmodiques avec reprise coquelucholde et avec une gène respiratoire variable depuis l'inspiration sifflante jusqu'au cornage.

Ils semblent prendre plus de gravité à mesure qu'ils se répètent ; ils ont du moins suivi cette marche progressive d'une façon bien évidente chez mon premier malade. Mais la

---

tique était enceinte, informa son mari du fait; le mari écrivit au docteur Sutcliffe pour le prier de venir examiner sa servante le plus tôt possible. La plaignante monta alors à sa chambre, où le docteur la suivit et l'examina; il trouva qu'elle n'était pas enceinte, descendit vers mistress Braddell et lui dit que ce qu'elle avait de mieux à faire était de s'excuser auprès de sa servante. Celle-ci prétend que tout cela s'est fait contre sa volonté, et qu'elle a toujours protesté contre tout examen. Elle prétend en outre que l'examen n'a pas été fait d'une manière convenable, et qu'il n'a pas eu lieu avec toutes les précautions que l'on prend en pareil cas. Le docteur Sutcliffe, d'autre part, soutient que la plaignante n'a jamais fait d'objection, soit à l'examen, soit à la manière dont il a été pratiqué; il l'a fait d'ailleurs comme il le fait toujours. Le président du jury pensa que, en ce qui concernait Captain et mistress Braddell, rien ne prouve qu'ils aient autorisé ou ordonné d'examiner la plaignante sans son consentement, et que par conséquent il n'y a pas lieu de les rendre responsables du fait; il laissa au jury de décider si le docteur Sutcliffe a pratiqué son examen contre la volonté de la plaignante et d'une manière inconvenante. Le jury se prononça en faveur du médecin sur les deux points, et rendit un verdict qui renvoyait les accusés des fins de la plainte.

La conclusion de l'affaire est donc satisfaisante; mais on ne peut trop conseiller aux médecins de ne jamais entreprendre d'examen, de quelque sorte qu'il soit, sans avoir obtenu devant témoins le consentement formel de la personne. L'ordre d'un maître ou de la police ne suffit pas; la personne doit consentir de sa propre volonté.

Bien que la chose ait eu lieu en Angleterre, nous pensons que les conseils qui terminent ce récit peuvent s'appliquer à nos confrères français, *prudence* étant partout mère de *sûreté*.

— Les journaux de toute nature ont rapporté récemment l'histoire d'un fabricant de diplômes, le docteur Buchanan,

crise laryngée est cependant moins un phénomène à phases successives qu'un accident à formes multiples, puisque même dans les périodes où se montrent les crises les plus graves, les troubles légers du début se sont encore montrés.

J'ai donc pu admettre, comme M. Charcot, trois catégories d'accidents dont la description me paraît très suffisamment dériver des observations qui viennent d'être relatées.

Je n'ai rien à dire sur les causes qui provoquent le retour des crises, elles éclatent très souvent d'une façon en apparence toute spontanée ; parfois cependant il existe des causes déterminantes, parmi lesquelles je signalerai surtout la fatigue vocale.

L'intermittence du phénomène morbide et surtout sa brusque et violente apparition, ainsi que, du reste, l'examen laryngoscopique lui-même, ne laissent aucun doute sur sa nature essentiellement spasmodique ; une paralysie partielle et même persistante peut accompagner le spasme.

C'est ainsi que, par une de ces modalités pathologiques dont il n'est pas aisé de pénétrer la cause première, mais dont il est impossible de méconnaître la réalité, la paralysie persistante d'un muscle ou d'un groupe musculaire produit facilement, dans le même organe, la contraction spasmodique du groupe musculaire antagoniste.

La paralysie du crico-aryténoïdien postérieur a été observée plusieurs fois même en dehors du *tabes dorsalis*, et l'autopsie ayant pu être faite dans quelques cas rares (Riegel, Penzolt, Sidlo), on a constaté la dégénérescence et l'atrophie des muscles de la glotte.

Il n'y a rien de surprenant à ce que cette forme de paralysie ne produise pas de troubles respiratoires, à moins de complication spasmodique. La glotte à l'état normal ne s'ouvre pas largement dans la respiration au repos, et il est aisé de comprendre qu'un seul des dilatateurs puisse par suractivité fonctionnelle suppléer suffisamment à l'inaction de son congénère paralysé, pour permettre une respiration normale. La glotte, en d'autres termes, peut être aussi largement ouverte par la contraction quelque peu forcée d'un des crico-aryténoïdiens postérieurs qu'elle l'est habituellement lorsque les deux muscles fonctionnent régulièrement.

La respiration normale est donc compatible avec la paralysie unilatérale du crico-aryténoïdien postérieur ou la parésie bilatérale des deux muscles, et les phénomènes asphyxiques que nous venons de décrire ne dépendent nullement de ces altérations de fonctions ; ils relèvent entièrement du spasme des constricteurs de la glotte, qu'il soit ou non compliqué de la paralysie des dilatateurs.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

De la pelletiérine.

Permettez-moi une rectification concernant l'article que M. le docteur Catrin vient de publier sur la pelletiérine dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*.

Au cours de mes recherches sur le grenadier, je reconnus que ce que j'avais d'abord pris pour un alcaloïde unique, n'était qu'un mélange de quatre alcaloïdes que je parvins à isoler. Pour qu'on pût se reconnaître dans leur étude, je les appelai provisoirement pelletiérines α, β, γ, δ ; puis quand les analyses de ces nouveaux corps furent terminées, je leur donnai des noms en rapport avec leur composition. C'est ainsi que les quatre alcaloïdes devinrent : pelletiérine, isopelletiérine, pseudo-pelletiérine et méthylpelletiérine. Mais d'*alcaloïde Tanret* il n'en a jamais existé. M. Falck (de Kiel) n'avait aucun droit, — pas plus que M. Blumberg, qui avait déjà voulu changer le nom de mon *ergotinine* contre celui de *picrosclérotine*, — de donner le nom de *punicine* aux quatre alcaloïdes que j'avais découverts, parce que ces quatre alcaloïdes n'ont aucun rapport avec la matière résineuse que Righini avait appelée *punicine*. C'est ce que M. Méhu, dont je m'honore d'avoir été l'élève, a prouvé péremptoirement. Il a ainsi fait acte de bonne justice en maintenant le nom de *pelletiérine* que, comme auteur, j'avais eu le droit de donner (1).

C. Tanret,
Lauréat de l'Institut.

(1) M. Tanret se livre ensuite à une critique du mémoire au point de vue de l'action thérapeutique, au sujet de laquelle il n'était nullement en cause ; puis à une défense des *spécialités*, que M. Catrin n'a aucunement attaquées, et, enfin, il relève ces deux lignes du mémoire : « Le prix élevé du médicament (10 fr.) rend dans les classes peu aisées l'insuccès plus cuisant. » M. Tanret nous fait savoir que, chaque fois que des confrères lui ont demandé de la pelletiérine pour des malades peu aisés, il « ne la leur a pas vendue le prix que M. Catrin indique ». Nous lui donnons acte de cette bonne action ; mais nous ne pouvons engager la *Gazette hebdomadaire* dans de pareils débats. M. Catrin n'a fait qu'user d'un droit qui n'a jamais été contesté en faisant intervenir le prix vrai d'un médicament dans les considérations relatives à son emploi dans la pratique.

---

qui, sur le point d'être pris, s'est jeté d'un bateau à bord duquel il se trouvait, dans la Delaware, pour faire croire à un suicide, et arrêter les poursuites ordonnées contre lui. L'histoire en restait là. Nous apprenons que ce faussaire a été arrêté dans le Michigan. Il s'était caché dans le Canada après son prétendu suicide ; mais là les *detectives* l'avaient suivi, et il fut pris à Saint-Clair, sur la rivière de Détroit. On l'a ramené à Philadelphie, où son procès s'instruit.

L'aventure du docteur Buchanan a une suite. Elle a provoqué de la part du *Times*, sur la valeur des diplômes et titres médicaux, un article qui nous fait supposer que les *faiseurs* ont encore de beaux jours en Angleterre. Voici comment le *British medical Journal* s'exprime à ce sujet :

« Le *Times* a écrit un article singulièrement cynique (cynical) sur la valeur des titres. Il prétend que les faux diplômes sont presque aussi bons que les autres, et qu'on pourrait abolir le titre du docteur médecin, et permettre à toute personne qui exerce la profession de s'appeler docteur à volonté. Dans ses commentaires sur les poursuites exercées en Amérique contre le docteur Buchanan, pour avoir forgé des diplômes médicaux, le *Times* dit que nos anciennes universités ont péché tout autant que lui en faisant des titres une simple affaire d'argent. Des milliers de personnes ajoutent à leur nom M. A. (master of arts), *maître ès arts ;* D.D. (?), ou D. C. L. (doctor of Civil Law), *docteur en Code civil*, sans avoir subi un seul examen, ou prouvé qu'ils ont suivi un cours, ou justifié qu'ils possèdent plus de connaissances qu'il n'en faut pour obtenir le degré de B. A. (bachelier ès arts).

» Il est à peine besoin de dire que le titre de D. D. ne signifie rien du tout, si ce n'est une addition appropriée à certains emplois. Il n'y a pas de titre qui soit tombé dans un discrédit aussi complet. Le « city knight » (mot à mot : chevalier de ville, employé dans le sens de « bourgeois » avant 1789), si méprisé actuellement, était un personnage réel et honorable

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international d'hygiène de Turin.

SÉANCES DES SECTIONS.

La langue généralement employée au Congrès de Turin était la langue française, mais les secrétaires des sections étaient italiens, et, malgré toute leur bonne volonté, il leur était difficile de résumer immédiatement les communications et les discussions qu'ils entendaient, en une langue qui ne leur était pas complètement familière. Aussi, les procès-verbaux ont-ils été très insuffisants; il devient donc presqu'impossible de faire un compte rendu fidèle des diverses sections, trop multipliées d'ailleurs, qui se réunissaient toutes à la même heure. Nous devrons presque nous borner à transcrire les vœux émis, qui ont été enregistrés dans l'intéressant rapport général de M. le docteur V. Demaison (de Turin), et à rappeler les communications les plus importantes. Ce sont là, du reste, les indications qu'il est nécessaire et suffisant de reproduire.

1re SECTION.

Hygiène générale et internationale.

La statistique sanitaire, considérée comme la base fondamentale des recherches pathogéniques et des prescriptions de l'hygiène, a donné lieu, à la suite d'une communication de M. le docteur *Brambilla* (de Turin), à un débat très animé; il apparut qu'il devenait chaque jour plus urgent de créer un *Bulletin de statistique sanitaire*, uniforme pour toutes les nations, et une commission composée de MM. Bertillon, Carville (France), Ybanez de Aldecoa (Espagne), Dunant (Suisse), Toscani et Rizzetti (Italie) a été chargée d'en rédiger le programme et d'en préparer les éléments.

Les rapports de la météorologie et de l'hygiène préoccupent depuis longtemps M. le docteur *Drouineau* (de la Rochelle), partisan très zélé de l'organisation des recherches météorologiques dans les diverses communes de France; il faudrait, pour ainsi dire, que les lectures régulières du baromètre et du thermomètre fussent passées dans les habitudes des instituteurs, afin de fournir aux savants de profession des renseignements vraiment utiles sur les variations climatériques, et d'obtenir ainsi des applications pratiques.

M. le docteur *A. Proust* (de Paris) donne lecture du remarquable *Programme de recherches pour les épidémies de fièvre typhoïde*, qu'il a rédigé au nom du Comité consultatif d'hygiène publique de France, et qui a été adressé par les soins du ministère à tous les membres des Conseils d'hygiène. Ce programme est trop connu pour que nous insistions ici; mais nous tenons à mentionner l'impression très favorable qu'il a produite sur les membres étrangers, qui se sont empressés de nommer une commission spécialement chargée de son étude, commission composée de MM. Baccelli, Ratti, Spatuzzi (Italie), Colin, Proust (France), Félix (Roumanie), Eulenberg (Allemagne). Signalons, à cette occasion, des cartes topographiques de la province de Terra di Lavoro, présentées par M. le docteur Spatuzzi (de Naples), cartes dressées spécialement en vue de l'étude étiologique des épidémies de fièvres palustres et typhoïdes.

M. le docteur *Baccelli* (de Rome), président de la section, fait un brillant exposé des dispositions prises par le gouvernement italien pour établir, dans la campagne de Rome, des colonies pénitentiaires destinées à procéder à l'assainissement de cette région, dont les dangers séculaires pour la santé publique ont été tant de fois décrits; à l'unanimité, la section, sur l'initiative de M. le docteur Teissier (de Lyon), déclare qu'on ne saurait trop louer et encourager le gouvernement italien dans cette œuvre, « considérant que la mortalité qui en résulte ne saurait être comparée aux immenses avantages que l'on peut en retirer au point de vue de l'hygiène générale et de la civilisation ».

La prophylaxie internationale de la syphilis, à la suite d'un rapport de M. le docteur *Catella* (de Turin) et d'observations présentées par MM. les docteurs Catella, Gallia, Liorano (de Turin) et Gibert (du Havre), a donné lieu au vœu suivant, qui, nous voulons l'espérer, ne sera pas trop longtemps oublié : « Considérant que le commerce maritime est un moyen de transmission international des maladies vénériennes et syphilitiques, les gouvernements doivent prendre des mesures efficaces pour empêcher ce danger, en exigeant des équipages, soit au départ, soit à l'arrivée, une *patente nette* de ces affections. »

Une discussion trop écourtée sur la *pellagre*, en l'absence très regrettable des savants italiens qui ont si bien étudié cette question intéressante, n'a pu qu'engager la section à réclamer pour le prochain Congrès que « les médecins compétents des pays où la pellagre est endémique soient invités à continuer leurs études et à éclairer l'origine de cette maladie ».

Plusieurs représentants et fondateurs de *bureaux d'hygiène* se trouvaient dans cette section : M. le docteur Gibert rappela l'organisation et le fonctionnement de celui du Havre; M. Delcominète en fit de même pour Nancy; M. le docteur Toscani pour Rome; MM. les docteurs Bertillon, Liouville, Proust, Pamard, Dubrisay, en profitèrent pour rouvrir la discussion sur l'organisation de l'hygiène publique, et l'on se trouva aisément d'accord pour demander la création de bureaux d'hygiène dans les grandes villes.

---

en comparaison de celui-là; en général, il avait fait quelque chose pour obtenir son titre.... »

Si nous avons bonne mémoire, lorsqu'il y a quelques années la question de l'assimilation des grades étrangers aux diplômes français fut agitée en France, le *Times* fut un des organes de la presse anglaise qui se sentirent le plus blessés des difficultés qui s'élevèrent chez nous contre cette assimilation. Ce que ce journal nous apprend aujourd'hui de la valeur des titres pseudo-scientifiques en Angleterre nous paraît cependant justifier pleinement les obstacles qu'on apporta à l'exercice de la médecine en France par les *se disant médecins* étrangers, et les précautions qui furent prises à cette époque par nos gouvernants; précautions qui, il est bon de le dire, sont strictement observées actuellement à la Faculté de médecine de Paris.

L. H. Petit.

Assistance publique. — En exécution de l'arrêté préfectoral, en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du IIIe arrondissement que, le lundi 18 octobre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— En exécution du même arrêté préfectoral, le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XIVe arrondissement que le vendredi 22 octobre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

IIe, IIIe, Ve ET VIe SECTIONS.

Hygiène domestique et privée. — Hygiène professionnelle. — Hygiène appliquée à l'agriculture. — Hygiène appliquée à l'industrie.

Ces quatre sections ne tardèrent pas à se réunir, leurs travaux se confondant assez pour désirer que les membres de chacune d'elles ne se trouvassent pas éparpillés dans des locaux à peu près inoccupés.

Le tabac, cela va sans dire, a donné lieu à quelques chaudes querelles bien inoffensives ; le secrétaire général de l'une des nombreuses associations qui en combattent l'abus n'a pas manqué au devoir de sa fonction. Mais ce qui est plus important, il a été donné lecture, au nom de M. le docteur *Jacquemart* (de Paris), d'un important mémoire sur le *nicotisme professionnel*, présenté à la Société contre l'abus du tabac. Ce mémoire fait connaître un procédé nouveau pour la recherche de la nicotine dans les liquides de l'économie; l'auteur a pu ainsi en déceler des traces notables dans le liquide amniotique, chez des ouvrières de la manufacture des tabacs, et il se croit en droit de trancher, à l'aide de ces faits, l'hypothèse si discutée du nicotisme. Conformément à ses conclusions, la section adopte les principes suivants : 1° les ouvrières des manufactures de tabac ne doivent pas nourrir leurs enfants ; 2° les ouvrières enceintes devraient être placées dans des ateliers hygiéniquement tenus.

— *La syphilis des verriers* a été observée par M. le docteur *Rollet* (de Lyon) dans un très grand nombre de cas de transmission ; on sait qu'elle a lieu au moyen de la canne à souffler, que les souffleurs de verre se passent de bouche à bouche, et qu'elle est d'autant plus facilitée que l'usage de la canne détermine dans la bouche une ulcération professionnelle. Faut-il préconiser l'emploi d'une embouchure spéciale, même en imposer l'usage aux jeunes apprentis, comme le demande M. le docteur Napias (de Paris), afin de les obliger à s'habituer à cette précaution? Ne vaut-il pas mieux faire, à ce point de vue, une inspection médicale régulière des ouvriers dans les verreries? La section recommande vivement l'adoption de ces mesures.

— M. le docteur *Layet* (de Bordeaux) expose, dans une remarquable étude, combien les *intoxications par le minium sont plus rapides et plus sérieuses que celles produites par la céruse*. — Mme le docteur *Emilie Bowell-Sturge* (de Londres), à la suite d'une communication sur l'*hygiène des peintres à Londres*, apportant une nouvelle arme dans cette croisade contre le plomb, qui est comme le cri de guerre des hygiénistes, fait adopter la proposition : que les gouvernements empêchent l'usage du blanc de céruse et cherchent à y substituer l'oxyde de zinc.

— M. le docteur *Napias* (de Paris) rend compte d'un nouveau cas de *crampe professionnelle* observé chez un émailleur de photographies.

— *La désinfection des objets de literie dans les maladies contagieuses* est depuis quelques années réclamée avec instance par tous les hygiénistes ; on se rappelle les intéressants travaux de M. le professeur Vallin à ce sujet, et l'on sait que l'administration se préoccupe d'installer à Paris deux étuves de désinfection analogues à celles qui fonctionnent depuis longtemps dans les pays étrangers. — M. le docteur *Drouineau* (de la Rochelle) appelle de nouveau l'attention sur cette question en signalant les dangers que peut faire courir l'industrie des matelassiers, qui s'exerce d'ordinaire à l'air libre, sur la rue ou dans les cours de nos maisons. Il serait donc nécessaire que les matelas fussent tout d'abord désinfectés. Aussi la section, après une discussion soulevée par MM. les docteurs Vallin, Fauvel et Layet, réclame-t-elle que « dans tous les grands centres et près de tous les hôpitaux on établisse des étuves de désinfection pour les objets de literie et les vêtements, et que cette désinfection soit rendue obligatoire dans les maladies contagieuses ».

— M. le docteur *Vallin* (de Paris) fait une communication sur le *rouissage*, et compare, au point de vue hygiénique, le rouissage agricole et le rouissage industriel ; il propose, et la section approuve, « l'adoption, au moins pour les centres de grande production, du rouissage dans de grandes usines spéciales ».

— *Le gaz d'éclairage devant l'hygiène* est le titre d'un mémoire des plus remarquables, lu par M. le docteur *Layet* (de Bordeaux), dans lequel il insiste plus particulièrement sur les dangers que fait courir l'oxyde de carbone dans la composition du gaz d'éclairage.

Au point de vue de l'hygiène publique, l'infection du sol des villes par les infiltrations souterraines du gaz d'éclairage offre une grande importance ; car la canalisation ne cesse de s'accroître et l'expérience a montré que, même avec le meilleur système, il faut admettre une perte moyenne annuelle de 10 pour 100 de la production industrielle, ce qui, pour Paris, représente environ 15 millions de mètres cubes perdus annuellement, soit 250 000 mètres cubes par kilomètre carré. Non seulement cette infection du sol peut être dangereuse, par les émanations qui en résultent (on en a vu des exemples très curieux lors des grands froids de l'hiver dernier), mais encore en portant atteinte à certaines mesures générales d'assainissement, plantations d'arbres et autres. D'ailleurs, les seuls travaux d'installation du gaz n'ont-ils pas été fréquemment le point de départ de véritables épidémies de fièvres, d'accès d'origine tellurique? Il importe donc de rechercher quel est l'élément toxique du gaz, et M. le docteur Layet rend compte d'expériences fort probantes qui démontrent que l'oxyde de carbone est « le seul élément toxique du gaz ». A la suite de cette communication dont nous ne rappelons que quelques parties (nos lecteurs pourront la lire *in extenso* dans le numéro d'octobre de la *Revue d'hygiène*), la section a exprimé le vœu que l'on trouve un moyen sûr pour dépouiller le gaz d'éclairage de l'oxyde de carbone.

— M. le docteur *Fabre* (de Commentry) a entretenu ses collègues de l'*hygiène des mineurs de nos jours*, en établissant que la santé des ouvriers ne se trouve chez eux altérée aujourd'hui que par un séjour prolongé dans des chantiers spéciaux à cause : 1° de l'élévation de la température ; 2° de l'humidité ; 3° de l'air confiné et vicié ; 4° des poussières charbonneuses ; 5° des gaz provenant de l'explosion de la poudre de mine et de la dynamite.

A la suite de cette intéressante communication, et comme corollaire, le savant professeur d'hygiène de l'Université de Turin, M. le docteur *Pagliani*, a exposé les conditions sanitaires déplorables au milieu desquelles se trouvaient les ouvriers qui travaillaient au percement du tunnel du Saint-Gothard, conditions très suffisantes pour expliquer l'anémie grave qu'on a observée chez eux. Il faut, au reste, considérer comme un épiphénomène la présence, dont on a fait grand bruit, d'ankylostomes duodénaux rencontrés chez ces malades ; ce parasite a toujours existé dans le Piémont.

La section a cru devoir réclamer des gouvernements intéressés une loi destinée à sauvegarder la santé des ouvriers travaillant dans les tunnels.

— Nous ne pourrions analyser ici l'important travail de M. le docteur *E. Vidal* (de Paris) *sur les moyens légaux ou d'initiative privée à opposer aux falsifications des denrées alimentaires* ; cette étude, très complète et très intéressante, se résume dans les conclusions suivantes unanimement approuvées. (Des conclusions à peu près analogues ont été adoptées à l'assemblée d'hygiène et de médecine publiques de Bruxelles) :

1° Presque toutes les législations sont insuffisantes pour la répression de la falsification des aliments et des boissons ;

2° dans tous les pays où cette répression est insuffisante, la surveillance est imparfaite; la recherche et la constatation des contraventions doit être activée : *a*, par la création de laboratoires municipaux ou cantonaux d'analyse; *b*, par la mission confiée aux commissions sanitaires et aux inspecteurs de la santé de rechercher et de poursuivre les délinquants; *c*, par la facilité donnée aux particuliers et aux associations (Sociétés d'hygiène, Sociétés de tempérance, Sociétés de consommation, etc.) de porter leurs plaintes aux commissions ou aux inspecteurs sanitaires et même directement aux chefs des laboratoires municipaux ou cantonaux d'analyse; 3° une marque de garantie facultative, scellant, après analyse chimique, les denrées alimentaires examinées dans les laboratoires d'analyse spécialement désignés, permettrait de fournir à la consommation du public des denrées alimentaires parfaitement pures.

— Signalons encore dans cette section : une attrayante description présentée par M. *Chambrelent* fils (de Bordeaux) des gigantesques *travaux d'assainissement entrepris dans les landes de Gascogne* par son père et des résultats hygiéniques si instructifs qui en ont été les conséquences; un mémoire de M. le docteur *Mathias Roth* (de Londres) sur les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles travaillent les ouvriers qui font les machines pour les bateaux à vapeur, ce qui conduit à demander l'amélioration de ces conditions et la diminution de la durée du travail; un travail de M. le docteur Raymondaud (de Limoges) *sur les accidents produits par les machines agricoles.*

IVe SECTION

Hygiène des écoles — Hygiène des enfants.

Dès le début de ses travaux, cette section s'est préoccupée de l'*inspection médicale obligatoire dans toutes les écoles.* Nous ne suivrons pas M. le docteur *Mathias Roth* (de Londres), qui a ouvert la discussion, MM. les docteurs *Bourneville* (de Paris), *Mezzini* (de Bologne), *Crocq* (de Bruxelles), *Gibert* (du Havre), dans les explications qu'ils ont fournies sur cette question bien connue, bien souvent traitée et qui est partiellement entrée en voie de réalisation dans diverses villes; disons seulement que M. le docteur *Lubelski* (de Varsovie) a fait incidemment observer la difficulté de cette inspection à cause de l'opposition des parents et de l'antagonisme des races dans certains pays; c'est là encore une mesure trop souvent entravée par « la liberté des pères de famille ». La section n'a pas manqué de déclarer « indispensable une visite médicale périodique de toutes les écoles ».

— M. le docteur *Gamba* se devait à lui-même de décrire à ses collègues les *écoles de rachitiques de Turin* et l'*hospice marin piémontais de Loano*, qu'il a tant contribué à fonder. Ces institutions, établies sur le même modèle que celles si nombreuses qui fonctionnent dans diverses provinces italiennes, ne cessent de produire les meilleurs résultats. Sans doute, le but de l'hygiène, comme l'a rappelé M. *Mathias Roth*, est plutôt de prévenir que de guérir les maladies, et le seul remède décisif contre le rachitisme des enfants pauvres serait d'améliorer la condition générale des parents eux-mêmes. Que les habitations, dans les grandes villes, soient rendues plus salubres, selon les vœux et les indications de MM. les docteurs *Lubelski* (de Varsovie), *Dunant* (de Genève), *Perrin* (de Paris); que l'alimentation, tant dans les villes que dans les campagnes, soit plus complète, ce sont là des aspirations auxquelles tous doivent tendre. Pour le moment, il n'en faut pas moins chercher à imiter et à propager ces écoles où les *bambini rachitici* sont reçus, l'hiver, dans d'excellentes conditions de salubrité et de bien-être physique et moral, et ces nombreux hospices où on les conduit passer l'été sur les bords de la Méditerranée et de l'Adriatique.

— M. le docteur *Carville*, ayant à son tour soulevé la question de *la phthisie des enfants*, en demandant la construction d'établissements spéciaux pour le traitement des enfants phthisiques, à la suite d'observations présentées par MM. *Lubelski*, *Gibert* et *Bourneville*, la section a décidé de mettre à l'ordre du jour du prochain Congrès la question suivante : « Des stations ou des hôpitaux, maritimes ou autres, pour les phthisiques et des conditions qu'ils doivent remplir. »

Nous pensons qu'on ne manquera pas non plus d'appeler les discussions du Congrès de 1882 sur la corrélation entre le rachitisme et la syphilis, que M. le professeur Parrot pense établie dans la pluralité des cas, question si grave et qui n'a été qu'effleurée au Congrès de Turin.

— Des recherches sur *l'évolution des glandes gastro-intestinales*, depuis longtemps poursuivies par M. le docteur *Coudereau* (de Paris), il croit pouvoir établir cette conclusion importante au point de vue de l'hygiène alimentaire de la première enfance, que les glandes à pepsine ne prennent un développement régulier qu'à l'époque du sevrage naturel.

— *La construction des écoles* ne pouvait être oubliée; elle a surtout été discutée au point de vue de l'éclairage bilatéral ou unilatéral, et les positions prises depuis longtemps par les partisans de chacun de ces systèmes ont été, comme toujours, parfaitement soutenues; le *mobilier scolaire* a également donné lieu à quelques considérations sans nouveauté, mais d'autant plus utiles qu'à Turin le mobilier scolaire est presque partout dans l'enfance de l'art; enfin, sur l'initiative de l'infatigable et sagace ennemi de la myopie, M. le docteur *Javal*, la section ne s'est pas contentée de demander pour les livres d'école une impression en caractères suffisamment larges, mais encore l'emploi d'un papier jaunâtre analogue à celui sur lequel paraissent ces lignes.

— *L'horaire des écoles* a été l'objet d'une communication fort discutée de M. le docteur *Amandon*. Sur la demande de MM. *Emile Trélat* et *Morra*, il a été voté que l'horaire des écoles ne soit pas continu. La section a pensé aussi que dans la soirée les enfants ne devraient travailler que dans des proportions très restreintes.

— *L'enseignement de la gymnastique*, chez les enfants des deux sexes, dans les écoles, les hôpitaux, a été réclamé par divers orateurs, MM. *Pacchiotti*, *Gamba*, *Balestreri* (de Gênes), *Bourneville* (de Paris), *Roth*, Mme *Bowell-Stuge* (de Londres), qui en ont éloquemment montré les avantages si précieux et les indications si multipliées.

— Faut-il aussi mentionner le vœu émis par la section que l'on institue dans les écoles normales un cours spécial d'hygiène domestique et privée, d'hygiène des écoles avec des notions sur l'influence que l'école peut avoir sur les maladies des enfants, et que cet enseignement soit fait par un médecin? C'est là un vœu qui ne pouvait manquer d'être recommandé par un Congrès d'hygiène, surtout après l'exposition si intéressante faite par M. le docteur *Dumont* sur l'état des écoles à Genève.

— *L'extension des programmes d'étude*, extension nécessaire, mais qu'il faut craindre de rendre excessive, les inconvénients causés à la santé des enfants par *la continuation des études pendant les grandes chaleurs*, ont été signalés par MM. les docteurs *Jervis*, *Mezzini* (de Bologne), *Gariel* (de Paris), et la section a pensé qu'il convenait que les études dans les écoles et l'époque des examens ne coïncidassent pas, autant que possible, avec les chaleurs de l'été, et que la question de l'influence des programmes scolaires sur la santé des enfants devait être portée à l'ordre du jour du prochain Congrès. Il en est de même de *l'organisation d'écoles d'infirmiers et d'infirmières*, sur la proposition si autorisée de M. le docteur *Bourneville*.

— M. le docteur *Napias*, si compétent en ces matières, a fait à la section une très brillante *étude critique des mesures*

législatives pour la protection des enfants travaillant dans l'industrie; à la suite d'observations présentées par MM. *Perrin* et *Mezzini* sur l'âge des enfants, *Kœchlin-Schwartz* sur la durée du travail et sur le travail de nuit, *Lubelski* sur la surveillance spéciale des enfants apprentis, la section a approuvé les propositions suivantes : 1° que, dans tous les pays, l'âge d'admission des enfants au travail soit uniformément fixé, et que cet âge ne soit, sous aucun prétexte, inférieur à douze ans ; 2° que, dans tous les pays, la durée du travail des enfants soit uniformément fixée sur la base de traités internationaux, dans l'intérêt de la santé publique et du développement intellectuel des enfants; 3° que, dans tous les pays, les enfants ne puissent jamais être employés au travail de nuit avant l'âge de seize ans.

Ce sont là, à peu de chose près, les dispositions de la loi française; mais ce vœu vise plus particulièrement les nations qui admettent au travail industriel des enfants de dix ans. De plus, ce vœu tend à l'unification des mesures législatives relativement à la durée du travail dans les différents pays de l'Europe, et il est utile de le présenter, en Italie surtout, le projet de loi italien sur le travail des enfants, projet heureusement non encore définitif, étant le plus mauvais qui existe.

(*La fin au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur la non-récidive de l'affection charbonneuse, par M. *Pasteur*, avec la collaboration de M. *Chamberland*. (Voy. *Gaz. hebd.*, 1880, n° 40, p. 653.)

Intelligence des animaux. — M. *A. Netter* adresse un mémoire intitulé : *Nouveaux exemples d'erreurs commises par des savants dans la question de l'intelligence et de l'instinct chez les animaux, et causes de ces erreurs.*

Pulsations du cœur. — M. *J. Giraud* adresse une note intitulée : *Des causes des pulsations du cœur et des artères.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1880.— PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : 1° Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de Meurthe-et-Moselle, en 1879. (*Comm. de vaccine*). 2° Le compte rendu des épidémies observées, en 1879, dans le département de la Meuse. (*Comm. des épidémies.*) 3° Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales de Bourbon-Lancy, d'Aix en Provence, de Salins, pour les années 1878 et 1879. (*Comm. des eaux minérales.*)

M. *Gosselin* présente, au nom de M. le docteur G. Millot-Carpentier, un ouvrage intitulé : *Notes chirurgicales d'un médecin de campagne.*

Rapport. — *M. Polaillon* lit un rapport sur une observation d'*étranglement herniaire suivi d'anus contre-nature, de gangrène d'un pied et d'aphasie*, présentée à l'Académie par M. le docteur Mignot (de Chantelle). Cette observation, dit M. le rapporteur, vient à l'appui du précepte qui condamne l'expectation dans les cas de hernie étranglée, et conseille d'opérer sans retard toute hernie qu'on n'a pu parvenir à réduire par un taxis méthodique exécuté pendant le sommeil chloroformique. Le débridement hâtif, surtout avec les précautions de la méthode antiseptique, offre beaucoup moins de dangers que la temporisation.

M. Gosselin rappelle qu'il a le premier établi le précepte dont il est parlé plus haut.

Logements insalubres. — M. le docteur *Marjolin* lit un mémoire *sur les causes et les effets des logements insalubres et sur les mesures à prendre pour remédier à leur fâcheuse influence.*

Dans ce travail, il établit que, malgré la loi du 13 avril 1850, et les travaux des Commissions de salubrité, il existe encore dans Paris nombre d'habitations assez insalubres pour compromettre la santé publique. Si, malgré leur zèle, les Commissions n'ont pu atteindre leur but, c'est qu'elles ont été entravées par l'impuissance de notre législation, moins sévère que celle d'autres pays comprenant mieux la nécessité de mesures plus rigoureuses vis-à-vis de la négligence et du mauvais vouloir. Il faut encore attribuer le peu de progrès des Commissions à l'ignorance où on les laisse de faits qu'elles devraient connaître, l'Assistance publique ayant cessé de leur communiquer des documents qu'elle seule possédait.

Malgré les lacunes de notre législation, il serait encore possible de faire disparaître beaucoup de ces causes d'insalubrité ayant une influence si fâcheuse sur la santé et la moralité. Il ne suffit pas, comme le disait le docteur Broca, de protéger l'enfant jusqu'à deux ans; il faut que cette loi tutélaire suive l'homme pendant toute son existence. Ce n'est pas seulement par des cours d'hygiène qu'on peut modifier notre manière de vivre : il faut commencer d'abord par donner l'exemple de la propreté dans tous nos établissements publics. Avec de la volonté et du dévouement, on peut tout obtenir, témoin l'asile de nuit des femmes, qui, malgré le mélange de ses hôtes, est admirablement tenu.

Après avoir indiqué le manque d'eau comme une des causes d'insalubrité, l'auteur signale l'encombrement de nombreux logements, non seulement comme l'origine de la propagation des maladies contagieuses, mais de plus comme la source d'une profonde démoralisation. Si l'insalubrité matérielle rend nos hôpitaux insuffisants pour recevoir tous les phthisiques et les scrofuleux qu'elle a engendrés, l'insalubrité morale résultant de cette révoltante promiscuité a pour résultat d'augmenter le nombre des fautes et des crimes.

Quant au traitement à domicile si précieux au point de vue de la famille, il ne faut pas qu'il soit un prétexte pour exclure des hôpitaux les malheureux phthisiques et les pauvres enfants atteints de maladies dites chroniques, et encore plus les épileptiques, dont la présence et le spectacle offrent tant de dangers. Si la phthisie est contagieuse, pourquoi la maintenir dans la famille au risque de la propager? ne serait-il pas préférable de soumettre ces malades à l'influence d'un autre climat? Si la scrofule osseuse, dans les familles riches, arrive si rarement à ce degré de gravité qui nécessite si souvent, dans nos hôpitaux, de grandes opérations, c'est que l'enfant du riche n'a pas grandi dans la misère et que la maladie a pu être soignée dès son début. Si donc nos hôpitaux sont insuffisants, qu'on en construise de nouveaux; car si le bien est l'œuvre du temps, le mal n'attend pas, pour grandir et se propager : ce n'est donc pas par l'expectation qu'on pourra l'arrêter, mais par des mesures promptes et énergiques, réclamées par la morale et l'humanité et, en attendant mieux, commençons par exécuter les lois existantes.

Tel est l'ensemble du travail de M. Marjolin. Nous en reproduirons ailleurs, *in extenso*, certaines parties relatives à des questions spéciales.

(Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Th. Roussel, Depaul et H. Gueneau de Mussy, rapporteur.)

Virus vaccinal et choléra des poules. — M. *Jules Guérin* revient sur la discussion qui avait déjà soulevé quelques orages dans la dernière séance. Il donne lecture d'une circulaire officielle rédigée d'après les instructions de M. Pasteur, et destinée à prévenir les fermiers des dangers que fait courir à leurs basses-cours l'affection désignée sous le nom de

choléra des poules. Cette circulaire contient quelques instructions très précises sur les procédés qui semblent de nature à prévenir la propagation de cette affection.

M. *Jules Guérin* lit ensuite un article de journal commentant cette circulaire et annonçant que le ministre a donné une somme de 50 000 francs pour encourager M. Pasteur dans ses recherches sur le vaccin des poules ; comme contribuable et comme académicien, il se plaint que cette somme ait été votée sans que l'Académie ait été consultée. M. J. Guérin réclame encore de M. Pasteur la divulgation de tous ses procédés de recherche. Puis, rappelant les discussions de 1865 et 1867, il affirme de nouveau que les relations entre la vaccine et la variole ont été établies.

M. *Pasteur* ne s'arrêtera pas à répondre aux autres allégations personnelles de M. Jules Guérin; il reconnaît parfaitement l'existence de la circulaire dont il vient d'être donné lecture; mais il fait remarquer qu'elle ne traite nullement du vaccin des poules, comme M. Guérin l'avait annoncé dans la séance précédente. M. Guérin a donc volontairement et, pour établir une équivoque, confondu la circulaire et l'article de journal. M. Pasteur fait encore remarquer que M. Guérin n'a pas donné les explications qu'il avait promises en ce qui concerne les relations de la vaccine avec la variole. Il a dit que la vaccine est la variole des animaux inoculée à l'homme, mais il n'a nullement parlé de la variole humaine. M. Pasteur pense comme M. Guérin en ce qui concerne la vaccine; mais la question est de savoir quelles sont les relations de la variole humaine avec la variole des animaux; d'après M. Pasteur, ces relations ne sont pas encore bien connues, quoiqu'elles aient été l'objet d'une discussion importante devant l'Académie.

En ce qui concerne le secret que M. Guérin lui reproche de garder, M. Pasteur dit que personne n'a le droit de le lui demander. Il a annoncé en pleine Académie qu'il croyait avoir découvert un virus atténué qui donnait la maladie aux poules sans les tuer, tandis que le véritable virus des poules les tuait vingt fois sur vingt. Mais il a demandé de se livrer à de nouvelles recherches avant de faire connaître son procédé, qui demande encore quelques études. Il ne voit rien là qui touche l'honneur et les devoirs professionnels. (Approbation.)

La discusssion prend à ce moment un caractère d'une telle violence qu'elle échappe complètement à un compte rendu scientifique. Après quelques nouvelles altercations très vives, l'ordre du jour est voté sur la proposition de M. Larrey. M. Jules Guérin voulant encore parler sur la question, M. *le président*, au milieu d'une agitation indescriptible, déclare la séance levée.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action physiologique du tannin,
par M. Lewin.

L'action du tannin et des astringents en général est assez peu connue, quoique ces médicaments comptent parmi les plus employés en médecine. M. Lewin a étudié le tannin, successivement, dans ses propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques. Il fait remarquer d'abord que les tannins sont généralement impurs et qu'il est nécessaire, avant de s'en servir, de les purifier au moyen d'une préparation assez compliquée. A l'état pur, ils forment avec les substances albumineuses un composé insoluble, mais soluble dans les alcalins. Le tannate alcalin ainsi formé a la curieuse propriété de ne plus exercer d'action sur les albumines, quoiqu'il ait encore les propriétés essentielles du tannin. Il n'agit pas davantage sur la pepsine en présence de l'acide chlorhydrique. Ces deux faits de chimie biologique donnent la clef de l'action du médicament. En effet, lorsqu'on introduit du tannin dans l'organisme, il se forme au contact du sang un tannate alcalin, qui a la propriété de pouvoir circuler dans les vaisseaux sans produire de coagulation. Mais ce composé enlève peu à peu l'oxygène des tissus et produit, spécialement sur les muscles, une action très remarquable. Ces organes deviennent en même temps moins extensibles et plus élastiques, et leur état est alors intermédiaire entre celui d'un muscle sain et celui d'un muscle en état de raideur cadavérique. Le tissu cellulaire et les vaisseaux subissent aussi un retrait assez considérable, quoi qu'en aient dit certains auteurs modernes.

Il est probable que le tannate alcalin circulant avec le sang finit par se transformer de nouveau en tannin, du moins en partie. En tout cas, des analyses très minutieuses de l'auteur lui ont permis de constater la présence du tannin dans l'urine. Il n'est pas vrai que le médicament se change en acide gallique, comme on l'enseigne généralement.

Il est à peine besoin d'ajouter que les fermentations sont très énergiquement influencées, et cette propriété, connue depuis longtemps, doit être attribuée probablement à l'affinité de cette substance pour les corps albumineux.

En dehors de l'action immédiate du tannin sur le sang, les tissus musculaire, cellulaire et vasculaire, il produit une action éloignée sur divers organes. Ainsi la quantité d'urine se trouve amoindrie pendant plusieurs jours. La rate diminue de volume, et l'on peut constater qu'elle devient dure et ridée, sans changements appréciables au microscope. Les reins et les bronches subissent une action analogue, et le tannin paraît diminuer la sécrétion bronchique comme il diminue celle de l'urine. Il arrête les diarrhées par un mécanisme analogue, soit en paralysant les muscles de l'intestin, soit en agissant sur les glandes.

D'après ce que l'on vient de voir, il est évident que le meilleur mode d'administration du tannin est le tannate alcalin lui-même. L'auteur recommande, pour la pratique, de précipiter une solution de tannin par l'albumine et de redissoudre le tout dans du carbonate de soude ou de potasse, ce qui constitue un médicament facile à préparer et à administrer. Il faut éviter de faire prendre du tannin en poudre, selon l'habitude : il est à craindre que le médicament ne soit pas transformé immédiatement et se dépose sur les parois de l'estomac, où il peut produire des irritations. Les signes d'embarras gastrique, la chaleur et la douleur de l'épigastre, qui suivent l'emploi du tannin, ne tiennent pas à une autre cause. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

La méningite cérébro-spinale épidémique,
par M. Czoniczer.

Cette affection a régné, pendant l'année 1879, dans quelques comtés de Hongrie et a remonté jusqu'à Vienne, dont les hôpitaux contenaient quelques cas au mois de mai.

M. Czoniczer croit pouvoir démontrer, « au risque, dit-il, de faire apparaître un sourire moqueur sur les lèvres des collègues », que l'agent inconnu de la méningite épidémique est tout bonnement la malaria, et voici ses raisons :

1° Les épidémies apparaissent au printemps et en automne, époque de la formation des marais.

2° Elles se montrent constamment dans les pays marécageux, spécialement en Hongrie dans les plaines inondées de la Theiss.

3° Les méningites épidémiques sont très diverses (comme gravité) : il y a des formes bénignes et des formes pernicieuses (!!).

4° L'expérience nous apprend que des enfants souffrant de violents accès de fièvre présentent parfois des symptômes de méningite.

5° On comprend aisément que les enveloppes du cerveau si hyperhémiées par la malaria passent à l'inflammation.

6° Mes observations personnelles m'ont fait constater, dans la convalescence de la maladie, des accès de véritable fièvre rémittente. (*Wien. med. Presse*, 1880, n° 25.)

De l'incontinence du pylore, par M. W. Ebstein.

L'incontinence du pylore est un symptôme rare des maladies de l'estomac, et dont on ne peut démontrer l'existence que par l'emploi des poudres aérophores. Lorsque l'on administre à un malade une potion de Rivière, on peut, avec de l'attention, et si les parois abdominales ne sont pas trop épaisses, suivre de l'œil les contours de l'estomac; à la percussion, on constate que le son hydroaérique normal devient plus tympanique et plus creux. Si l'occlusion n'est pas complète du côté du pylore, ces phénomènes existent encore, mais sont à peine accusés, et, de plus, on assiste à l'apparition d'un tympanisme subit et presque général de tout l'abdomen. Pour que l'expérience soit bien démonstrative, il est nécessaire d'employer une dose supérieure à celle que l'on administre d'ordinaire dans un but de thérapeutique: 5 grammes de chaque substance suffisent généralement, et il serait imprudent de dépasser cette doso. Chez un certain nombre de personnes, le développement subit de gaz en grande quantité détermine un sentiment de pression intra-abdominal fort gênant et même douloureux: M. Ebstein recommande, dans ces cas, d'administrer le bicarbonate de soude en doses fractionnées. Il va sans dire que cette expérience ne peut être faite que lorsque les intestins ont été préalablement bien vidés, et qu'elle est, par conséquent, l'apanage de l'hôpital.

Trois observations sont longuement rapportées par l'auteur pour bien indiquer l'importance du symptôme. Il est clair que sa constatation a rendu service pour le diagnostic, spécialement dans les deux premiers cas, où il s'agissait d'un cancer ulcéré et d'un ulcère rond, sans tumeur bien apparente et bien limitée. Mais le troisième cas contribuera, nous le craignons, à lui enlever une certaine valeur. L'incontinence du pylore était manifeste, mais ne tenait à aucune lésion anatomique de l'organe, et était purement nerveuse, circonstance qui avait été reconnue pendant la vie.

Sans doute, il sera toujours intéressant de pouvoir constater sur un malade l'existence d'une incontinence pylorique; mais, au point de vue pratique, à quoi cela peut-il servir s'il est reconnu que ce symptôme peut être, en quelque sorte, essentiel et indépendant d'une lésion stomacale?

Dans le second des cas mentionnés (ulcère rond annulaire et volumineux), existaient en même temps un rétrécissement et une insuffisance, et cependant l'estomac était énormément dilaté; or, on ne s'explique pas bien, avec les théories actuelles, cette dilatation, du moment que non seulement la rétention des matières n'était pas forcée, mais que leur cours était entièrement libre et d'une façon permanente. Pour interpréter ce phénomène paradoxal, M. Ebstein fait jouer un grand rôle aux fibres longitudinales de l'estomac dans la progression du chyme. L'ulcération annulaire avait, pour ainsi dire, détruit l'extrémité de ces fibres: leur contraction en devenait forcément incomplète et insuffisante. Il y avait aussi des adhérences multiples de l'estomac aux organes avoisinants qui devaient contribuer à faire la dilatation de l'organe.

On se demande ce que deviendrait l'estomac traité par de pareilles poudres, si, le pylore étant suffisant, des ulcérations avaient atteint la séreuse, ou étaient près de l'atteindre, ce qui arrive si souvent. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXVI.)

Du traitement de la maladie de Bright,
par M. E. de Renzi.

A la clinique médicale de Gênes, où ces maladies sont assez fréquentes, l'auteur a l'habitude de faire suivre un traitement déterminé pendant quelques jours, et de passer ensuite pendant le même temps à l'emploi de moyens différents. Il n'est pas besoin d'insister sur les défectuosités théoriques de cette méthode: nous nous contenterons de rapporter quelques-unes des conclusions de l'auteur.

Tout d'abord, l'expérience apprend que le mal de Bright n'est pas une de ces maladies dont on puisse espérer la guérison spontanée: cette règle a cependant quelques rares exceptions. Cependant, le simple repos du malade au lit, surtout si l'on y joint l'alimentation lactée, est un moyen très énergique pour diminuer l'albuminurie.

La fuchsine, qui a été recommandée dernièrement, diminue en effet rapidement la quantité d'albumine. L'auteur a laissé de côté les solutions dont la couleur trop intense inquiétait les malades, et n'emploie plus que les pilules. La dose journalière peut être poussée bien plus loin qu'on ne l'a dit, jusqu'à 25 centigrammes en 24 heures. Jamais d'action physiologique notable sur les principaux organes. L'urine se colore en rose: au cas où cette coloration manquerait, il faudrait s'attendre à un insuccès du médicament.

La muqueuse des voies digestives et le sang présentent la même teinte rougeâtre. Notons encore que le mucus, qui est si fréquent dans l'urine de ces malades, disparaît rapidement sous l'influence de la fuchsine. (*Virchows' Archiv*, t. LXXXI.)

Sur un nouvel agent antiseptique et antinévralgique,
par M. Arch. Macdonald.

La substance préconisée par M. Macdonald est le *menthol*, produit fourni par la *menthe piperata*. Ses propriétés antiseptiques ont été établies dans trois séries d'expériences comparatives avec des liquides contenant des bactéries et des micrococcus: le développement de ces éléments a été ralenti ou supprimé suivant la proportion de menthol ajoutée aux liquides de culture. Comme antinévralgique, le même produit aurait aussi fait ses preuves entre les mains de M. Macdonald; il agirait à la façon des autres huiles essentielles, en paralysant les terminaisons nerveuses sensitives. (*Edinb. med. Journ.*, août 1880.)

L'effet anesthésique du froid sur la cornée comme moyen thérapeutique, par M. H. S. Oppenheimer.

La persistance dans certains cas de maladie de la cornée des phénomènes de douleur et de photophobie combinés avec le blépharospasme et malgré toutes les tentatives de traitement, constitue un grave embarras pour le chirurgien. M. Oppenheimer emploie l'eau à zéro comme anesthésique, et il n'en a retiré que de bons effets dans plusieurs faits qu'il relate. Sans préconiser ce moyen thérapeutique à l'exclusion des autres modes de traitement, il le recommande comme des plus efficaces. C'est en irrigation à la surface même du globe oculaire qu'il emploie l'eau froide. Le mode d'action du froid lui semble double. La diminution de la photophobie peut être due à la paralysie temporaire des plexus nerveux les plus superficiels de la cornée; l'injection froide peut aussi agir comme astringent. Il est également possible que le froid intervienne comme agent antiseptique. (*The New-York med. Journal*, juillet 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

La Démographie figurée de l'Algérie, étude statistique des populations européennes qui habitent l'Algérie, avec onze tableaux graphiques traduisant les principales conclusions, par le docteur René RICOUX, médecin traitant à l'hôpital civil de Philippeville. Préface de M. BERTILLON. In-8 de XXIV-305 pages.— Paris, 1880. G. Masson.

L'Algérie, aujourd'hui notre colonie la plus importante, présente-t-elle les conditions nécessaires à l'acclimatement de la population française ? Quand tant de peuples conquérants n'ont pas réussi à s'y implanter définitivement; quand les Romains eux-mêmes, ces maîtres en colonisation, n'y ont laissé quedes ruines après une occupation de plusieurs siècles, devons-nous, continuant l'expérience commencée depuis cinquante ans, persister dans notre œuvre avec l'espérance du succès? Question bien souvent posée, aussi bien par les administrateurs que par les savants; question que d'éminents médecins militaires Perrier, Boudin, Martin et Folley, Vallin, etc., se sont efforcés de résoudre par de patientes recherches. L'acclimatement est impossible : la mortalité l'emporte constamment sur la natalité, l'immigration seule entretient la population européenne en Algérie; telle est la conclusion constante des premiers travaux démographiques.

Le professeur Vallin est déjà moins pessimiste que ses devanciers. Bertillon n'ose se prononcer.
rer; mais les faits n'arrivent pas à le convaincre, et la constance de l'excès des décès sur les naissances, pour le sexe masculin, lui inspire de sérieuses inquiétudes sur la durée de notre établissement algérien.

Familiarisé par des travaux antérieurs avec les études statistiques, né et fixé sur le sol de l'Algérie, le docteur Ricoux vient défendre avec conviction la thèse opposée. Que de difficultés pour conduire à bien ce travail! Pas de documents, ou bien des documents incomplets, erronés, établis sans bases scientifiques, et variables pour chaque période. Un courage au-dessus de l'ordinaire, une volonté persistante, une patience à toute épreuve: il n'a pas moins fallu à notre laborieux confrère pour arriver à son but. Aussi ne saurait-on lui ménager les éloges et faut-il demander avec lui que l'administration, si prodigue pour les statistiques commerciales et industrielles, consente à satisfaire, en ce qui concerne la statistique humaine, les justes exigences de la démographie. C'est par la science et par la science seule, que nos administrateurs peuvent connaître les causes des mouvements de la population. C'est par la science que, mis au courant des conditions favorables ou nécessaires à l'acclimatement des colons européens, ils connaîtront les mesures à prendre pour arriver au but : l'établissement définitif des races européennes, et surtout des Français, sur le littoral de l'Afrique du Nord.

L'ouvrage du docteur Ricoux est divisé en deux livres. Le livre premier est consacré à l'*état statique*, le livre second à l'*état dynamique* ou aux mouvements de la population. La densité de la population, sa composition par groupes nationaux européens, est figurée dans le premier tableau graphique. Si imparfaits sont les documents administratifs, qu'il est impossible de tenir aucun compte des indigènes, malgré leur grande supériorité numérique. Ils dépassent (1876) deux millions, vis-à-vis de trois cent mille Européens environ. Français, Espagnols, Italiens, Maltais, constituent l'immense majorité de l'élément colonisateur. Sur ce nombre, les Français entrent pour moitié, suivis d'assez près par la race espagnole, qui l'emporte dans la province d'Oran. La composition de la population par nationalités, lieux de naissance, état civil, sexe, âge, professions, est parfois assez difficile à préciser. Longtemps l'émigration fut l'unique source de l'augmentation progressive des Européens en Algérie. Actuellement les décès ne dépassent plus les naissances, et les naissances, au contraire, spécialement chez les Français, apportent à l'accroissement de la population un appoint chaque jour plus marqué.

L'état dynamique de la population comprend l'étude des mariages, naissances et décès, de la natalité et de la mortalité comparées. Les Français se marient plus volontiers en Algérie que sur le sol natal; ils épousent de préférence des Françaises, mais s'unissent volontiers aux étrangères européennes. Le mariage est en général plus précoce qu'en Europe, et le nombre d'enfants est toujours plus considérable. Le croisement des indigènes et même des juifs algériens avec les races européennes est tout à fait exceptionnel. Plus nombreuses qu'en France dans les premières années de la conquête, les naissances illégitimes vont diminuant graduellement. Elles sont au reste bien moins meurtrières qu'en France. C'est à la mortalité considérable des enfants qu'est due l'impossibilité d'un établissement définitif, bien plus qu'à la diminution de la natalité. A cet égard, le docteur Ricoux croit pouvoir formuler la loi suivante : « La première année de l'existence est, en Algérie, difficile à franchir pour tous les Européens, nés ou non, sur le sol africain; la seconde année est pour les enfants une épreuve assez sérieuse ; passé cet âge, l'enfant a acquis toutes les chances ordinaires de survivance. » Aussi, malgré cette mortalité, la population s'accroît, indépendamment de l'émigration. Mais, fait surprenant, ce sont les femmes seules qui semblent contribuer à cet excès. De là les justes craintes exprimées par Bertillon sur la possibilité d'un établissement français en Algérie.

Le second livre de l'ouvrage est la conclusion des statistiques réunies dans le premier. L'auteur examine successivement les questions d'acclimatement, d'acclimatation et de colonisation. Passant rapidement sur l'histoire des colonisations anciennes et contemporaines au nord de l'Afrique, il montre que les documents récents prouvent la possibilité de l'acclimatement en Algérie des peuples méridionaux et des français. Mais d'un côté comme de l'autre, en Algérie comme en Europe, il est nécessaire de fixer la limite des zones acclimatables. Le climat méditerranéen, sans être exactement le même en Algérie, en Espagne, en Italie, et dans le midi de la France, présente toutefois dans cette partie du bassin maritime de grandes analogies. En Algérie, la zone d'acclimatation est bornée par les hauts plateaux. En France, la ligne isotherme de 20 degrés semble limiter au nord les populations susceptibles de s'acclimater dans notre colonie. Les Italiens du sud, les Maltais, les Espagnols, plus favorisés, n'ont besoin que du petit acclimatement. C'est par la culture, par les travaux publics, par l'observance rigoureuse de l'hygiène; c'est par des croisements bien entendus que l'on favorisera la création d'une race franco-algérienne. Religion, mœurs, habitudes, instinct même, repoussent les mariages des Européens avec les indigènes musulmans. Ces derniers, au reste appartiennent à des races dégénérées et leurs métis, sans prendre nos qualités, réuniraient sans doute nos vices aux multiples défauts des Arabes et des Kabyles. Les mariages avec les juifs indigènes n'offrent que peu d'intérêt. C'est dans les croisements avec les races méridionales, Espagnols, Maltais, Italiens, que les Français doivent chercher la résistance au climat de l'Algérie. En épousant des étrangères, les Français les attachent à notre nationalité; en épousant des étrangers, fait plus rare, les jeunes Françaises inspireront à leurs enfants l'amour de nos institutions. C'est à l'Etat, pour contrebalancer, s'il est nécessaire, la prépondérance de l'élément européen non français, et surtout des Espagnols, de favoriser par des mesures économiques la naturalisation de ces colons étrangers.

L'examen de l'état civil de 1876 à 1878 ne fait que confirmer les conclusions de l'auteur, et démontrer la possibilité de l'acclimatement et de la création d'une race franco-algérienne. Nous ne contredirons pas ces conclusions favorables de notre distingué confrère. Peut-être sont-elles un peu pré-

maturées et plus précises que ne le comportent les documents qu'il a compulsés avec un si louable courage. Comme lui, nous espérons la fondation d'une France algérienne, et si le problème si vaillamment abordé ne doit être résolu définitivement que dans l'avenir, nous nous joignons au docteur Ricoux, pour demander que des personnes compétentes soient chargées, désormais, de recueillir et d'établir les documents statistiques nécessaires aux travaux de la démographie.

Dr J. CHAUVEL.

Index bibliographique.

DE L'ÉVOLUTION DE L'HALLUCINATION DE L'OUÏE DANS LE DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS, par le docteur Léon MARTINENQ, interne de la Maison nationale de Charenton. Thèse de Paris, 1880.

Dans une communication faite à la Société médico-psychologique, M. Jules Falret a établi que l'hallucination de l'ouïe, ce symptôme pathognomonique du délire des persécutions, ne se présente pas d'une façon identique pendant tout le cours de la maladie, qu'elle se complique avec le temps, et que cette complication même permet d'établir la distinction entre les périodes de début ou d'état du délire et sa période chronique. Ainsi il établit que le délirant persécuté commence par entendre des bruits confus, des bourdonnements, des sons de cloches, etc. (période de début de la maladie); puis, plus tard, ces bruits confus, ces bourdonnements diffus deviennent des *voix* nettement articulées (période d'état). Ces voix prononcent d'abord des interjections, des monosyllabes, de simples mots, toujours les mêmes, brièvement exprimés et le plus souvent injurieux; mais elles ne se font entendre encore qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Avec le temps, les hallucinations deviennent plus fréquentes; mais aussi elles revêtent une forme particulière. Les paroles, en effet, au lieu d'être isolées comme précédemment, se groupent pour former des phrases qui, courtes d'abord, deviennent bientôt plus longues et présentent un sens plus suivi; enfin ces phrases elles-mêmes finissent peu à peu par se grouper aussi, et par constituer à la fin un véritable discours, un vrai monologue.

Le malade entre alors dans la période chronique et d'incurabilité. Les hallucinations deviennent de plus en plus fréquentes; au monologue succède le dialogue. On observe, à ce moment, le phénomène si étrange du dédoublement de la personnalité, qui se caractérise par une véritable conversation mentale; il y a l'individu qui pense, et, d'autre part, l'interlocuteur qui répond à la pensée. Enfin, à un terme, pour ainsi dire, extrême de la maladie, on voit se produire ce que l'on a appelé le phénomène de l'*écho;* on entend alors les malades dire : « *Il existe comme un écho de ma pensée; mes pensées sont répétées partout; on me vole mes idées,* » etc.

En choisissant, comme sujet de thèse, cette importante question de l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions, si bien systématisée par M. Jules Falret, M. Martinenq a été très heureusement inspiré. Il a divisé son travail en trois parties : la première est consacrée à une description rapide de la symptomatologie du délire des persécutions, et, en une dizaine de pages, on trouve une rapide esquisse de cette curieuse en même temps que fréquente maladie mentale; dans la deuxième partie, l'auteur aborde le sujet propre de sa thèse; il a suivi pas à pas la communication de M. Falret, et quel meilleur guide pouvait-il avoir! Enfin la troisième partie renferme les observations. Nous n'avons que des éloges à faire à la partie descriptive de sa thèse, et nous reconnaissons qu'il y a fait preuve d'un grand savoir et d'un réel talent d'exposition; mais nous regrettons de ne pouvoir en dire autant de la troisième partie; il y avait à faire un meilleur choix d'observations, et surtout il fallait, dans celles qu'il nous a données, mettre sur le premier plan la marche de l'hallucination de l'ouïe, et laisser un peu dans l'ombre les autres symptômes; les faits ainsi présentés frappaient davantage l'esprit du lecteur et constituaient une démonstration plus vivante de la thèse soutenue. Malgré ce léger défaut, le travail de M. Martinenq sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux questions de pathologie mentale.

VARIÉTÉS

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1880-81). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 18 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis;

2° *Physiologie.* — M. le docteur Schwartz, prosecteur, les mercredis et samedis ;

3° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Henriet, prosecteur, les mardis et jeudis;

4° *Histologie.* — M. Quenu, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert *tous les jours,* de une heure à quatre heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les cours de l'année scolaire 1880-1881 commenceront le 3 novembre 1880. MM. les étudiants sont prévenus : 1° que les consignations pour les examens seront reçues, à partir du 22 octobre, le vendredi et le samedi de chaque semaine, de une heure à quatre heures; 2° que le registre destiné à recevoir l'inscription des élèves qui ont à contracter l'engagement conditionnel sera ouvert le lundi 18 octobre; 3° que pour tous les autres élèves les inscriptions seront reçues à partir du 3 novembre jusqu'au 16 du même mois inclusivement, le lundi, le mardi, le mercredi et le jeudi, de une heure à quatre heures.

Les élèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et en déposant au secrétariat de la Faculté : 1° leur acte de naissance dûment légalisé; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs; 3° le diplôme de bachelier ès lettres; 4° le diplôme de bachelier ès sciences *restreint* ou *complet;* 5° s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou de leur tuteur. Ceux d'entre eux dont les parents ou le tuteur ne résident pas à Paris, devront être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres; mais ils devront justifier du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

— M. Régis, docteur en médecine, est délégué provisoirement dans les fonctions de chef de clinique de pathologie mentale, en remplacement de M. Doutrebente, démissionnaire.

HOSPICES CIVILS DE LYON. — Un concours public s'ouvrira le lundi 14 mars 1881 pour la nomination à une place de médecin des hôpitaux.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — Une place de chirurgien-adjoint et deux places de médecin-adjoint sont mises au concours. Les épreuves auront lieu à l'Hôtel-Dieu et commenceront, pour la chirurgie, le lundi 10 janvier 1881, à trois heures, et pour la médecine, le lundi 24 janvier 1881, à la même heure. Les candidats devront se faire inscrire huit jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils doivent avoir deux années de pratique comme docteur de l'une des Facultés de France, à moins qu'ils n'aient été internes des hôpitaux de Marseille ou de l'une des villes où siége une Faculté.

CONCOURS. — Un concours est ouvert sur la question suivante proposée par le Conseil général du département du Rhône : « Faire l'histoire de l'hospitalisation des épileptiques non aliénés, de son état actuel dans les différentes nations et des meilleures conditions à remplir pour l'institution d'une œuvre de ce genre dans le département du Rhône. » Un prix de 1000 fr. sera décerné à l'auteur du mémoire couronné. Les mémoires devront être remis à la préfecture du Rhône avant le 1er juillet 1881.

— Un concours sera ouvert à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, le lundi 15 novembre 1880, pour un

emploi de chef des travaux chimiques. Le traitement alloué est de 1000 francs par an.

Les conditions exigées sont d'être soit docteur en médecine, soit licencié ès sciences, soit pharmacien de première classe.

Conseil municipal. — Les odeurs de Paris. — Le Conseil s'est occupé de la question des odeurs de Paris. Il a entendu : 1° Le rapport de la commission d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; 2° le rapport de MM. Sainte-Claire Deville et Aimé Girard sur l'usine de Nanterre; 3° le rapport de M. Alphand sur les travaux à exécuter en vue de l'augmentation du volume des eaux destinées à laver les égouts de Paris. Ces travaux permettraient de porter de 250 000 à 400 000 mètres cubes le débit quotidien de ces eaux.

Tous ces rapports paraîtront prochainement à l'*Officiel*.

Un projet de loi sera déposé en vue d'assimiler aux contraventions de grande voirie les contraventions commises par les établissements insalubres et les compagnies de vidanges.

Mortalité a Paris (39e semaine, du vendredi 24 au jeudi 30 septembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants.— Nombre total des décès : 906, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 23. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 29. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 41. — Autres affections générales, 42. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 35. — Diarrhée infantile et athrepsie, 128. — Autres maladies locales : aiguës, 65; chroniques, 184; douteuses, 49. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire ou infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 38. — Causes inconnues, 7.

Bilan de la 39e semaine. — Le bulletin de cette semaine se solde par une insignifiante diminution de 29 décès, et vient confirmer notre appréciation touchant l'état de *statu quo* de notre situation sanitaire générale.

La fièvre typhoïde est à très peu près stationnaire (38 décès la semaine précédente contre 41 en celle-ci); d'une autre part, la variole semble en baisse légère (29 contre 23); la rougeole, la scarlatine, la coqueluche restent identiques; et si, pour la diphthérie, il y a une légère aggravation (24 à 29), les décès par trouble digestif (athrepsie) des jeunes enfants continuent à diminuer (147 contre 128).

Cependant, sauf cette dernière affection, dont l'atténuation se poursuit depuis trois semaines et est évidemment en rapport avec la baisse thermométrique, ces variations sont si faibles et si passagères que nous les regardons comme peu significatives. Les mouvements d'entrées et de sorties des hôpitaux du 20 au 26 septembre que nous transmet l'Assistance publique sont en accord avec ces variations dans les décès; en effet, on y constate une augmentation notable dans les admissions pour fièvre typhoïde (95 à 105), et, au contraire, diminution pour la variole (44 contre 35).

La conclusion générale de tous ces documents semble devoir faire craindre un mouvement de croît, surtout pour la fièvre typhoïde, et peut-être, d'après les semaines précédentes, un peu pour la variole. Mais on remarquera expressément que, dans les 41 décès par fièvre typhoïde, la garnison ne compte que 3 décès; contribution qui paraît tout à fait en rapport avec sa population de jeunes hommes de vingt à vingt-cinq ans. (Voyez les conclusions de la 28e semaine.)

Quoi qu'il en soit, il n'est pas inutile, sans doute, de rappeler que ces *conclusions hebdomadaires* reposant sur des mouvements aussi faibles et d'aussi peu de durée sont nécessairement provisoires. Lorsque, par plusieurs années d'exercice et une série d'*Annuaires* à consulter, notre service aura acquis une expérience plus grande, nous pourrons, sans doute, présenter des pronostics moins hésitants! Aujourd'hui, ce sont surtout les faits actuels, et se poursuivant depuis plusieurs semaines, sur lesquels nous devons résumer l'attention :

Persistance de l'amélioration générale de la santé publique avec une légère tendance à l'augmentation des décès par variole et par fièvre typhoïde.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Maladies de la moelle épinière, diagnostic différentiel des myélitis avec de nombreux tableaux synoptiques, par le docteur Marmonier, précédé d'une introduction de M. le docteur Charcot. 1 vol. grand in-8. Paris, G. Masson. 4 fr.

De l'alimentation végétale chez l'homme (végétarisme), par Mme Algernon Kingsford. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Madère étudiée comme station d'hiver, par le docteur Goldschmidt. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

Que doit-on entendre par l'expression du choc traumatique? par le docteur Piéchaud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Des gelures, par le docteur Tédénat. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur la descente dans les bassins normaux, par le docteur Sabatier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Des troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites, par le docteur Descosse. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Les hystéro-névroses et leurs rapports avec l'hystéro-névrose menstruelle de l'estomac, par le docteur Engelmann. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe, par le docteur Monod. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De la sychnurie ou sychno-micrurie et de son traitement par la dilatation lente progressive de la vessie au moyen des injections forcées, par le docteur Morenn-Wolff. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 25

Des inconvénients de l'application des douches par des gens étrangers à la médecine, et par suite de la nécessité de l'intervention directe du médecin, par le docteur Lemarchand. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 25

Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales, par le docteur Reclus. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Mémoire sur la fièvre pernicieuse en Haïti, d'après des documents recueillis dans le sud de l'île, par le docteur Bergeaud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De l'anesthésie par le protoxyde d'azote d'après la méthode de M. le professeur Paul Bert, par le docteur B. Blanchard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Influence du régime scolaire et des méthodes de l'enseignement actuel sur la santé de la jeunesse, par le docteur Kjellberg. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

Syphilis et mariage, nouvelle étude sur les conditions d'aptitude au mariage des sujets syphilitiques, par le docteur E. Langlebert. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale, par le docteur Duret. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

De la tolérance des tissus pour les corps étrangers, par le docteur Weiss. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

De l'anémie consécutive aux hémorrhagies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures, par le docteur Kirmisson. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Des embolies veineuses d'origine traumatique, par le docteur Levrat. In-8. Paris A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 f. 50

Des réflexes tendineux, par le docteur Petit-Clerc. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Étude sur une affection non encore décrite des mains considérée comme eczéma dégénéré, par le docteur Pasquet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 14 octobre 1870.

Académie de médecine : INCIDENT. — *Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine :* LES ODEURS DE PARIS.

L'incident qui s'était produit mardi dernier avait eu des suites les jours suivants, et a pris fin à la dernière séance, au moins en ce qui concerne M. Pasteur. Après des négociations dans le détail desquelles il est inutile d'entrer, M. Pasteur a consenti à adresser à l'Académie une lettre qu'on lira au compte rendu de la séance. Quant à M. J. Guérin, ce n'est un secret pour personne qu'il a envoyé à M. le Secrétaire perpétuel, *par lettre chargée*, sa démission de membre de l'Académie, mais que cette lettre a été provisoirement regardée comme non avenue. Sera-t-elle retirée? On l'espère; mais il est à remarquer qu'elle a été provoquée, non par les expressions auxquelles M. Pasteur s'était laissé entraîner dans la précédente séance, mais bien par l'attitude de l'Académie elle-même et du bureau.

Ce serait la seconde fois, dans sa longue carrière d'académicien, que notre confrère s'éloignerait de la Compagnie à la suite de discussions orageuses. Mais la première fois — il y a de cela bien près de quarante ans — l'absence de M. J. Guérin, qui a duré plusieurs années, n'avait pas été précédée de démission.

— Dans sa dernière séance, l'Académie a entendu la lecture : 1° d'un très intéressant mémoire de M. Krishaber, contenant l'exposé de *recherches expérimentales sur la voix*, au point de vue de l'intensité du son ; 2° un mémoire de M. Voillez, membre de l'Académie, sur le *traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids*.

M. Legouest a été élu vice-président en remplacement du regretté Broca, et a remercié ses collègues en termes excellents.

Les odeurs de Paris.

Les plaintes si justement motivées qu'a fait naître, dans ces dernières semaines, l'infection de plusieurs quartiers de Paris ont ému l'administration, et le Conseil d'hygiène a été invité à examiner quelles mesures nouvelles pourraient être prises pour empêcher le retour d'émanations aussi nauséabondes. Le *Journal officiel* du 7 octobre dernier nous apporte, avec le rapport de la commission spéciale du Conseil d'hygiène (1), une très intéressante communication faite, sur ce sujet, le 1er octobre dernier, par M. Alphand. Ne pouvant les reproduire *in extenso*, nous croyons devoir analyser, avec quelques détails, ces deux documents.

M. Alphand établit d'abord que les travaux exécutés dans les rues de Paris, pour la construction des égouts et l'établissement de conduites d'eau et de gaz, ne peuvent exercer aucune influence fâcheuse sur la santé publique. Les terres ainsi remuées ne renferment, dit-il, que fort peu de détritus végétaux, et ceux-ci seulement donnent naissance aux miasmes qui déterminent les fièvres intermittentes. Quant aux terres infectées par des produits d'origine animale, elles sont excessivement rares dans les fouilles; M. Alphand déclare qu'on les désinfecte et qu'on les porte aussitôt aux décharges publiques. Nous reconnaîtrons volontiers que, dans la plupart des quartiers de Paris, les terres remuées pour les travaux de terrassement ne donnent naissance à aucun miasme fébrigène. Mais en est-il de même partout, et en sera-t-il toujours ainsi, lorsque le déversement des vidanges à l'égout sera devenu plus fréquent? Les infiltrations du sol par les matières organiques et les décompositions putrides de celles-ci ne seront peut-être point, dès lors, aussi rares ni aussi inoffensives que le soutient M. Alphand, et les derniers travaux de M. Pasteur permettent d'affirmer la nocuité persistante du sol, dans les cas où il a été infecté. La question reste donc à l'étude. Nous y reviendrons plus loin. M. Alphand conteste aussi toute action nocive aux émanations qui proviennent des abattoirs. Quant aux établissements d'Aubervilliers, d'Arcueil, etc., où se trouvent les matières animales, ils répandent une odeur des plus désagréables et ce sont eux surtout qu'il faut incriminer. Les vapeurs qui s'en échappent ont été apportées à Paris par un vent du nord faible; elles y rencontraient une atmosphère orageuse et s'y perpétuaient, pénétrant par la rue Lafayette et s'étendant jusqu'à l'Opéra. Mais ces odeurs si répugnantes, dit M. Alphand, ne sont pas malsaines. « On ne saurait trop insister sur ce point important que ces émanations, si pénibles pour l'odorat, n'ont aucunement le caractère miasmatique et n'offrent pas de danger au point de vue médical. Les dégagements d'hydrogène sulfuré, quelquefois d'hydrogène phosphoré et d'hydrosulfate d'ammoniaque qui peuvent provenir des usines, sont toujours très désagréables à respirer, même à dose très faible. Mais si l'hydrogène sulfuré est très dangereux lorsqu'il est mélangé à l'air en proportion trop forte, les stations balnéaires sulfureuses montrent que, dans une certaine proportion et surtout à l'état libre, il est loin d'être *nocif*. Ces odeurs, comme celles des égouts, bien que supportables, peuvent paraître plus ou moins répugnantes, mais rien n'autorise à penser qu'elles soient miasmatiques. Les véritables miasmes, ceux qui proviennent de toute une catégorie d'organismes vivants : *microbes* des cryptogames, *bactéries* et vibrions, dont plusieurs même sont mortels, n'ont pas d'odeur et frappent sans nous

(1) Cette commission était composée de MM. Schutzenberger, président; Peligot, du Souich, Hillairet, Alphand, et Bezançon, rapporteur.

avertir. La preuve évidente de l'innocuité des odeurs, au point de vue de la santé publique, ressort des chiffres suivants : les plaintes au sujet des odeurs de Paris remontent au mois d'août, elles ont augmenté d'intensité et de vivacité jusqu'au mois de septembre. Or, le tableau de la mortalité pendant la première semaine du mois d'août constate 1114 décès ; le relevé de la semaine du 7 au 16 septembre n'en constate plus que 881, chiffre inférieur à la moyenne habituelle quand Paris est dans les meilleures conditions sanitaires. »

Passant ensuite à l'étude des eaux d'égout et du système de vidange actuellement en usage à Paris, M. Alphand constate qu'il existe actuellement 15325 tuyaux de chute de liquides des cabinets d'aisances à l'égout. Ces tuyaux sont installés dans des conditions spéciales. Ils reçoivent une quantité d'eau pluviale ou ménagère suffisante pour diluer toutes les matières avant leur arrivée à l'égout, et aucune partie solide ne doit pouvoir y arriver. Dans ces conditions, les liquides qui proviennent des fosses d'aisance ne répandent que fort peu d'émanations fétides. Sont-elles absolument inoffensives et ne peuvent-elles pas transporter des microbes et des organismes vivants de nature nuisible, et propager ainsi les maladies zymotiques et infectieuses ? « Jusqu'ici, dit M. Alphand, aucun fait ne permet de penser que ces microphytes, dont l'action *nocive* a été rigoureusement établie et dont plusieurs sont très redoutables, se répandent dans l'air des égouts. Il résulte, au contraire, des travaux très intéressants du savant directeur de l'observatoire de Montsouris, qu'ils restent dans l'eau, qui leur sert de véhicule. Ainsi, les analyses sur l'air ambiant au moment des pluies constatent que le nombre des microbes est peu considérable, tandis qu'il devient énorme dans l'air sec. On sait qu'il suffit d'un lavage à grande eau pour en débarrasser complètement les chambres des hôpitaux, qui en contiennent un si grand nombre. Indépendamment de ces données théoriques, l'expérience démontre que les vidangeurs et les égoutiers, qui devraient être les premiers atteints si les miasmes se répandaient dans l'air et pénétraient dans les voies respiratoires, sont à peu près complètement indemnes des maladies épidémiques. »

M. Alphand recommande donc ce système de vidange à l'égout des matières liquides provenant des fosses d'aisances. Son but est de faire disparaître les 80000 fosses fixes qui existent encore à Paris et qui répandent dans l'atmosphère des émanations toujours infectes, qui sont *l'une des raisons principales des mauvaises odeurs de Paris*. Il y a plus ; les dépotoirs où se déversent les matières provenant des fosses fixes sont une cause certaine d'infection pour les localités où ils sont installés. Ces dépotoirs doivent être supprimés ou, tout au moins, réduits de nombre. On n'y arrivera que par la substitution du système de vidange des matières liquides à l'égoût au système des fosses fixes. Mais alors aussi il deviendra nécessaire de faire arriver à Paris un volume d'eau considérable. Aujourd'hui, l'on ne dispose que d'un volume de 385000 mètres cubes par vingt-quatre heures, soit 200 litres par habitant. D'après les nouveaux projets, on arrivera prochainement à 370 litres par habitant. On aura ainsi remédié au plus grand danger qui menace la santé publique, à l'absence d'une quantité d'eau suffisante pour enlever rapidement et noyer tous les détritus qui s'accumulent sur le sol d'une grande ville.

En résumé, sans nier les inconvénients que présentent les émanations de la nature de celles dont Paris vient de souffrir, l'éminent directeur des travaux conteste leur action nocive sur la santé publique. Il affirme que les causes principales de ces odeurs nauséabondes sont l'insuffisance de l'eau et le système de vidange par les fosses fixes. Si les projets qui ont pour but d'assainir l'eau des égouts et de changer le mode de vidange sont adoptés par le gouvernement, Paris, dit M. Alphand, « sera délivré à jamais des inconvénients qui ont ému sa population et verra s'améliorer encore les conditions de salubrité qui déjà lui donnent un des premiers rangs parmi les grandes cités ».

Le rapport officiel rédigé par le Conseil d'hygiène n'aboutit point à des conclusions aussi optimistes que celles de M. Alphand. La commission nommée pour étudier les causes qui ont amené l'infection de Paris, reconnaît la légitimité des plaintes qui ont été adressées à l'administration. Elle déclare que les égouts ont été infectés par le déversement clandestin des matières de vidange et de matières corrompues de diverses natures ; que le système de lavage et de ventilation de ces égouts est souvent défectueux ; qu'il importe, dès lors, d'établir de grandes cheminées qui seraient construites sur les points élevés des égouts, et dans lesquelles des foyers spéciaux provoqueraient l'appel de l'air et brûleraient les gaz infects ; qu'il faut surtout multiplier le nombre des obturateurs hydrauliques inobstruables placés à certaines bouches d'égout. Le Conseil d'hygiène approuve d'ailleurs tous les projets qui ont pour but d'amener à Paris un débit d'eau plus considérable. Il approuve la transformation de toutes les fosses d'aisances ordinaires en tinettes filtrantes, à la condition « que l'appareil employé fonctionne convenablement, qu'il ne laisse pas passer de matières solides et que la division soit extemporanée ».

Examinant ensuite l'influence exercée sur la salubrité publique par les usines dans lesquelles se traitent les matières animales, le Conseil d'hygiène ne nie pas leur nocuité ; mais il établit combien il est difficile d'arriver à répondre à toutes les questions que soulève, aux points de vue scientifique, industriel ou commercial, le maintien ou la suppression de ces établissements.

C'est à peine, dit le rapport, si la science connaît la nature des gaz et des vapeurs émanant, par exemple, des dépôts de vidanges et des fabriques de sulfate d'ammoniaque. Il existe dans les odeurs produites, outre l'hydrogène sulfuré, l'hydrogène carboné et le sulfhydrate d'ammoniaque, des combinaison telles que les sulfures de méthyle et d'éthyle, l'indol, le scatol, l'indican, etc., et les cyanures et isocyanures des mêmes séries, substances instables, modifiables, et dont, par suite, la présence est difficile à constater.

Ce qui prouve la légitimité des réclamations que l'on a fait valoir, ce sont les expériences entreprises par la compagnie Lesage pour désinfecter et condenser chimiquement les vapeurs provenant des appareils de Billancourt ; ce sont les rapports qui démontrent les nombreuses contraventions commises à l'usine d'Arcueil. En demandant que le service d'inspection des établissements classés soit invité à « signaler toutes les causes particulièrement graves d'insalubrité qu'il rencontrerait au cours de ses visites ordinaires dans les usines, et les améliorations qu'il lui semblerait bon d'indiquer », le Conseil d'hygiène reconnaît explicitement que les émanations qui proviennent de ces fabriques « peuvent contribuer à infecter la capitale ». Il doit nous suffire de prendre acte de cet aveu et des promesses qui nous sont faites pour l'avenir. Mais nous voulons, laissant de côté la question des établissements classés, qui reste à résoudre au point de vue économique, ne parler que du projet qui consiste à pratiquer d'une manière générale la vidange à l'égout. Le Conseil d'hy-

giène déclare qu'il « n'est pas appelé à se prononcer sur l'opportunité de cette innovation, qui exige une étude spéciale, longue et approfondie ». Nous devons nous associer à ces réserves qui contrastent avec les affirmations si précises de M. Alphand. Nous pensons, en effet, que le jour où la vidange de toutes les fosses de Paris se fera directement à l'égout, il arrivera trop souvent que les tinettes filtrantes laisseront échapper non seulement des liquides rendus presque inoffensifs en raison de leur extrême dilution, mais des matières solides en proportion suffisante pour infecter l'eau des égouts, donner naissance à des émanations nauséabondes, et rendre ainsi nécessaire un système d'obturation hydraulique des bouches d'égout analogue à celui qui fonctionne à Londres et à Bruxelles. Il arrivera aussi, comme le dit M. Alphand, que les liquides provenant des fosses d'aisances entraîneront avec eux les organismes microscopiques considérés, à tort ou à raison, comme les agents qui déterminent les maladies infectieuses et contagieuses. Les infiltrations dans le sol de ces eaux chargées de principes délétères, l'accumulation et la multiplication de ces organismes, seront-elles indifférentes à la santé publique? Il ne nous appartient pas de résoudre ces questions; mais nous voulons faire remarquer encore que les arguments tirés de l'étude des tables de mortalité ne sont rien moins que probants. C'est la morbidité qu'il importerait surtout de connaître à ce point de vue, et, si nos observations personnelles et les renseignements que nous avons recueillis sont exacts, la morbidité a été considérable à Paris dans ces dernières semaines. Nous n'oserions donc affirmer l'innocuité des émanations produites par les bouches d'égout, et nous sommes convaincu que les causes qui font naître ou qui aggravent les maladies épidémiques sont trop nombreuses et trop complexes pour qu'on puisse affirmer, avec M. Alphand, que les *odeurs de Paris* ont été sans influence sur la santé publique. Telle est d'ailleurs la conclusion à laquelle vient de s'arrêter le Conseil municipal, qui a longuement discuté les problèmes que soulève cette question d'hygiène. Espérons que les vœux émis par cette assemblée seront écoutés par l'administration.

L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hygiène publique.

Étude sur les causes et les effets des logements insalubres; par quels moyens peut-on remédier a leur facheuse influence? mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 5 octobre 1880, par M. le docteur Marjolin (1).

Appelé, comme mes collègues de la *Société protectrice de l'Enfance*, à faire chaque semaine de nombreuses visites dans tous les arrondissements, il m'a été facile, après deux années de pratique, de connaître à fond les plus misérables recoins, et de recueillir assez de faits pour être à même de pouvoir vous parler avec pleine connaissance des effets désastreux qu'exercent, sur ceux qui les habitent, ces infects taudis, que la plume de l'écrivain réaliste le plus osé n'arriverait pas à décrire, tant est hideux ce mélange de misère physique et morale.

Lorsque l'on a visité certaines *cités* dans le XIIIe arrondissement, et quelques autres endroits non moins misérables disséminés sur divers points de Paris, on rentre chez soi honteux et le cœur navré de tristesse, et on se demande comment l'autorité ne fait pas assainir ces cloaques aussi malsains que dangereux. Il me semble qu'avant d'instituer des cours d'hygiène, la première chose à faire serait de veiller à l'exécution de la loi. Mais la loi elle-même est impuissante.

(1) Nous ne reproduisons ici que les parties les plus importantes du mémoire.

En effet, la loi de 1850, cette loi si utile, provoquée par M. de Melun (du Nord), ne donne pas la faculté d'agir tout de suite, même dans des cas urgents, et cette lacune est d'autant plus regrettable qu'elle permet à certains propriétaires de laisser, malgré les rapports des commissions, leurs immeubles dans un état d'abandon et de malpropreté indicible. Ils en sont quittes pour payer, de temps à autre, une amende insignifiante; laissant de cette manière le mal s'augmenter au point de devenir sans remède.

C'est ce qui fait qu'un certain nombre de rapports urgents restant sans résultat, on doute parfois de l'existence de la commission des logements insalubres. Il serait fâcheux de laisser s'accréditer une pareille erreur: car rien n'atteste mieux l'activité de cette commission que la lecture de ses comptes rendus. En effet, depuis l'année 1850 qu'elle fonctionne, elle a visité 50 717 logements (1).

Quelque considérable que soit ce chiffre, nous avons la conviction qu'elle est loin de connaître tout ce qu'il y a encore de logements insalubres dans Paris; la cause de ce retard, c'est qu'elle n'est pas suffisamment informée, et nous en trouvons une preuve dans le remarquable rapport de notre excellent confrère, M. le docteur R. Perrin.

Ce document, qui vise l'Assistance publique, est tellement curieux que je crois nécessaire de le citer textuellement:

« La direction de l'Assistance publique, avec le précieux concours de MM. les médecins des bureaux de bienfaisance, appelés tous les jours à visiter de pauvres demeures, a également, sur l'invitation de l'administration préfectorale, fait parvenir pendant quelque temps à la commission un certain nombre de signalements; mais pour des motifs que nous n'avons pas à apprécier ici, elle a cru devoir y renoncer depuis. Cette détermination est d'autant plus regrettable, que les logements occupés par les 39 603 ménages auxquels l'Assistance publique vient en aide, offrent, de son propre aveu, des conditions de salubrité qui laissent beaucoup à désirer. On peut en juger par les chiffres suivants: sur ces 39 603 logements abritant 101 719 indigents, 6 pour 100 sont dénués d'appareils de chauffage, et 3 pour 100 ne prennent jour et air que sur des paliers et des corridors. » (*Ville de Paris. Rapport général sur les travaux de la commission pendant les années* 1870 *à* 1876, p. 13.

Que dit la loi française?

« Art. 1er (Extrait de l'). Sont réputés insalubres les logements qui se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de leurs habitants.

» Art. 2. La commission visitera les lieux signalés comme insalubres. Elle déterminera l'état d'insalubrité et en indiquera les causes ainsi que les moyens d'y remédier. Elle désignera les logements qui ne seraient pas susceptibles d'assainissement. »

En présence d'un texte aussi clair, aussi précis, et si vous y ajoutez encore l'article 1er de l'ordonnance du préfet de police du 23 septembre 1853, on verra que, même avec ces moyens légaux, il serait possible d'obtenir d'immenses améliorations dans la tenue des habitations. Que dit, en effet, cette ordonnance: « Les maisons doivent être tenues, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, dans un état constant de propreté. » (Art. 1er.)

« Les cabinets d'aisances seront disposés et ventilés de manière à ne pas donner d'odeur. Le sol devra être imperméable et tenu dans un état constant de propreté. » (Art. 4.)

D'après cela, et si l'on se conformait à l'article 1720 du Code civil (2), on serait porté à croire que des améliorations indispensables réclamées par les commissions d'hygiène sont généralement et promptement exécutées; il n'en est pas tou-

(1) 3450 avant l'annexion des communes avoisinant Paris, et 47 267 depuis.

(2) Cet article oblige le bailleur à délivrer la chose louée en bon état de réparation de toute espèce, et à faire, pendant toute la durée du bail, toutes les réparations qui peuvent devenir nécessaires, autres que les locatives.

jours ainsi, attendu que quelques propriétaires récalcitrants trouvent beaucoup plus commode de laisser tout dans le même état, et de payer une amende de 16 à 100 francs.

C'est ainsi que, non seulement le mal persiste, mais s'augmente pendant des années, sans que l'autorité y puisse apporter le moindre remède.

Si nous comparons maintenant ce qui se passe en Angleterre, dans ce pays où la propriété et la liberté sont si respectées, nous voyons que nos voisins comprennent beaucoup mieux que nous l'importance de l'hygiène ; ils ne reculent devant aucun moyen pour obtenir l'exécution de mesures reconnues utiles.

« Ainsi la loi rendue en 1846, en Angleterre, prescrit, non seulement d'assainir les habitations insalubres, mais même dans ce pays, où l'on respecte tant la liberté du domicile, elle va jusqu'à descendre dans l'intérieur des maisons et y faire exécuter les réparations qu'elle juge nécessaires, aux dépens du propriétaire récalcitrant ; non seulement elle interdit, comme nous, la location des habitations insalubres, mais encore elle défend au propriétaire lui-même d'habiter sa maison; elle ne lui laisse pas la triste liberté du suicide, que notre loi a respectée, et cela sous les peines les plus sévères, d'amendes pouvant s'élever jusqu'à 25 ou 30 francs par jour. » (Discours de M. de Melun (du Nord) au corps législatif en 1850.)

Je ne m'arrêterai pas à la législation et aux coutumes adoptées en Belgique au sujet des logements insalubres; mais toutes les personnes qui ont assisté, en 1877, au Congrès de Bruxelles, ont pu voir que nos voisins font mieux que de faire des lois, ils les observent. Aussi, dans les habitations les plus modestes, comme dans les établissements publics, on est frappé du soin et de la propreté qui y règnent; on peut en dire autant de la Hollande, dont les règlements d'hygiène sont très rigoureux...

Pour avoir une idée réelle de la malpropreté révoltante et de l'état de dégradation de certains logements, il faut y pénétrer au moment où ils viennent d'être abandonnés par un de ces malheureux, payant avec peine 1 franc à 2 francs la semaine. Trop souvent, le nouvel occupant, tout aussi misérable que son devancier, trouve en entrant les vitres brisées, remplacées par du papier ; quant à la cheminée ou au fourneau, il n'en reste plus que les débris, le carrelage est défoncé, jonché d'ordures et de débris de toute sorte, et ici je ne fais que l'exposé sincère de ce que j'ai été maintes fois à même de constater. Ainsi, dans une de mes visites, le 24 juillet de cette année, avec le docteur Bultura, nous avons pu voir qu'au sixième étage, dans un des bâtiments de la cité Jeanne-d'Arc, pas une cheminée n'était en état. Quant au papier de tenture, personne ne saurait dire à quelle époque il remonte, tant il est sale et déchiré, et s'il est difficile d'en indiquer la couleur, il est aisé de voir, par les mouchetures dont il est couvert, que chaque nuit les locataires livrent de sanglantes batailles à des hôtes fort incommodes.

Tel est le triste gîte qui, après avoir été occupé quelques semaines par une famille malheureuse, va abriter une autre famille tout aussi misérable. Habituée à cette existence, l'aspect de cette nouvelle chambre sale, délabrée, ne l'étonne point ; ayant constamment vécu dans le désordre et la malpropreté, que lui importe de changer de taudis? elle y est née, elle y finira.

Mais, lorsqu'à la suite de malheurs imprévus, un ménage d'ouvriers habitués à l'ordre, à la décence, est contraint, pour ne pas coucher dans la rue, à se réfugier dans un de ces affreux bouges, de quel découragement ne doit pas être prise la pauvre mère, qui n'a même pas d'eau pour nettoyer la place où vont reposer ses enfants! N'y a-t-il pas de quoi la plonger dans un accès de désespoir et lui faire perdre tout courage?

Et lorsque, dans cet infect et étroit réduit, cinq ou six personnes sont obligées de vivre, ne prévoyez-vous pas quelles seront les conséquences d'un pareil encombrement, surtout quand, ainsi que nous ne l'avons que trop souvent observé, une maladie aussi contagieuse que l'ophthalmie purulente, le croup ou la variole vient à se déclarer (1) ?

Pour se faire une idée exacte de ce que peut être l'encombrement et de ses tristes conséquences, il ne suffit pas de lire les chiffres officiels indiqués dans les recensements de la population indigente, il faut voir par ses propres yeux; alors seulement on comprend tout le mal que peuvent produire ces agglomérations d'individus de tout âge vivant ensemble, cinq, six et plus parfois dans la même chambre et souvent couchant deux et trois dans le même lit.

Beaucoup de personnes n'ayant aucune idée de ce que peut être l'encombrement, voici quelques chiffres empruntés au recensement de la population indigente de Paris en 1866, seize ans après la promulgation de la loi sur les logements insalubres et six ans après l'organisation de la commission de statistique des hôpitaux.

A cette époque, sur 40 644 ménages, 26 767 n'avaient pour vivre qu'une seule pièce; voulez-vous savoir ce que cette pièce contenait de lits? Voici ce que nous donne cette statistique : dans 5422 cas, il y avait 3 lits; dans 1170, 4 lits, et dans 142 cas jusqu'à 5 lits. Ce relevé ne dit pas combien d'individus couchaient dans le même lit, n'importe à quel âge ; mais ce que je puis vous assurer, c'est qu'il est très fréquent d'en trouver 2, 3 et même 4 individus couchant ensemble.

Que l'on se figure, d'après cela, ce que peut être l'air respiré par autant d'individus renfermés dans un réduit où l'on fait la cuisine sur un fourneau de fonte, devant lequel, en hiver, sèchent des langes, des couches, de vieilles hardes, et où sont accumulés des débris de toute sorte, répandant une odeur infecte !

Voilà pour ce qui est de l'encombrement et si, pour compléter les renseignements sur l'insalubrité, nous y ajoutons un dernier document officiel, on saura alors que 2462 de ces chambres ne reçoivent de jour que sur des paliers ou des corridors, et que dans 3777 il est impossible de faire du feu faute de poêle ou de cheminée.

Tels sont les réduits dans lesquels, encore aujourd'hui, vivent quelques-uns des ménages que nous avons visités, et lorsqu'à l'odeur nauséabonde que l'on y respire vient s'ajouter celle de latrines aussi mal installées et aussi mal entretenues que possible, vous jugez de ce que cela peut être. Comme il est incontestable que les bonnes dispositions et l'entretien des communs dans un état convenable de propreté peuvent exercer une grande influence sur la santé des habitants d'une maison, surtout lorsqu'elle renferme un nombre considérable de ménages, ce point a dû fixer notre attention dans nos visites.

Or, dans beaucoup de maisons d'ouvriers, les latrines étant à trou béant, sans fermeture automatique, il en résulte que les gaz s'exhalant des fosses répandent, dans toute la maison, non seulement une odeur insupportable, mais peuvent constituer un véritable danger lorsqu'il y a des malades atteints de fièvre typhoïde (2).

Ajoutons que souvent le sol est tellement dégradé, que l'urine et les matières y séjournent et que le nettoyage en est impossible. Enfin, comme dernier détail de mœurs, dans une de ces cités-casernes que nous avons visitée avec trois des

(1) Plusieurs fois, dans ces derniers temps, nous avons vu la variole se déclarer chez plusieurs individus de la même famille, vaccinés ou non. Et à cette occasion, nous ne saurions trop insister sur la nécessité de renouveler les affiches indiquant que, dans tous les arrondissements, les vaccinations et revaccinations sont continuées en toute saison, attendu que nous avons, chose inouïe, plusieurs fois rencontré des enfants de trois ou quatre ans et plus non encore vaccinés. A Paris, on croit généralement, dans ces familles d'ouvriers, qu'il ne faut faire vacciner les enfants qu'au printemps : c'est un préjugé qu'il faut faire cesser. Enfin, un autre danger à signaler, c'est que, malgré toute l'activité que l'on peut mettre à faire enlever un mort, son corps séjourne encore beaucoup trop longtemps dans ce réduit au milieu des objets de literie qui, n'étant ni nettoyés, ni purifiés, deviennent une cause permanente d'infection.

(2) Aujourd'hui, il paraît démontré que les déjections des typhiques sont l'agent le plus actif de la propagation de la maladie par leurs émanations. (J. BERGERON, *Rapport au Comité consultatif d'hygiène publique de France sur une épidémie de fièvre typhoïde à Troyes*, en 1878.)

membres du Comité supérieur de la protection de l'enfance, MM. Marceau, Th. Aroukel et Schœlche, bon nombre de cabinets d'aisances n'avaient plus leurs portes. Si c'est un nouveau procédé de ventilation, nous ne pouvons nous empêcher de dire qu'il est des plus inconvenants (1), et que l'on ne saurait le tolérer plus longtemps.

Certainement, il est excessivement difficile d'obtenir que les latrines soient bien tenues dans une maison renfermant jusqu'à soixante ménages d'ouvriers et où il n'y a qu'un concierge ; mais encore faudrait-il exiger que les communs fussent installés d'après les prescriptions ordonnées par le Conseil d'hygiène, et que l'on eût de l'eau pour les nettoyer.

J'ajouterai que l'absence complète d'eau dans des bâtiments renfermant un nombre aussi considérable de ménages, ne constitue pas seulement une cause d'insalubrité, mais un véritable danger, et l'on frémit à la pensée des malheurs qui arriveraient si le feu prenait dans de semblables constructions.

L'eau étant une condition indispensable pour l'hygiène, comment exiger la propreté la plus simple de la part d'ouvriers employés assez habituellement à des professions très salissantes? Comment pouvoir soigner convenablement les enfants alors que l'eau fait complètement défaut dans la maison, et que souvent il faut aller très loin la chercher au dehors (2)? Pour ces raisons sur lesquelles il est inutile d'insister, il me semble qu'il y a urgence à prendre des mesures pour remédier à cet état de choses.

Malgré mon désir d'abréger cette communication, je ne puis omettre de parler des hôtels garnis du dernier ordre, dans lesquels nous avons eu à visiter, soit des filles-mères, soit de pauvres ménages, ne sachant où aller ; et bien que, par suite de l'ordonnance du 15 juin 1832, ces maisons soient sous la surveillance immédiate de la police, qui a la faculté de prendre les mesures jugées nécessaires pour leur assainissement, nous en avons trouvé quelques-unes dans un état de malpropreté tel que nous croyons devoir attirer sur ce point l'attention de l'autorité, pour que l'on y porte remède. Toutes les fois que l'on entreprend des travaux de ce genre et que l'on est résolu de dire la vérité, il faut s'attendre à être traité d'*exagéré*, ou même à voir contester l'exactitude de ce que l'on a avancé ; c'est ce qui arriva à Villermé, lorsque, mû par un généreux sentiment d'humanité, il osa dénoncer, dans son savant mémoire sur l'état des prisons, les causes de l'effroyable mortalité qui décimait les malheureux retenus dans les dépôts de mendicité.

(*A suivre.*)

(1) Les portes ont été enlevées et brûlées pendant l'hiver par les habitants de cette cité, toute surveillance étant véritablement impossible, vu le nombre excessif des habitants, qui dépasse plusieurs centaines.

(2) Dans son rapport sur les logements insalubres, M. le docteur R. Perrin nous apprend que, dans la seule année 1876, on a signalé au Conseil d'hygiène 189 maisons entièrement dépourvues d'eau ; et comme tout nous porte à croire que ces maisons étaient surtout habitées par de nombreuses familles d'ouvriers, la commission jugeant, avec raison, que l'absence complète d'eau constitue une cause d'insalubrité, a renouvelé, dans son rapport, le vœu que, « dans chaque maison, il y eût à la disposition du concierge un approvisionnement permanent d'eau salubre, en quantité suffisante, à l'effet d'assurer l'entretien de la salubrité de la maison et de ses dépendances ».

Pathologie interne.

DE L'ALIMENTATION PAR LE RECTUM, mémoire lu au Congrès de Reims (Association française, août 1880), par M. le docteur A. CATILLON.

La question de l'alimentation par le rectum est une de celles qui ont le plus préoccupé le corps médical dans ces derniers temps, et je demande la permission d'exposer succinctement au Congrès les expériences à l'aide desquelles j'ai contribué, je crois, à la résoudre.

Les travaux publiés à l'étranger concluaient dans des sens différents, et tandis qu'Albertoni et Marckwald déniaient au gros intestin toute action digestive, Leuler affirmait avoir obtenu de bons résultats par l'usage des lavements de viande et de pancréas. Les conditions dans lesquelles se sont placés les expérimentateurs expliquent ces divergences plus apparentes que réelles.

Les observations favorables publiées à New-York par les docteurs Jackson, Flint et Andrew Smith ont appelé l'attention des médecins français sur ce sujet, et les discussions qui ont été soulevées par MM. Dujardin-Beaumetz et Créquy à la Société de thérapeutique, par M. Thermes à la Société de médecine pratique, de même que les articles publiés dans le *Bulletin de thérapeutique*, la *Gazette hebdomadaire*, le *Journal de thérapeutique*, ont mis en évidence le désaccord profond qui règne sur ce point. Tandis que les uns affirmaient, les autres niaient d'une façon absolue, et la *Gazette hebdomadaire* résumait deux importants articles par cette conclusion : que les lavements alimentaires ne servaient qu'à tromper la sensation de la faim sans contribuer nullement à la nutrition. « Le rectum, dit-on, ne contient aucun suc digestif capable de transformer les albuminoïdes ; il ne peut absorber ces aliments. Les malades que l'on dit avoir été nourris par des lavements, sont des hystériques qui ont tout simplement résisté à l'inanition, parce que sous l'influence de cette maladie la désassimilation est considérablement ralentie. »

Ces objections sont en partie fondées, et, si l'on s'arrête aux données théoriques, elles peuvent paraître vraisemblables. Néanmoins, convaincu personnellement, par le fait que j'ai exposé à la Société de thérapeutique, dans sa séance du 16 juillet 1879, de la possibilité de la nutrition par le rectum, j'ai entrepris, pour élucider cette importante question, une série d'expériences au laboratoire de M. le professeur Vulpian et en voici le résumé :

Pour trancher la question de principe il fallait écarter l'élément maladie ; j'ai donc opéré sur des animaux sains.

Les expériences de MM. Bochefontaine et Carville (1), de même que celles de M. Rabuteau, ont démontré que des chiens auxquels on ne donne que de l'eau meurent le vingt-septième jour. Ce délai n'a été dépassé que de deux jours par un chien auquel les premiers de ces expérimentateurs ont donné chaque jour des lavements au bouillon fait avec 500 grammes de bœuf, et les chiens auxquels M. Rabuteau donnait une nourriture insuffisante n'ont pas dépassé non plus vingt-neuf jours. Ce délai paraît donc la limite extrême que puisse atteindre un chien qui n'absorbe que de l'eau, et nous le prendrons pour point de comparaison.

Les expériences de MM. Bochefontaine et Carville mettent, en outre, en évidence les faibles qualités nutritives du bouillon, et pour résoudre la question de l'alimentation par l'intestin, il faut évidemment avoir recours à un aliment plus riche. Ce sont les œufs que j'ai adoptés tout d'abord comme représentant aussi exactement que peut se faire un produit naturel et, sous une forme concentrée, l'ensemble des aliments : albuminoïdes, graisses, sels. J'ai injecté les œufs purs dans un cas, dans l'autre additionnés de pepsine.

Première expérience, commencée le 28 août 1879. — Chien pesant 9 kilogrammes, température 39 degrés. Il reçoit chaque jour deux, puis trois lavements composés chacun de 2 œufs et demi délayés dans une cuillerée d'eau. Il vit ainsi pendant quarante jours, en conservant sa vivacité, malgré une diminution sensible du poids, qui est réduit à 6 kilogrammes, et un abaissement de la température, qui tombe à 38 degrés.

Le 17 octobre. Température, 37 degrés. Quelques signes d'affaissement. Je remplace alors les œufs par le sang défibriné, dont le docteur Andrew Smith dit avoir obtenu de bons résultats. Sous son influence, l'animal tombe dans un état de cachexie profonde, le poids descend à 5 kilogrammes, la température à 35 degrés, et le 27 il meurt.

Deuxième expérience, commencée le 28 août 1879. — Chien rouge pesant 10 kilogrammes ; température, 39°,2. Chaque jour

(1) Société de biologie, 1874.

trois lavements d'œufs additionnés de 6 grammes de pepsine liquide à la glycérine.

Dans les six premiers jours, ce chien perd 750 grammes. Mais cet amaigrissement se produit invariablement chez les chiens qui arrivent au laboratoire et qui reçoivent la nourriture ordinaire; c'est une conséquence de leur changement de régime.

Puis, du 4 septembre au 3 octobre, il conserve un poids fixe de 9k,250, c'est-à-dire que ce chien est, après trente-sept jours, en aussi parfait état que le premier.

Afin de bien étudier la part due à la pepsine dans cet heureux résultat, je cesse alors d'en mettre dans les lavements. Cinq jours après, le 8 octobre : poids, 8 kilogrammes (perte 1250 grammes).

Le 12 octobre. Poids, 7 kilogrammes, température, 37°,6.

Le 17 octobre. Poids, 6k,500, température, 37°,2.

La suppression de la pepsine à la glycérine a donc entraîné une perte de poids de 2k,750 en 15 jours.

Malgré cet amaigrissement ce chien conservait toute sa vigueur.

A partir de ce jour, je lui donne comme à l'autre trois lavements de sang défibriné. L'effet en est aussi déplorable; le poids descend à 6 kilogrammes, la température à 35°,2.

Le 26 octobre il s'affaisse et meurt le 31.

J'ajoute que j'ai analysé à plusieurs reprises les excréments de ces deux chiens, et que la proportion d'azote qui y était retenue était sensiblement la même que celle des excréments des chiens nourris normalement : 0,0292 et 0,0252 pour le premier, et 0,0224 pour le second. Les excréments des chiens recevant la nourriture ordinaire donnent 0,0210. La proportion en graisse est sensiblement la même aussi dans les deux cas.

En résumé, voici deux chiens qui ont vécu soixante jours sans prendre par l'estomac autre chose que de l'eau. Le premier, auquel les lavements d'œufs étaient donnés sans addition de pepsine à la glycérine, a vécu; mais il a vécu péniblement, avec un dépérissement considérable, et on ne peut affirmer que, même, sans les effets désastreux du sang défibriné il aurait pu se soutenir beaucoup plus longtemps.

Pour le deuxième, au contraire, qui après trente-sept jours n'avait rien perdu de son poids ni de sa vigueur, on peut admettre qu'il aurait vécu un temps très long avec des lavements d'œufs additionnés de pepsine à la glycérine.

Nous arrivons donc à ces conclusions. Le gros intestin peut absorber directement l'albumine et la graisse émulsionnée des œufs; mais la nutrition par cet organe est de beaucoup favorisée par l'addition aux aliments de pepsine à la glycérine; et pour tirer le meilleur parti possible des lavements alimentaires il faut associer le ferment digestif aux aliments, afin d'opérer leur peptonisation.

Mais, au lieu d'injecter l'aliment et le ferment digestif pour réaliser la transformation dans l'intestin, ne serait-il pas plus simple et plus pratique d'opérer cette transformation en dehors de l'organisme et d'injecter des peptones toutes préparées? Evidemment oui, si les peptones conservent les qualités nutritives des aliments qui leur ont donné naissance. C'est ce dernier point, sur lequel les physiologistes étaient loin d'être unanimes, que j'ai cherché à élucider dans les expériences suivantes.

Plosz, Maly et Adamkiewicz soutiennent la valeur nutritive des peptones; Voit et Brucke la contestent. Un seul essai d'alimentation par les peptones a été publié en France par M. Fauconnier, en 1877. Toutes ces expérimentations ont porté sur des animaux; aucune, à notre connaissance, n'avait été faite sur l'homme.

J'ai expérimenté sur moi-même et sur deux chiens; et pour juger des changements apportés dans la nutrition, j'ai observé les variations de poids, les quantités d'urée excrétée chaque jour et la température.

Avec une alimentation quotidienne régulière composée de 300 grammes de viande, 350 grammes de pain, 300 grammes de pommes de terre, 30 grammes de graisse, j'excrète des quantités d'urée variant de 23gr,50 à 24gr,50. Mon poids, au début de l'expérience, étant de 71k,900.

Pendant trois jours je supprime complètement la viande : l'urée descend à 15gr,60 et le poids à 71k,400.

Pendant les huit jours suivants je remplace la viande par de la peptone de viande; l'urée monte proportionnellement à la quantité de peptone ingérée : avec 120 grammes de solution de peptone à 19 degrés Baumé, 18gr,63 d'urée; avec 160 grammes, 21gr,84; avec 180 grammes, 23gr,80; avec 240 grammes, 30gr,95; avec 180 grammes (en décroissant après cette dose élevée du jour précédent), 27gr,79; avec 160 grammes, 24gr,30; avec 160 grammes (deuxième jour), 23gr,52; avec 120 grammes, 18gr,94 (1).

Poids après huit jours de peptone, par la bouche : 72k,300.

Pendant les quatre jours suivants je prends la peptone en lavements : le poids reste constant à 72k,265, et les proportions d'urée sont sensiblement les mêmes pour les mêmes quantités de peptone : premier jour, 160 grammes : 25gr,70; deuxième jour, 200 grammes : 30gr,56; troisième jour, 160 grammes : 26gr,10; quatrième jour, 120 grammes de solution de peptone en lavements : urée, 19gr,88.

Je supprime alors la peptone et je reprends pendant trois jours 350 grammes de pain, 300 grammes de pommes de terre et 30 grammes de graisse, *sans viande*. L'urée descend à 15gr,89 et le poids à 71k,810.

Les excréments ont été analysés ainsi à chaque période, et nous avons trouvé 0,0112, 0,0196, 0,0182 d'azote.

Nous voyons, dans cette expérience, la quantité d'urée augmenter proportionnellement à la quantité de peptones ingérées, de même qu'elle augmente proportionnellement à la quantité de viande. Le poids, qui a diminué rapidement par suite de la privation de viande, augmente très rapidement sous l'influence des peptones; la faiblesse et la faim qui se faisaient sentir par suite de la même privation de viande disparaissent complètement sous la même influence des peptones. L'action nutritive des peptones ressort donc de là avec une évidence frappante, et aussi la facilité de leur absorption soit par l'estomac soit par l'intestin.

J'ai pu, dans deux autres expériences, tenir deux chiens à la ration d'entretien, avec poids et température constants pendant quinze ou vingt jours, en leur donnant de la peptone pour tout aliment azoté. Après ce laps de temps, la peptone ayant été supprimée, ces animaux ont subi une perte de poids rapide.

La ration d'entretien pour l'adulte valide est de 160 grammes de solution saturée de peptone de viande, marquant 19 degrés à l'aréomètre Baumé et représentant trois fois son poids de viande.

Cette viande est transformée en peptone par la pepsine; j'ai indiqué les détails de l'opération dans le *Bulletin de thérapeutique*, de même que les caractères que doivent présenter les peptones bien préparées. Voici les principaux :

La solution concentrée de peptones doit se conserver longtemps sans décomposition.

Elle doit précipiter abondamment par l'alcool et le tannin, se colorer en rouge par le réactif de Millon et faire passer au violet la liqueur bleue de Fehling.

Elle ne doit précipiter ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, ni par le ferrocyanure de potassium additionné d'acide acétique. Concentrée par l'évaporation elle ne doit pas se prendre en gelée par le refroidissement, ce qui la distingue des solutions de gélatine.

On peut donner chaque jour 3 ou 4 lavements composés de deux cuillerées ou 40 grammes de solution saturée de peptones à 19 degrés Baumé, 125 grammes d'eau, 3 à 4 gouttes de laudanum, 30 centigrammes de bicarbonate de soude.

J'ai pris souvent dans mes expériences une dose plus élevée; mais pour les malades je crois préférable de ne pas dépasser 40 grammes et, dans beaucoup de cas, au début, il sera sage de commencer par une cuillerée.

Je dois, en terminant cet exposé succinct, signaler les

(1) La quantité d'urée est influencée par l'alimentation des jours précédents; voilà pourquoi les derniers chiffres sont relativement plus élevés que les premiers.

deux observations de malades alimentés par des lavements de peptones qui ont été publiées par M. Daremberg dans la *Gazette hebdomadaire*. Ces faits, très intéressants et très concluants, parce que ce sont les seuls où les conditions scientifiques aient été minutieusement remplies, ont fortement contribué à convaincre ceux qui doutaient de la possibilité de l'alimentation par le rectum. Au nombre de ceux-ci nous devons citer M. Dujardin-Beaumetz qui, après avoir consacré deux importants articles à réfuter toutes les publications antérieures, convaincu, au contraire, par les observations de M. Daremberg et par mon expérience, est arrivé à ces conclusions : Au point de vue physiologique et thérapeutique les lavements de peptones peuvent suffire à la nutrition, et désormais, lorsqu'on voudra se servir du rectum comme voie d'alimentation, c'est à ces seuls lavements de peptones qu'il faudra recourir.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès international d'hygiène de Turin.

SÉANCES DES SECTIONS.

(Suite et fin. — Voyez le numéro 41.)

VIIe SECTION.

Hygiène vétérinaire.

Les discussions très spéciales de cette section ont été, presque toutes, suivies de l'adoption de conclusions très développées, qui sont la meilleure analyse que nous en puissions faire; nous devons donc nous borner à les transcrire.

Sur la salubrité et sur l'inspection sanitaire des viandes, (mémoire de M. le docteur *Felix* (de Bucharest). M. *Nocard* (d'Alfort) propose à la suite d'une discussion très animée le vœu suivant : 1° qu'un service vétérinaire d'inspection des viandes soit installé partout où il y a un abattoir ou une boucherie, vœu déjà émis en 1878 par le deuxième Congrès; 2° que cette inspection soit faite sur les animaux vivants et soit répétée après leur mort; 3° que l'on publie et répande des instructions populaires afin de persuader les populations que la viande insuffisamment cuite est quelquefois dangereuse.

— *Etiologie et prophylaxie de la rage des animaux, étudiée surtout dans ses rapports avec la santé publique.* — Voici l'ordre du jour adopté sur la proposition de M. *Valloda* (de Turin) : que l'on fasse partout des études pratiques afin d'établir si, comme l'affirment certains journaux et comme l'ont rapporté quelques observateurs, il est possible qu'un chien bien portant fasse développer la rage, quoique ne l'ayant pas lui-même, en mordant d'autres animaux, fait que la science n'admet pas encore; et sur quelques observations de MM. *Bassi* et *De Marchi*, que les vétérinaires soient invités à étudier s'il n'existe pas des formes de rage guérissables, mais pouvant transmettre par morsure une rage mortelle.

Pendant la période d'incubation de la rage, le chien doit toujours être considéré comme pouvant transmettre la maladie en tout temps, dans l'ignorance où l'on est du moment où cela peut arriver.

— *Sur la transmissibilité de la morve des solipèdes à l'homme, et sur les mesures de police sanitaire les plus convenables pour la prévenir*, par M. *Brusasco* (de Turin); conclusion votée : Puisque la morve des solipèdes peut se transmettre de ces animaux à l'homme par inoculation ou par infection, on propose que chaque gouvernement réclame l'abatage immédiat des animaux morveux ; qu'il ne soit permis de les soigner que dans les écoles vétérinaires, et que le public soit averti par des instructions populaires du danger qu'il court en s'exposant au contact de ces animaux.

— *De la transmission possible de la tuberculose des animaux à l'homme et des mesures les plus convenables de police sanitaire à opposer à cette transmission*, par M. *Brusasco*. — Après un historique complet de la question, l'auteur pense qu'il convient d'éliminer de la consommation le lait et la viande des animaux tuberculeux; M. *Bassi* fait des réserves, au point de vue scientifique, sur l'identité de la pommelière du bœuf avec la tuberculose de l'homme, et il s'appuie sur l'opinion de Virchow à ce sujet. MM. *Bizozzero* et *Nocard* s'élèvent contre cette opinion et citent des faits nombreux qu' tendent à démontrer l'identité de ces deux affections ; ils demandent donc qu'on prenne des mesures capables de sauvegarder la santé publique. Toutefois, considérant, d'une part, le petit nombre des faits qui paraissent démontrer que le jus de la viande crue renferme les éléments de la virulence, et, d'autre part, le danger qui résulterait d'une trop grande diminution des viandes de boucherie, M. *Nocard*, d'accord avec son collègue M. *Bassi*, demande qu'on n'exige la destruction des viandes fournies par les animaux tuberculeux que dans les cas les plus graves; mais MM. Nocard et Bizozzero voudraient qu'on répandît dans les campagnes des instructions populaires, indiquant la nécessité de faire bouillir le lait et de faire bien cuire la viande de bœuf.

Après une assez longue discussion, la section émet le vœu : 1° que l'instruction dont nous venons de parler soit rédigée et répandue à profusion dans les campagnes; 2° qu'il soit établi dans les grandes villes un service d'inspection des laiteries ou nourriceries; 3° que les inspecteurs de la boucherie examinent avec soin les animaux abattus, pour éliminer ceux chez lesquels la tuberculose serait en voie de généralisation.

— *De la transmissibilité du charbon ou de l'anthrax des animaux à l'homme et des mesures de police sanitaire les plus convenables pour prévenir cette contagion*, par M. *Brusasco*. — Cette communication, après une vive discussion, à laquelle toute la section prend part, donne lieu à la proposition de joindre aux mesures déjà en vigueur, dans les cas de mort d'animaux charbonneux, les mesures suivantes : 1° la cuisson dans des chaudières ou des fourneaux ambulants, dans les lieux où il n'y a pas d'équarrissage ; 2° la torréfaction de la terre des écuries, du produit d'incrustation des murs, la torréfaction et la désinfection de toutes les matières et de tous les outils infectés ; 3° le revêtement du sol des écuries par une couche d'asphalte ; 4° l'établissement de stations destinées à l'enterrement, avec cuisson préalable, des animaux morts du charbon ou d'autres maladies qui les rendent impropres à l'alimentation.

— M. *Bassi* (de Turin) fait ensuite un rapport sur les différentes espèces de gale des animaux qui peuvent se transmettre à l'homme.

Après la discussion et les observations de M. *Nocard* (d'Alfort) sur l'importance prédominante de la transmissibilité des différentes formes de maladie produites par les favus les animaux par rapport à celle de la gale, la Section propose :

La composition et la divulgation d'une instruction populaire concernant les dermopathies parasitaires des animaux domestiques, transmissibles à l'espèce humaine.

— *Sur la nécessité d'une désinfection des wagons de chemin de fer qui servent au transport des bestiaux, afin de prévenir la diffusion des maladies contagieuses*, par M. *Bassi*. — Après une longue discussion on approuve l'ordre du jour suivant : Considérant que la manière suivant laquelle le service de police sanitaire vétérinaire est fait chez les différents peuples, n'exclut pas la possibilité de l'introduction d'animaux affectés de maladies contagieuses sur les chemins de fer; que le transport d'animaux atteints de maladies contagieuses par les chemins de fer favorise souvent la diffusion de ces maladies; considérant, en outre, que le commerce in-

ternational très actif qui se fait actuellement sur toutes les espèces animales domestiques, peut servir à répandre les maladies contagieuses auxquelles ces espèces sont sujettes même au delà des confins des États.

La section pense que la désinfection régulière des wagons et annexes, toutes les fois qu'ils auront servi au transport de solipèdes, de grands ou de petits ruminants, de porcs, de volailles, est une mesure très importante de police sanitaire, dans le but d'empêcher la diffusion des maladies contagieuses des animaux.

— Signalons enfin, dans cette section, la présentation par M. le docteur *Poincaré* (de Nancy) de *corpuscules microscopiques*, peut-être une métamorphose des ténioïdes du bœuf, rencontrés par lui dans une série de viandes refusées à l'abattoir de cette ville; une note « sur l'*acariase* des produits de charcuterie », par M. Volante, et une autre note de M. Gramegna sur la *pellagre*, à la suite de laquelle la section émet le vœu que les autorités locales empêchent la consommation du maïs altéré dans les pays où la pellagre est endémique, et informent par des instructions élémentaires les populations des dangers qu'elles courent.

VIII

VIIIe ET IXe SECTIONS.

Hygiène militaire et navale. — Sauvetage sous toutes ses formes.

Les travaux de cette section ont commencé par la lecture de deux importants mémoires: l'un de M. le docteur *Ollivier* (de Toulon), sur *l'hygiène navale et sur les épidémies à bord des navires;* l'autre de M. le docteur *Léon Colin* (de Paris), sur *l'influence spéciale sur le soldat des causes typhoïgènes produites et alimentées dans les villes de garnison*. Sans doute, le milieu militaire est plus favorable que tout autre à la propagation de la fièvre typhoïde; les conditions d'âge, d'acclimatement, d'encombrement, jouent un grand rôle et font que le *réactif militaire* est plus sensible à la fièvre typhoïde que le *réactif civil;* mais il ne résulte pas nécessairement de ce fait que la fièvre typhoïde naisse toujours dans ce milieu. Souvent elle prend naissance dans le milieu indigène; et il résulte de là que l'hygiène de la caserne et l'hygiène de la cité sont entièrement liées l'une à l'autre, et qu'en même temps qu'on assainit la caserne, il faut assainir la cité. D'ailleurs, M. Colin n'est pas partisan des casernes monumentales, et il a assez souvent exprimé son opinion pour qu'elle ne soit ignorée d'aucun hygiéniste. M. le docteur *Lacassagne* (de Lyon) a fait remarquer, à propos de cette question, que l'hygiène des casernes était devenue plus importante encore depuis que tout le monde est soldat et que le peu de temps que chacun passe sous les drapeaux renouvelle incessamment l'effectif et jette dans le milieu militaire des jeunes gens qui y passent un temps insuffisant pour l'acclimatement.

A la suite de la lecture, par M. le docteur *Baroffia* (de Turin), président de la section, de mémoires sur *la tuberculose pulmonaire des soldats* et *sur le scorbut dans les armées*, ainsi que de communications de M. le docteur *Cabello y Bruller* (Algésiras) et *Ollivier* sur ce dernier sujet, et à la suite d'une relation de M. Baroffia sur *l'état des casernes en Italie* et des observations de M. *Emile Trélat*, la section a voté au cours des débats les propositions suivantes. Il est nécessaire de diminuer l'état actuel d'encombrement des casernes et des navires; que, dans l'érection des casernes, on suive le principe, reconnu très utile sous le rapport hygiénique, des pavillons séparés; de procéder à un choix plus sévère du soldat, et que l'époque de l'appel aux armes ait lieu en octobre ou en avril et non au milieu de l'hiver; si le scorbut en temps normal n'est pas très grave, il n'en faut pas moins donner une meilleure alimentation aux soldats avec prédominance de l'élément végétal frais, et avoir dans chaque caserne un local chauffé, où les soldats employés au service de nuit puissent promptement faire sécher leurs vêtements.

— Sur la demande de M. le docteur *Boncivenni* (de Turin), la section fait des vœux pour que, dans les examens des capitaines de marine, on donne une part importante aux connaissances d'hygiène et de médecine navales, et pour qu'à bord de chaque navire on puisse trouver un livre résumant les connaissances les plus utiles à ce sujet.

Xe SECTION.

Architecture et chimie appliquées à l'hygiène.

Nous ne ferons que signaler dans cette section une discussion sans grande précision sur les maternités, des études sur divers systèmes de ventilation sur lesquels il ne convient pas de s'étendre ici, la présentation par M. *Pennetier* (de Rouen) de l'*aéroscope Pouchet*, la présentation par M. *Houzeau* (de Rouen) de son *gravivolumètre*, appareil destiné à fournir le poids exact des liquides sans le concours de la balance, et qui permet, entre autres, de déterminer en peu de minutes la quantité de sulfate de chaux contenue dans les eaux potables et non potables; le dépôt de divers plans d'écoles, d'hôpitaux, d'une maison centrale de force et de correction, par M. *Normand* (de Paris), etc.

L'éclairage et le chauffage des habitations privées et des ateliers au moyen du gaz, a donné lieu, à la suite d'un mémoire de M. *Houzeau*, à une discussion dont les conclusions ont été analogues à celles qui ont suivi la communication de M. le docteur *Layet*, que nous avons analysée tout à l'heure.

— Un intéressant rapport présenté par M. le docteur *Napias* sur les *règles à observer pour l'élaboration des quartiers nouveaux ou la transformation des quartiers insalubres,* lui a permis de faire recommander par la section l'adoption, dans tous les pays, du règlement proposé à cette effet par la Commission des logements insalubres de Paris, règlement « si complet dans toutes ses parties ».

Nous arrivons enfin à la brillante discussion soulevée par M. l'ingénieur *Durand-Claye* sur *l'assainissement municipal de Paris, d'après les derniers votes du Conseil municipal*. Cet assainissement, on le sait, comporte deux grandes opérations : l'extension des irrigations entreprises à Gennevilliers depuis quelques années pour l'utilisation des eaux d'égout et l'opération connue de l'écoulement des vidanges à l'égout. Les événements actuels nous engagent à résumer aussi brièvement que possible cette question.

La théorie de l'épuration des eaux vannes par irrigation sur le sol résulte des expériences de M. Schlœsing, si bien analysées dans le rapport qu'il présenta, avec MM. Durand-Claye et Proust, au Congrès international d'hygiène de Paris en 1878; les produits ammonicaux, oxydés dans leur passage à travers les pores du terrain, grâce au travail accompli par des animalcules particuliers, se transforment en acide azotique et se retrouvent à l'état d'azotate de chaux dans les eaux épurées. Le drainage établi pour combattre l'élévation du plan d'eau débite chaque jour 16 000 mètres cubes; ces eaux ont été l'objet d'études approfondies de M. Marié-Davy. Le microscope y montre quatre fois moins de bactéries que dans les eaux de la Vanne, qui servent à l'alimentation de Paris.

La rosée qui se dépose sur un ballon froid lorsqu'on évapore ces eaux à 50° ne contient ni particules solides, ni vibrions; l'air qui a traversé un filtre imbibé de ces eaux ne provoque pas la fermentation dans les matières organiques les plus sensibles. Il faut donc n'avoir qu'une très médiocre confiance dans les bruits qui ont couru sur l'insalubrité de la presqu'île de Gennevilliers, où d'ailleurs l'irrigation est chaque jour plus réclamée. Aujourd'hui l'irrigation est acceptée comme procédé définitif d'épuration; les eaux vont

être conduites dans la plaine de Saint-Germain, et il ne faut pas oublier que, si elles ne l'étaient pas, l'altération de la Seine continuerait, comme l'a si bien démontré M. Gérardin dans la *Revue d'hygiène* (numéro de septembre 1880), à s'étendre sur une longueur de 10 kilomètres par an.

M. Durand-Claye paraît aussi absolument convaincu de l'utilité et de l'innocuité de l'écoulement des vidanges à l'égout, pourvu que les eaux souterraines soient abondamment lavées d'eau, incessamment débarrassées, comme le demande M. *Laura*, président de la section, des matières qui, « véritables foyers d'infection peuvent y séjourner avec un grand danger pour la santé publique », et que les communications avec l'atmosphère des rues et des maisons soient convenablement établies, assainies, pourrait-on dire.

Ces idées, éloquemment soutenues et défendues par MM. *Durand-Claye*, *Bourneville*, *Crocq* (de Bruxelles), *Lubelski* (de Varsovie), sont très attaquées par M. *Duverdy* (de Maisons-Laffitte), qui ne peut se résoudre à voir les eaux d'égout se déverser dans le sol qui l'environne, et surtout par M. *Van Overbeek de Meijer* (d'Utrecht), l'adversaire résolu et systématique des égouts parisiens, et partisan non moins systématique et convaincu, nul ne l'ignore, du système Liernur, qui consiste à aspirer dans un réservoir central, au moyen de tuyaux convenablement disposés, les matières fécales de toute une ville. Ce système est encore aujourd'hui en Allemagne, en Hollande, l'objet de discussions de la vivacité desquelles on a peine à se faire une idée. Pour nous, qui ne saurions traiter plus longuement cette question, nous devons déclarer que M. Durand-Claye avait la très grande majorité de ses auditeurs pour les idées qu'il défendait, et l'unanimité pour louer l'habileté et le talent avec lesquels il a fait sa conférence très applaudie.

Tel est le résumé très succinct des séances des sections du Congrès international d'hygiène de Turin, résumé suffisant cependant pour reconnaître quelle somme de travail y a été dépensée, et pour déplorer que les hygiénistes soient si souvent obligés de renouveler leurs revendications et de rappeler les acquisitions de leur science aux dépositaires des pouvoirs publics. Puissent-ils cette fois recevoir un accueil plus promptement suivi d'effet!

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur l'action physiologique du « Conium maculatum ». Note de M. *Bochefontaine*. — « Dans une communication à l'Académie, le 27 mai 1878, nous avons, M. Tiryakian et moi, émis l'idée que le *Conium maculatum* (grande ciguë) contient « deux principes actifs, au moins, doués de propriétés différentes » : l'un d'eux, la *conine* (conicine ou cicutine), possédant l'action physiologique de la grande ciguë, celle qui a été signalée par Orfila, Gubler, M. Christison, est paralysant du système nerveux central; l'autre, reconnu également par différents auteurs et se comportant à peu près comme le curare. De plus, un certain nombre d'expériences, avec un sel bromhydrique retiré de la grande ciguë par M. Mourrut, nous ayant donné des résultats sensiblement pareils à ceux de la conine, nous avons adopté pour ce sel le nom de *bromhydrate de conine*.

Depuis, le 21 juillet 1879, M. J. L. Prevost (de Genève) a présenté à l'Académie les conclusions d'un travail tendant à établir que « la paralysie produite par le bromhydrate de conine est le résultat de la paralysie des nerfs moteurs, qui perdent aussi leur excitabilité ». Enfin, M. Prevost, sans mentionner aucune expérience avec la conine elle-même, se range à l'opinion de MM. Kölliker, Guttmann, Martin-Damourette et Pelvet, Jolyet, Cahours et Pélissard, Lautenbach, etc., et admet que cet alcaloïde possède une action paralysante sur les nerfs moteurs. »

Les auteurs ont fait les deux expériences suivantes :

1° Sur un chien bien portant, de forte taille, on injecte dans une veine saphène 7 centigrammes environ de conine en solution hydro-alcoolique convenable, après avoir sectionné un nerf sciatique. La réflectivité de l'axe gris bulbo-médullaire est promptement abolie, et la faradisation du bout central du nerf sectionné ne détermine plus de manifestations de douleur ni de mouvements réflexes, ou, pour être plus précis, ne provoque plus, comme avant l'injection, de cris ni de mouvements de la tête ou des membres, tandis que la même excitation du bout périphérique produit ses effets habituels.

2° Sur deux grenouilles on sectionne le sacrum en travers, et on lie le tronc à sa partie moyenne, à l'exception du plexus ischiatique. On introduit alors sous la peau de l'avant-bras d'une grenouille une gouttelette de curare; sur l'autre on introduit de même une solution convenable de conine. Lorsque les deux animaux sont en résolution, on pince sur chacun d'eux les doigts du membre antérieur intact, ou bien on touche la peau de l'aisselle, du flanc d'un côté, ou le pourtour de l'anus, avec une gouttelette d'acide : la grenouille curarisée exécute aussitôt, avec les membres postérieurs, les mouvements adaptés de défense ou de fuite, tandis que l'autre reste immobile.

Il ressort de ces expériences que la conine diminue ou abolit les propriétés physiologiques des centres nerveux avant d'agir, comme le curare, sur la substance « jonctive nervo-musculaire » (Vulpian). Sur le chien et sur la grenouille, cet alcaloïde finit toutefois par abolir l'excito-motricité nerveuse, s'il est donné en quantité suffisante; mais alors il est fatalement mortel pour les batraciens aussi bien que pour les mammifères.

L'action physiologique de la substance employée est donc différente de celle du curare.

Quant aux effets des bromhydrates retirés de la ciguë, voici le résumé des résultats obtenus avec des produits cristallisés sous une même forme géométrique et préparés par M. Mourrut, la plupart au laboratoire de M. Vulpian.

On peut diviser ces bromhydrates en deux groupes :

a. Les uns gardant une couleur ambrée et ressemblant aux échantillons dont nous nous sommes servis, M. Tiryakian et moi. Ces types de bromhydrate de conine, plus toxiques que ceux de la catégorie suivante, se comportent sensiblement comme la conine; ils représentent donc l'action physiologique *principale* de cet alcaloïde.

b. Les autres, incolores ou légèrement nacrés, purifiés par plusieurs cristallisations, et dont un était pareil à celui dont M. J. L. Prévost a fait usage, se sont montrés moins toxiques que les sels jaunâtres, et n'ont pas agi de la même façon qu'eux. Les grenouilles paralysées par 15 ou 20 milligrammes de ces bromhydrates purifiés ont perdu l'excito-motricité nerveuse, à l'instar des grenouilles curarisées; mais aucune n'est revenue à la vie, comme l'ont fait les grenouilles engourdies par le curare et placées d'ailleurs dans les mêmes conditions. Une dose un peu inférieure, capable cependant d'engourdir incomplètement les grenouilles, de sorte que ces batraciens gardent quelques mouvements spontanés, donne encore la mort au bout de deux et même trois jours.

Quant à l'action comparée de la grande ciguë et du curare, il semble que l'on pourrait la formuler ainsi : *La ciguë peut agir comme le curare, mais elle produit, en outre, des effets physiologiques qu'on n'observe pas chez les animaux soumis à l'action du curare.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1880.— PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. *Bourgoin* offre en hommage un volume qu'il vient de publier sous le titre de *Traité de pharmacie galénique.*

M. *Lagneau* présente une série de brochures relatives à l'hygiène et à la prophylaxie des maladies contagieuses.

M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. Pasteur à M. le président de l'Académie :

« 11 octobre 1880.

» Monsieur le Président,

» L'Académie a été péniblement impressionnée par le tumulte qui a terminé la dernière séance, quand, après la réponse que je lui avais faite, M. J. Guérin a de nouveau demandé la parole.

» Si, dans ma réplique, et notamment dans les passages qui ont davantage saisi son attention et celle de l'assemblée, j'ai, dans la vivacité de la discussion, prononcé quelque parole ou appréciation de nature à porter atteinte à la considération de M. J. Guérin, je la retire, et je déclare que je n'ai jamais eu l'intention de blesser notre savant collègue.

» Dans nos discussions, je n'ai jamais eu qu'une préoccupation, celle de défendre avec énergie l'exactitude de mes travaux.

» Agréez, etc. L. Pasteur. »

M. *le Secrétaire perpétuel* ajoute que cette lettre fait le plus grand honneur à la loyauté de M. Pasteur.

M. *le Président* remercie M. Pasteur au nom de l'Académie. (*Approbation.*)

Recherches expérimentales sur la voix, au point de vue de l'intensité du son. — M. le docteur *Krishaber* donne lecture d'un mémoire dont voici les conclusions :

1° Les cordes vocales génératrices du son, réduites à elles seules, ne produisent que des bruits très faibles, dont la valeur musicale est difficile à déterminer.

2° L'intensité de ces sons primaires des cordes vocales est puissamment renforcée par les cavités pharyngo-buccale et pharyngo-nasale, qui forment résonnateurs.

3° Le vestibule et les ventricules du larynx sont sans influence sur l'intensité du son, chez l'animal sur lequel j'ai expérimenté, et dont le larynx présente une grande analogie avec celui de l'homme.

4° La voix puise les caractères de timbre aux mêmes sources que ceux de l'intensité, avec cette différence toutefois que le timbre de la voix se trouve surtout déterminé par la cavité bucco-nasale et son intensité par la cavité pharyngée, dont l'ampleur, par conséquent, est l'une des conditions les plus essentielles de la puissance de la voix.

Élections. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président, en remplacement de M. Broca, décédé. Le nombre des votants étant de 62, majorité 32, M. Legouest obtient 60 suffrages, M. Hardy 1; 1 bulletin blanc. En conséquence, M. Legouest est proclamé vice-président.

M. *Legouest* présente, avec émotion, ses remercîements à l'Académie, et ses paroles sont accueillies par de nombreux applaudissements.

Du rhumatisme cérébral et de son traitement par les bains froids. Tel est le nom d'un long et intéressant mémoire communiqué par M. *Woillez*. Après avoir fait un historique complet de la question du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, et avoir insisté sur l'extrême gravité de la maladie et l'impuissance des médications ordinaires dirigées contre elle, l'auteur ajoute que si l'on tient compte de l'ensemble des faits de rhumatisme cérébral à forme délirante survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, il faut reconnaître que la véritable indication de l'emploi des bains froids dans cette affection existe d'une manière indubitable, lorsque le délire intercurrent coïncide avec une hyperthermie de 40 degrés au moins, et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations.

Il n'existe, jusqu'à présent, aucun exemple de nocuité de la réfrigération utilisée contre le rhumatisme cérébral. Aucun incident immédiat n'a pu lui être imputé, et quand elle n'a pas réussi à empêcher la mort, ce qui a pu dépendre du mode défectueux de réfrigération employé, elle a prolongé manifestement la vie du malade.

Le médecin doit avoir recours aux bains froids ou s'en abstenir dans les conditions suivantes :

1° Il doit les prescrire avec assurance, quand au délire se joignent l'atténuation ou la disparition de la fluxion articulaire et, de plus, une hyperthermie à 40 degrés et au-dessus. On peut dire alors que les bains froids réussissent toujours à procurer la guérison à toutes les périodes de l'évolution du rhumatisme cérébral, qu'il y ait délire, coma, ou même imminence de la mort.

2° En second lieu, on doit encore recourir aux bains froids dans le rhumatisme cérébral, si, avec le délire, il n'y a pas diminution des symptômes articulaires, mais si l'hyperthermie est manifeste.

3° Les bains froids doivent être remplacés par des révulsifs, s'il y a un délire simple, les manifestations articulaires suivant leur cours et l'hyperthermie faisant défaut.

Suivant M. Woillez, c'est à tort que l'on a considéré l'hyperthermie comme la seule indication de l'emploi des bains froids dans le rhumatisme cérébral. Il est tout aussi nécessaire, d'après lui, de tenir compte de la disposition de la fluxion articulaire que de l'hyperthermie, puisque, dans un certain nombre de cas, un traitement révulsif ayant fait reparaître cette fluxion sur les grosses articulations d'abord envahies, la guérison a eu lieu.

La réfrigération s'obtient par des méthodes diverses : applications extérieures de la glace, lotions fraîches ou froides, affusions hydrothérapiques, applications réitérées du drap mouillé; enfin, emploi de l'appareil de M. Dumontpallier, appareil qui est plutôt, suivant M. Woillez, un moyen propre à des recherches scientifiques qu'à la pratique courante.

En définitive, c'est aux immersions ou aux bains que l'on a donné avec juste raison la préférence. On les a employés à la température de 20 ou 25 degrés centigrades, en abaissant ou non cette température de plusieurs degrés par l'addition de la glace. On les a répétés irrégulièrement après une première immersion ayant abaissé suffisamment la température, dès que le thermomètre marquait 39 degrés. M. Woillez trouve cette manière de procéder exagérée, attendu qu'il faut tenir compte des oscillations de la température qui met un certain temps à revenir à son type normal.

Dans tous les faits qu'il a observés et traités avec succès, M. Woillez a employé les bains à 20 degrés toutes les trois heures, jusqu'à la disparition du délire avec le retour des fluxions articulaires. Il faisait cesser l'immersion chaque fois, dès que le malade éprouvait des frissons, et ordinairement la sédation des accidents cérébraux était d'abord de peu de durée, puis elle se prolongeait de plus en plus après les immersions suivantes. Un sommeil réparateur succédait à l'agitation, et le succès de la médication était révélé non seulement par l'abaissement de l'hyperthermie, mais encore par le retour des manifestations articulaires rhumatismales.

Le bain est le mode de réfrigération le meilleur, parce qu'il agit sur toute la surface du tronc et des membres d'une manière égale, ce que l'on n'obtient par aucun autre moyen réfrigérant. Le drap mouillé et renouvelé ne vaut pas l'immersion, et l'on ne doit y avoir recours que si le bain fait défaut.

Quant aux lotions froides, elles constituent un moyen de réfrigération insuffisant qui ne fait que retarder l'issue fatale.

— A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Urémie avec élévation de température : M. Guyot. — Traitement de la lèpre par l'acide phénique : M. E. Besnier. — Délire de persécution : M. Delasiauve. — Accidents d'intoxication par l'hyosoyamine : M. Empis. — Élections.

M. *Guyot* a observé dernièrement dans son service un homme trouvé sans connaissance sur la voie publique et apporté dans cet état à l'hôpital. On manquait de tout renseignement; on constatait un coma profond avec résolution musculaire totale; les excitations portées sur la face déterminaient des mouvements réflexes du visage et même des membres; thermo-anesthésie complète; incontinence d'urine et des matières fécales. La température de 38°,8 s'éleva le soir à 40°,2; la respiration était suspirieuse. L'urine renfermait un peu d'albumine. On porta le diagnostic d'affection cérébrale, écartant l'urémie à cause de l'élévation de température. La veille de la mort du malade, qui survint quarante-huit heures plus tard, sa fille raconta que, depuis trois mois environ, il souffrait de la tête et que peu de jours avant son entrée à l'hôpital il avait reçu, à la capsulerie où il était ouvrier, un coup de balancier sur le crâne, ayant déterminé une petite plaie; que cependant il était retourné à son travail. A l'autopsie, on trouva le rein gauche presque entièrement détruit, formant une coque polykystique autour d'un énorme calcul de phosphate de chaux. Le rein droit de volume normal présentait quelques kystes à la surface; la capsule était assez adhérente et la coupe offrait l'aspect du rein scléreux, la substance corticale étant légèrement atrophiée. Foie gras. Ventricule gauche du cœur hypertrophié. On avait donc eu affaire à un cas d'urémie avec élévation notable de la température; pouvait-on éviter l'erreur de diagnostic ?

M. *Colin*. Y avait-il quelque lésion cérébrale ?

M. *Guyot*. Aucune. Il y avait même très peu de liquide dans les ventricules. Le bulbe et le cervelet étaient également sains.

— M. *Ducazal* rappelle le cas de lèpre présenté par M. Vallin dans une des dernières séances. Le malade a été traité depuis deux mois par l'acide phénique : il a pris jusqu'à 1 gramme en potion; les pilules, même à la dose de 25 à 30 centigrammes, déterminaient de violentes coliques. L'affection s'est néanmoins beaucoup aggravée.

M. *E. Besnier* fait remarquer l'intérêt de ces renseignements, qui montrent qu'il s'agit d'un cas de lèpre galopante maligne, forme rarement observée en France, et font en outre connaître qu'une dose minime d'acide phénique peut ne pas être tolérée en pilules; est-ce à la forme pilulaire de la préparation ou à un état gastro-intestinal particulier que doit être attribuée; dans ce cas, la non-tolérance pour ce médicament, que lui-même administre sans inconvénient à l'hôpital Saint-Louis par pilules de 10 centigrammes, à raison de 10 pilules par jour? En commençant par une seule pilule, et augmentant d'une chaque jour, on n'a aucun accident à redouter; on devra seulement interrompre le traitement après un temps plus ou moins long suivant les individus. Personne jusqu'ici n'a prétendu avoir guéri la lèpre par ce moyen, mais la nature parasitaire de la maladie fournit une indication rationnelle de l'emploi du médicament. Néanmoins un lépreux traité par M. E. Besnier, depuis plusieurs mois, et qui tolère fort bien l'acide phénique, n'a éprouvé jusqu'à présent aucune amélioration sensible. Il serait intéressant d'avoir des renseignements ultérieurs sur le malade de M. Vallin.

M. *Ducazal* dit que cet individu est retourné à la Guyane.

M. *Hillairet* soigne en ce moment une dame originaire des plateaux des Andes et atteinte de lèpre depuis deux ans : le mari et les enfants de la malade n'offrent aucun symptôme de la même affection. Il a employé dans ce cas le hoàng-nàn du Tonkin. Les premières pilules renfermant une dose élevée ont déterminé des douleurs intestinales vives et de la roideur des membres; à la dose de 10 centigrammes matin et soir, le médicament a été très bien supporté et les tubercules de la face, des épaules et des avant-bras paraissent s'être notablement affaissés ; peut-être le changement de climat a-t-il eu quelque influence dans cette amélioration. Il se réserve d'ailleurs de revenir sur ce sujet : car il a enlevé, du consentement de la malade, plusieurs tubercules pour en faire l'examen histologique et pratiquer l'inoculation. On sait que le porc, spontanément lépreux dans la Colombie, est l'animal que l'on doit choisir pour ce genre d'expériences.

— M. *Delasiauve* fait observer, à propos d'une femme qui avait tenté de se jeter par la fenêtre et qu'on avait jugée atteinte du délire de persécution, qu'il ne faut pas confondre le délire général avec excitation, poussant au suicide et aux actions incohérentes, avec le délire partiel monomaniaque, compatible avec la santé et un raisonnement sain sur tout autre sujet. Le premier peut guérir, le second est fatalement incurable.

— M. *Empis* rapporte que, chez un malade atteint de paralysie agitante type et auquel il avait donné antérieurement 20 centigrammes d'extrait de jusquiame sans obtenir d'effet sensible, il a vu se produire des accidents effrayants après l'administration de 5 milligrammes d'hyoscyamine. Après une première pilule de 5 milligrammes, prise le soir avant le repas, le malade avait eu des chaleurs vers la tête, des nausées et un vomissement qui peut-être avait rejeté une partie du médicament. Cependant le tremblement avait cessé, et le malade put le lendemain s'habiller seul; aussi reprit-il une seconde pilule avant son repas du matin. M. Empis arriva chez lui peu d'instants après ; il le trouva la figure colorée, inquiète, se plaignant d'une sensation d'ivresse, de sécheresse intense à la gorge, de nausées ; puis bientôt il fut pris de délire, d'hallucinations, obsédé de visions de rats et de serpents; le tremblement qui avait un peu reparu dans la matinée avait de nouveau complètement cessé; la respiration était à peu près normale ; 85 pulsations. Après ingestion de café noir et quelques frictions stimulantes, cet état grave, qui durait depuis trois heures, s'améliora; la parole revint, les hallucinations disparurent et il ne restait plus qu'une extrême fatigue. Le lendemain, le malade ne conservait que le souvenir des visions qu'il avait eues pendant la crise. Ces accidents, dit M. Empis, ne sont signalés dans aucun formulaire ; ne pourraient-ils pas tenir à la différence d'activité de l'hyoscyamine de diverses provenances? En tout cas, il semble résulter de ce fait qu'il ne faut donner cet alcaloïde qu'à doses faibles et progressives.

M. *Hillairet* demande ce qu'est devenu le malade.

M. *Empis*. Le tremblement a été supprimé pendant près de trente-six heures, et la force musculaire semblait revenue ; mais je n'ai pas osé continuer l'emploi de l'hyoscyamine.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'en effet les différentes hyoscyamines sont très différemment actives, ce qui tient à ce que ce corps n'a pu être obtenu cristallisé. Les alcaloïdes des solanées doivent être en général maniés avec prudence ; ainsi l'atropine, la duboisine sont des médicaments parfois dangereux, surtout à cause de la facile accumulation des doses.

M. *Joffroy* a souvent prescrit l'hyoscyamine contre la para-

lysie agitante, à la dose de 5,8 et jusqu'à 12 milligrammes; il n'a jamais observé d'accidents, à peine un peu de sécheresse de la gorge après un temps assez long. Il faut certainement tenir compte de la provenance de l'hyoscyamine, son action pouvant différer d'énergie; mais il faut surtout s'assurer si les reins du malade sont sains et peuvent éliminer normalement le médicament.

M. *Empis* n'avait pas trouvé d'albumine dans l'urine de son malade, ni aucun symptôme d'affection rénale. Pendant la crise il a éprouvé un ténesme vésical intense et n'a émis que quelques gouttes d'urine; depuis, l'urination est redevenue normale.

M. *Dumaschino* a également observé l'innocuité de 8 et 10 milligrammes d'hyoscyamine, soit dans sa clientèle particulière soit dans les hôpitaux.

M. *Bucquoy* rappelle qu'on doit tenir compte des susceptibilités individuelles parfois si marquées; il a observé des accidents toxiques sérieux et même un gonflement livide des bourses après l'administration d'un centigramme d'extrait de belladone dans un cas d'incontinence d'urine. Il n'a jamais eu d'accidents avec 8 et 10 milligrammes d'hyoscyamine.

M. *Ferrand* a pu donner progressivement jusqu'à 1 centigramme et même 1 centigramme 1/2 d'hyoscyamine à une personne qui, pendant longtemps, avait pris 1 gramme de morphine par jour; cette tolérance pour l'hyoscyamine ne résultait-elle pas du morphinisme du sujet?

M. *Bucquoy* a vu, au contraire, des accidents d'intoxication par la belladone chez une malade fortement morphinisée et qui avait employé, par suite d'une erreur, des suppositoires belladonés au lieu de suppositoires à la morphine. Il n'y avait donc pas eu d'antagonisme entre l'opium et la belladone.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que les expériences de Hugues Bennet prouvent qu'il n'y a aucun antagonisme entre la belladone et l'opium, et que l'incompatibilité thérapeutique de ces deux médicaments est erronée. Les effets des deux alcaloïdes s'ajoutent, mais, on ne saurait trop le répéter, il n'y a nullement antagonisme.

M. *Hallopeau* a toujours vu les accidents d'intoxication par les alcaloïdes des solanées être plus effrayants que réellement dangereux. Pendant son internat à la Maison de santé, il a observé, à la suite d'injections hypodermiques d'une solution d'atropine confondue avec la solution de morphine, des accidents si graves que les malades et leur entourage s'attendaient à une terminaison fatale; néanmoins, la guérison fut rapide et complète.

— MM. *Homolle*, *Dreyfus-Brisac* et *R. Moutard-Martin* sont nommés membres titulaires de la Société.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Tumeur de la parotide. — Médecine opératoire; ligature de l'artère axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule. — Kyste huileux de l'orbite.

M. *Monod* rend compte de l'examen histologique d'une tumeur de la parotide présentée à la Société de chirurgie par M. *Notta*, dans la séance du 4 août. L'examen fait par MM. Monod et Malassez a montré qu'il s'agit bien d'une tumeur parotidienne, car on retrouve des acini et des canaux excréteurs; par places, les acini sont écartés par une masse morbide dont on verra bientôt la nature.

En certains points on voit des cavités, des dilatations, couvertes de bourgeons; l'épithélium tapisse ces cavités qui sont des canaux excréteurs dilatés et donnent à la tumeur l'aspect caverneux. Le tissu situé entre les acini, a l'aspect du tissu réticulé des ganglions lymphatiques. Il s'agit donc d'un lymphadénome de la parotide avec dilatation des conduits excréteurs. Cette espèce de tumeur est excessivement rare.

— M. *Farabeuf* veut entretenir la Société de chirurgie du manuel opératoire de la ligature de l'artère axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule.

Les observations classiques de Desault, Dupuytren, Roux, Ch. Bell, nous apprennent que la ligature faite au milieu des collatérales, à quelque distance de la clavicule, procédé généralement suivi, est difficile, dangereuse et inefficace.

Desault opérait pour un anévrysme faux; il rencontra deux grosses artérioles qui compliquèrent la manœuvre; son malade mourut de gangrène.

Dupuytren opéra un jeune sellier qui avait une blessure de l'humérale; il lia l'axillaire d'abord médiatement, au moyen d'une aiguille courbe, puis, immédiatement; après quatre interventions, il dut amputer le bras. Les hémorrhagies se reproduisant, dix-sept jours après l'accident, Dupuytren chercha à lier près de la clavicule: il coupa une artériole, déchira la scapulaire et lia la veine avec l'artère; le malade mourut d'hémorrhagie.

Dans la deuxième observation de Dupuytren, l'opération fut pratiquée en présence de Pierre Bérard pour un anévrysme spontané de la sous-clavière droite; il lia au-dessous de la clavicule, coupa quatre artérioles; le membre se gangréna et le malade mourut.

Roux opéra sur un jeune homme ayant un anévrysme spontané de l'aisselle; il lia immédiatement au-dessous de la clavicule. Il eut un succès, la circulation s'étant rétablie dans le bras.

Observation de Ch. Bell, cité par Guthrie : une jeune fille a le bras arraché; on lie l'artère axillaire; mort par hémorrhagie secondaire.

De ces observations on peut conclure qu'il est dangereux de lier au milieu des artères qui naissent de l'axillaire. Plus on s'éloigne de la clavicule, plus l'artère se mêle aux nerfs, et plus il est difficile de la séparer de la veine. L'anatomie dit qu'en haut, près de la clavicule, la veine n'est pas accolée à l'artère et les nerfs non plus. Près de la clavicule, il y a deux centimètres d'artère qui sont dépourvus de collatérales.

Que disent les auteurs classiques? Ils conseillent de faire partir l'incision du sommet de l'apophyse coracoïde pour la diriger vers la clavicule. Conformément à l'enseignement écrit, il faut lier immédiatement au-dessus de l'artère acromothoracique et de la crosse de la veine céphalique, le plus près possible de la clavicule. M. Marcelin Duval, dont M. Farabeuf adopte le procédé, a bien compris et bien enseigné la manœuvre opératoire.

Le sujet sera placé dans une attitude convenable, l'épaule étant portée en haut et en arrière. Faire une incision horizontale à un centimètre au-dessous de la clavicule, cette incision comprenant la peau et le peaussier. Désinsérer le grand pectoral en rasant la clavicule. On arrive alors sur la gaîne blanche du sous-clavier, que l'on ouvre en incisant vers le haut; on obtient une boutonnière qu'on accroche par sa lèvre inférieure; alors débrider un peu sur le côté externe. A ce moment, le doigt peut sentir le paquet vasculo-nerveux au-devant des côtes; du dedans en dehors, on sent en premier lieu un cordon plat, c'est l'artère; plus en dehors sont les nerfs; on ne sent pas la veine, qui n'est pas encore accolée à l'artère. Ce procédé devrait être classique, puisque les auteurs l'ont accepté dans leurs écrits.

Dans ses cours à l'école pratique, M. *Sée* a toujours insisté sur la position à donner au cadavre. Autrefois, on admettait que la ligature d'une artère près des collatérales exposait aux hémorrhagies; mais, depuis l'emploi de la méthode anti-

septique, les hémorrhagies secondaires sont devenues excessivement rares.

M. *Després* a été impressionné par la démonstration de M. Farabeuf; mais il ne fera jamais la ligature de l'axillaire immédiatement au-dessous de la clavicule, parce que la statistique a prouvé que la ligature de la sous-clavière entre les scalènes donnait plus de succès; c'est donc une opération d'amphithéâtre.

M. *Verneuil* approuve la persévérance de M. Farabeuf pour perfectionner les procédés opératoires ; si cela est utile au point de vue opératoire, c'est de médiocre valeur au point de vue du pronostic. Il y a longtemps que Giraldès, qui était très au courant de la question, disait que ce n'était point le rapprochement plus ou moins prononcé des collatérales qui disposait aux hémorrhagies consécutives. M. Sée a donné des arguments auxquels il n'y a rien à répondre. M. Verneuil a lié la fémorale immédiatement au-dessous des collatérales; il a lié pour des hémorrhagies dans les plaies. Quand on a le choix, il faut lier à l'endroit le plus commode; mais si l'on voulait tenir compte des collatérales, on répudierait une partie des principes chirurgicaux les mieux établis. La crainte des hémorrhagies par le trop grand rapprochement des collatérales était autrefois exagérée; elle est aujourd'hui réduite à sa juste valeur. Le caillot n'est pas indispensable à l'hémostase. Il faut lier les artères où elles sont ouvertes, sans considérer les collatérales. Une plaie artérielle qui ne s'enflamme pas, une opération non suivie de fièvre traumatique, ne donnera pas d'hémorrhagies consécutives.

M. *Tillaux* pense qu'il faut lier l'axillaire sous la clavicule aussi près que possible de cet os, tout en ne tenant pas autant compte qu'autrefois des collatérales. Quant au procédé opératoire, la meilleure incision extérieure est celle allant de l'apophyse coracoïde vers la clavicule. C'est une faute que d'ouvrir la gaîne du muscle sous-clavier, car on risque de s'y perdre. Après avoir incisé le grand pectoral, on doit chercher le bord supérieur du petit pectoral, excellent point de repère. Sur le vivant, il faut surtout chercher à ménager la veine axillaire, et la veine céphalique sera un guide pour la trouver.

M. *Farabeuf*. M. Tillaux ne veut pas ouvrir la gaîne du sous-clavier, et indique comme points de repère l'apophyse coracoïde et le muscle petit pectoral. Comme M. Marcelin Duval, M. Farabeuf veut qu'on ouvre la gaîne du sous-clavier afin de laisser une paroi fibreuse protégeant la veine. Anatomiquement, le procédé qui consiste à opérer dans la concavité de la veine céphalique est mauvais. Tandis qu'au-dessus, quand la veine céphalique a été abaissée avec la lèvre inférieure de l'aponévrose sous-clavière, on voit l'artère axillaire mieux séparée de la veine et des nerfs.

— M. *Berger* présente un malade ayant un kyste huileux de l'orbite : c'est la quatrième observation de ce genre présentée à la Société de chirurgie. Ce kyste siége à l'angle interne de l'orbite, il est d'origine congénitale, et contient un liquide huileux. M. Berger a vidé la poche et y a injecté de la teinture d'iode; le malade paraît guéri.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Un nouveau sphygmoscope et son mode d'application, par M. F. P. Stevens.

L'auteur propose, sous le nom de *sphygmoscope*, un appareil destiné à l'étude du pouls et qui n'est qu'une modification du sphygmomètre de Herrisson, médecin français. Du reste, le nom de sphygmoscope avait été donné par Chauveau et Marey à une sorte de manomètre élastique formé d'un doigt de gant en caoutchouc dans lequel on faisait arriver le sang d'une artère : les variations de pression produisaient des changements de volume du doigt de gant, et on inscrivait à distance ces variations à l'aide de la transmission par l'air. M. Stevens a appliqué le même nom à un instrument tout différent, qui consiste essentiellement en un tube de thermomètre dilaté à sa partie inférieure et contenant un liquide coloré qui forme *index* mobile. En appliquant sur l'artère radiale la membrane de caoutchouc qui ferme l'appareil à sa partie inférieure, on voit l'index se déplacer et indiquer les différentes phases de la pulsation en s'élevant à des hauteurs différentes dans le tube gradué. On peut se demander si ces indications fugitives sont supérieures à celles que fournit l'application pure et simple du doigt; si l'on veut se servir d'un appareil, pourquoi substituer aux sphygmographes, qui laissent du moins une trace écrite, un instrument qui ne fournit que des sensations optiques d'un intérêt discutable? (*The Medical Record*, New-York, 11 septembre 1880.)

Sur la valeur du courant galvanique dans le goître exophthalmique, par M. A. D. Rockwell.

Dans trois cas, le succès fut complet deux fois, à peu près complet une fois, à la suite de l'application des courants continus chez des malades atteints de goître exophthalmique. La méthode d'application des courants adoptée par Rockwell est la suivante : le pôle négatif est placé sur la colonne vertébrale, au niveau de la septième cervicale, c'est-à-dire dans la région qui correspond au centre cilio-spinal; le pôle positif appliqué d'abord dans la fosse auriculo-maxillaire est graduellement descendu le long du bord interne du sterno-mastoïdien jusqu'à son extrémité inférieure. Après un certain temps d'application, on transporte le pôle positif à la place qu'occupait le pôle négatif et celui-ci est appliqué « sur le plexus solaire » (?) : on emploie pendant une minute environ un courant d'intensité graduellement croissante. (*The Medical Record*, New-York, 11 septembre 1880.)

Rapports entre les affections utérines et hépatiques, par M. A. H. I. Cameron.

L'état congestif, qui paraît être le premier stade de la plupart des affections utérines, serait généralement secondaire à un trouble de même nature présenté par le foie. Telle est la thèse que soutient M. Cameron, et à l'appui de laquelle il présente quelques faits cliniques. Cherchant ensuite quel peut être, entre l'utérus et le foie, le trait d'union anatomique ou physiologique qu'on pourrait invoquer pour expliquer les rapports pathologiques dont il s'agit, M. Cameron avoue n'en pas connaître de bien précis ; Mac Clintock avait déjà soulevé la même question et était resté dans le même doute. Il n'y a pas, en effet, de communications vasculaires directes entre l'utérus et le foie ; on ne connaît pas de relations nerveuses spéciales entre les deux organes. Néanmoins, les faits cliniques de M. Cameron et ceux qu'avait déjà observés M. Ayre, paraissent nettement établir la dépendance de certains états congestifs ou hémorrhagiques de l'utérus par rapport aux affections du foie. (*Medical Times and Gazette*, 31 juillet 1880.)

Deux cas de trépanation; guérison, par MM. Webb et J. Kelly.

Le premier opéré, un enfant de sept ans, présentait, à la suite d'un coup de pied de cheval, une fracture comminutive du pariétal droit avec enfoncement des fragments et compression cérébrale évidente. Il était dans le coma depuis quatre heures quand M. Kelly fut appelé auprès de lui. L'opération

fut faite sans retard, et quand on eut soulevé les fragments, le sujet reprit immédiatement ses sens et put reconnaître ses parents. On maintint de la glace sur la tête; l'enfant fut placé dans une position favorable à l'écoulement du pus, et sept semaines après l'opération il put se rendre chez le chirurgien. Dans le second cas, très semblable au précédent, la trépanation fut suivie des mêmes résultats. M. Kelly recommande particulièrement l'emploi de la glace (bonnet à glace, *ice-bag*) et le choix d'une position telle que le pus puisse librement s'écouler. (*The Medical Record*, 17 juillet 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires de Chirurgie, par le docteur G. Nepveu, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié, etc. In-8 de 720 pages avec 2 planches. — Paris, 1880. V. Delahaye et L. Lecrosnier.

« Appliquer les utiles données de l'anatomie pathologique et de l'histologie à quelque problème clinique intéressant; récolter des observations rares et rechercher dans la littérature nationale et étrangère les faits analogues pour en essayer une esquisse plus générale; passer en revue, sur certains points peu connus, les récentes acquisitions de la science, au besoin même recourir à l'expérimentation pour éclairer un point obscur: tel est, en quelques mots, dit le docteur Nepveu, l'esprit de ce livre. » Ce volume renferme les nombreux mémoires publiés par l'auteur depuis une dizaine d'années. Sa compétence reconnue en histologie lui permet d'aborder les délicates questions des infiniment petits, des microbes et de leurs germes, en s'appuyant sur ses recherches personnelles. Il démontre l'existence des bactéries dans le sang et les liquides des érysipélateux, leur présence dans les eaux de lavage des murs des salles d'hôpital, parfois, mais rarement, dans les collections sous-cutanées et dans l'urine d'hommes qui n'ont jamais été sondés. L'examen d'une plaie de la tête, chez une chiffonnière, prouve que les micrococcus peuvent être directement apportés par des poussières organiques sur les blessures, et s'y développer rapidement. Dans la pustule maligne, on rencontre des bactéries de diverses espèces, et la gravité de l'affection semble en rapport constant avec la forme plus ou moins élevée de ces organismes microscopiques.

Quel est le rôle pathogénique des bactériens? Problème bien difficile à résoudre dans l'état actuel de la science; problème impossible à résoudre, à notre avis, si la question est posée d'une façon générale, en confondant tous les microbes infectieux dans une même espèce sous le nom commun de bactériens. Pour *Nepveu* (1878) les bactériens sont des microphytes, dont l'origine est discutable, dont les espèces ne peuvent être classées actuellement. Disséminés dans les grands milieux extérieurs, air, eau, terre, existent-ils normalement dans le milieu intérieur, dans le sang? Leur présence y est plus que douteuse. Divisés par *Pasteur* en aérobies et anaérobies, les microbes ont été trouvés dans les excrétions, le sang, les tissus, dans un grand nombre d'affections, fort différentes par leur nature; mais ces constatations doivent-elles être admises comme indiscutables?

Dans ces recherches délicates, l'erreur est chose facile, le doute est plus que permis. Le rôle des bactériens dans les maladies est fort diversement apprécié. Sont-ils parasites, ferments animés ou simples véhicules d'un poison chimique? Sont-ils pyrogènes, phlogogènes, septogènes? Sont-ils les agents premiers ou les simples propagateurs du virus septique? Autant de questions que l'isolement des microbes et leur culture dans des milieux indifférents permettront seuls de résoudre. C'est dans cette voie, si brillamment inaugurée par *Pasteur*, que se trouve la solution du problème. Actuellement, dit *Nepveu*, le fait le plus général qu'on puisse tirer de cette étude, c'est que, partout où il y a des bactériens, là aussi se trouvent des principes septiques ou infectieux à doses variables. Circulant dans le sang, ils peuvent devenir le point de départ de lésions diffuses; ils peuvent porter dans les points faibles de l'économie leur action spéciale et y faire naître de graves désordres.

La matière mélanique dérive du sang, des cellules mélaniques s'y rencontrent au moment où va se faire la généralisation. L'examen microscopique du sang, des urines, peut guider le praticien en lui montrant l'inutilité de l'ablation des tumeurs. Les lymphangiomes simples et ganglionnaires, le lymphangiome de la langue, l'inflammation des lymphangiectasies ganglionnaires, sont l'objet d'études pleines d'intérêt. Les suites de la dénudation des nerfs, les résultats opératoires et thérapeutiques de l'ostéoclasie et de l'ostéotomie; les accidents consécutifs à la ligature de la carotide primitive, autant de chapitres excellents à consulter. *Nepveu* appelle l'attention des chirurgiens sur l'oligurie et l'anurie traumatiques, sur l'oligurie et la polyurie par action réflexe d'origine testiculaire, sur les adénomes de la glande sous-maxillaire, enfin sur certains ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance. Les affections testiculaires et surtout les tumeurs de cette glande (tumeurs perlées, carcinome, sarcome, squirrhe, tubercule, fongus bénin, gomme, myôme), sont l'objet d'autant de monographies, au point de vue clinique comme au point de vue anatomo-pathologique. Quelques considérations sur la vaginalite hémorrhagique, les tumeurs du scrotum et la présence de cylindres hyalins épididymaires et testiculaires observés dans le liquide spermatique, complètent cette partie de l'ouvrage. Les tumeurs mélaniques du rectum et de l'anus sont jusqu'ici peu connues. La rupture spontanée ou traumatique des kystes de l'ovaire dans la cavité péritonéale est un accident grave. La moitié des malades succombe, et la guérison ne s'obtient jamais qu'après de multiples complications.

L'étude des lésions vasculaires dans les fractures de la jambe, publiée en 1875 pour la première fois, a été revue et complétée par l'analyse des faits plus nouveaux. Une violence intense est toujours la cause de ces lésions artérielles directes ou indirectes qui se traduisent par des phénomènes immédiats ou tardifs. Les infiltrations et les collections sanguines, les hémorrhagies primitives ou secondaires, les anévrysmes diffus ou circonscrits, la gangrène, sont les signes et les phénomènes qui réclament l'attention du chirurgien. Les indications thérapeutiques sont aujourd'hui nettement établies par les faits. Un accident plus terrible est l'embolie pulmonaire par coagulation intra-veineuse; la mort subite en est le résultat presque constant. Une intéressante étude sur l'atrophie de la masse fibro-graisseuse sous-métatarso-phalangienne ou talon antérieur, par rétraction ou contracture des extenseurs des orteils, termine le volume. Des indications bibliographiques exactes et complètes, un abrégé succinct de toutes les observations consultées avec indication de leur source, augmentent encore la valeur de toutes ces monographies. Si nul lien commun ne les assemble en apparence, ces mémoires ont une attache commune dans l'unité de principe et de méthode qui a présidé à leur rédaction. On y reconnaît sans peine l'impulsion et l'esprit du professeur *Verneuil*, du maître éminent auquel le docteur *Nepveu* a dédié son livre, comme un témoignage de sa profonde reconnaissance.

Dr J. Chauvel.

Index bibliographique.

Manuel pratique de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie et de l'art de formuler, par le docteur Camboulives. 1 vol. in-12. — Paris, 1880. F. Savy.

Dans un Manuel où tant de choses devaient être accumulées, l'auteur ne pouvait se livrer à de longues considérations sur les principes qui doivent servir de base à la thérapeutique; néanmoins il en dit assez, dans une très courte *Introduction*, pour montrer qu'il appartient à l'école physiologique; mais il ne lui appartient que dans la sage mesure qui laisse à la clinique toute sa part légitime. Déterminer, d'un côté, l'action physiologique des médicaments; de l'autre, la nature des dérangements physiologiques qui se produisent dans une maladie, c'est, avec la détermination de la cause, le but idéal de la médecine. Mais là on ne peut l'atteindre: il faut s'en fier provisoirement aux donnécs de l'expérience clinique. Aussi l'auteur, tout en rendant justice aux essais de classification physiologique des médicaments, adopte-t-il celle qui a pour base le mode d'action principal, dominant, des agents médicamenteux, comme l'action de faire vomir, de purger, d'exciter la sueur, etc. Néanmoins, sa classification n'est semblable à aucune des autres classifications cliniques; elle se rapproche beaucoup de celle de M. Bouchardat, mais avec des divisions plus générales, et comprend les *antispasmodiques*, les *stimulants*, les *vomitifs*, les *purgatifs*, les *diurétiques*, les *sudorifiques*, les *toniques*, les *emménagogues*, les *narcotiques*, les *tétaniques*, les *astringents*, les *altérants*, les *révulsifs*, les *antiphlogistiques*, les *parasiticides*. Aucune classification dans une matière si complexe ne saurait être parfaite. On reprochera à celle-ci d'être à la fois trop générale et trop spéciale : trop générale, par exemple, quand elle ramène les anesthésiques aux antispasmodiques; trop spéciale, quand elle admet des médicaments révulsifs, comme si la propriété révulsive pouvait appartenir à un médicament quelconque, et être autre chose que l'effet consécutif d'une action vitale provoquée, irritante ou évacuante. Mais, pour le praticien, ces inconvénients disparaîtront dans l'excellent arrangement des matières du livre, qui permet de mettre promptement le doigt sur le point cherché et sur tout ce qui s'y rapporte. Deux tables détaillées, l'une analytique, l'autre alphabétique, un système de signes conventionnels et une grande méthode dans l'exposé de toutes les notions qui, sur chaque sujet, peuvent intéresser le médecin, rendent ce Manuel d'un usage on ne peut plus commode et fructueux. A l'histoire de chaque substance minérale, végétale, animale, sont jointes les indications chimiques, botaniques ou zoologiques nécessaires à tout médecin instruit, et propres à le faire sortir de cette routine trop commune par laquelle tant de praticiens, ne connaissant de certains médicaments que le nom, les prescrivent sans savoir ce qu'ils sont ni d'où ils viennent, et sans les avoir jamais vus.

Ajoutez trois compléments qu'on ne rencontre pas toujours dans les ouvrages de thérapeutique : 1° un chapitre sur les *poids et mesures;* 2° un autre, qui est un vrai traité abrégé de *pharmacologie;* 3° un troisième enfin consacré à l'art de formuler.

L'Écrevisse; introduction a l'étude de la zoologie, par M. Th. H. Huxley, membre de la Société royale de Londres. 1 vol. in-8. — Paris, 1880. Germer Baillière.

Ce volume fait partie de la *Bibliothèque scientifique internationale*, publiée par M. Germer Baillière. C'est à ce titre que nous le signalons ici; car nos lecteurs ne nous sauraient pas gré, sans doute, de les entretenir en détail de la structure de l'écrevisse, de ses variétés, de son développement, ni même de sa physiologie. Nous devons leur donner avis pourtant que, à propos de ce petit crustacé si commun, l'auteur touche aux problèmes les plus hauts et les plus difficiles de la science biologique, et c'est pour cela qu'il a appelé son livre une *Introduction à l'étude de la zoologie*. « Celui, dit-il, qui suivra ces pages l'écrevisse à la main et essayera de vérifier par lui-même les exposés qu'il renferme, se trouvera amené à envisager face à face toutes les grandes questions zoologiques qui excitent aujourd'hui un si vif intérêt; il comprendra la méthode par laquelle nous pouvons espérer obtenir des réponses satisfaisantes à ces questions. »

VARIÉTÉS

Nécrologie : Louis Peisse. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons une douloureuse nouvelle. M. Peisse, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques, conservateur de l'École des beaux-arts, est mort subitement, mardi soir, chez l'un de ses amis, probablement des suites d'une angine de poitrine dont il souffrait depuis longtemps et dont les accès devenaient de plus en plus pénibles.

M. Peisse, un des survivants des journalistes signataires, avec Thiers et Mignet, de la protestation contre les ordonnances de 1830, avait consacré une partie de ses belles facultés à l'étude des arts et de la philosophie. Ses articles sur les *Salons*, dans la *Revue des Deux-Mondes*, ont toujours passé pour des modèles du genre, et l'on peut dire que la préface qu'il a placée en tête des œuvres d'Hamilton a suffi pour lui ouvrir les portes de l'Institut. Il a publié autrefois dans la *Gazette médicale de Paris* un grand nombre de feuilletons aussi remarquables par l'esprit que par le bon sens. Ces articles forment en grande partie l'ouvrage qu'il a publié en 1827 et qui a pour titre : *La médecine et les médecins;* philosophie, doctrines, institutions, critiques, mœurs et biographies médicales.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 9 octobre 1880, la chaire de pathologie externe est déclarée vacante.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat a commencé lundi dernier, 11 octobre. Le sujet de la composition était : *Voile du palais. — Érysipèle spontané de la face.*

Concours de l'externat. — Le concours de l'externat a commencé mardi dernier 12 octobre.

Traitement a domicile. — M. le directeur de l'Assistance publique prévient MM. les médecins qu'une élection à une place de médecin attaché au traitement à domicile aura lieu : dans le Ier arrondissement, le 26 octobre 1880; dans le IIIe arrondissement, pour deux places, le 18 octobre; et dans le XVIe, pour une place, le 5 octobre.

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 6 décembre 1880, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour trois places d'élèves internes. Le lundi 20 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour deux places d'élèves externes.

Nota. — Bien que le concours pour l'externat soit annoncé pour deux places seulement, ce nombre pourra être plus élevé si la commission le croit nécessaire.

Un Congrès d'hygiène. — Nous avons rendu compte des Congrès internationaux d'hygiène qui se sont tenus à Bruxelles, puis à Turin. Un autre Congrès vient d'avoir lieu à Exeter, sous la présidence de lord Fortescue, et les questions les plus importantes y ont été discutées. L'insalubrité des institutions publiques a fourni à M. Burdett, médecin de l'hôpital de Greenwich, l'occasion d'examiner les progrès qu'il conviendrait d'apporter à la construction des maisons d'éducation, des hôpitaux et des casernes. La question intéresse la France au moins autant que l'Angleterre, et elle peut être résolue dans le même sens.

Légion d'honneur. — Sont nommés ou promus :

Au grade de commandeur : M. le docteur Pidoux, médecin des hôpitaux à Paris, membre de l'Académie de médecine, officier du 30 août 1865; et M. le docteur Bergeron, médecin des hôpitaux à Paris, membre de l'Académie de médecine, officier du 12 mai 1866.

Au grade de chevalier : M. le docteur Rémond (Henri-Frédéric), ancien chirurgien-major, ancien médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement de Paris.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Nous sommes heureux d'apprendre que M. le préfet de la Seine vient, sur la proposition de M. le directeur de l'Assistance publique à Paris, d'accorder une médaille d'argent à M. le docteur Picard (de Selles-sur-Cher), pour son dévouement exceptionnel à l'égard des enfants assistés de ce département.

COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — M. le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie mardi 19 octobre, à deux heures, à sa clinique, boulevard Saint-Germain, 172, et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE.

M. le docteur Bertillon, dont on sait le dévouement infatigable pour tout ce qui touche au perfectionnement de la statistique démographique, vient d'agrandir le format et de porter à plus du double l'étendue de son *Bulletin hebdomadaire*. Tel qu'il est, le *Bulletin* comprend : 1° les *naissances et décès* notifiés au bureau de statistique; 2° la *répartition des décès* suivant leur cause et leur lieu; 3° les *naissances* et les *mariages;* 4° la *mortalité des nouveau-nés* suivant la légitimité ou l'illégitimité des naissances; 5° la *morbidité;* 6° le *mouvement des hôpitaux* pour les principales affections épidémiques et contagieuses; 7° les *décès* par causes, âges et sexes; 8° un relevé des *naissances*, des *décès*, des *causes de décès dans les principales villes de l'Europe et de l'Amérique;* 9° des *variétés* étrangères à la médecine et relatives au mouvement des *halles et marchés*, aux *ventes à la criée* ou *en gros*, aux *permissions de bâtir*, etc.

Il nous serait impossible de donner place, chaque semaine, à toutes les informations médicales fournies par notre laborieux confrère; mais nous engageons nos confrères à faire soigneusement collection des Bulletins, qui, avec le temps, constitueront un recueil d'une grande importance.

MORTALITÉ A PARIS (40e semaine, du vendredi 1er au jeudi 7 octobre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 849, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 21. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 14. — Diphthérie, croup, 32. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Méningite (tuberculeuse et aiguë), 37. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 130. — Autres tuberculoses, 5. — Autres affections générales, 42. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon, 55; au sein et mixte, 38; inconnu, 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83; de l'appareil circulatoire, 54; de l'appareil respiratoire, 55; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 6.

Bilan de la 40e semaine. — Il nous est donné pour cette première semaine d'octobre (40e de l'an) d'enregistrer le plus faible contingent de décès de l'année (avec une diminution de 57 décès sur le tribut de la semaine précédente), et, ce qui est meilleur encore, de constater que la plupart des affections épidémiques sont *un peu* en baisse, sauf peut-être la diphthérie; mais cette atténuation générale est si faible pour les pyrexies graves [fièvre typhoïde (3), variole (2), rougeole (4), etc.], que nous ne pouvons donner ces légères diminutions comme signe, même probable, d'une décroissance définitive. Quoi qu'il en soit, l'état de la santé publique s'est manifestement amélioré.

On remarquera que la nouvelle forme et l'agrandissement du Bulletin nous ayant permis de déférer aux conseils de quelques confrères, nous avons pu séparer les méningites des autres tuberculoses enfantines; de là le dégrèvement si considérable des décès rangés sous la rubrique *autres tuberculoses*, et qui s'élevait au chiffre de 41 dans la 39e semaine, de 55 dans celle avant, et qui n'est que de 5 en celle d'aujourd'hui; mais si l'on ajoute les 29 méningites enfantines, sans doute presque toutes tuberculeuses, on a 34 décès par diverses tuberculoses, ce qui s'éloigne peu du chiffre ordinaire de ce groupe.

Parmi les nouveautés de notre nouveau format (nouveautés que nous mettrons en lumière peu à peu), nous attirerons de suite l'attention sur les décès enfantins par athrepsie (gastro-entérite, diarrhée et choléra infantile), que nous avons sous-divisés en deux catégories, suivant que les enfants sont nourris exclusivement au biberon, ou qu'on leur donne le sein (soit seul, soit en s'aidant du biberon). Nous croyons que si nos confrères ont l'attention de nous renseigner toujours et avec précision sur ce point, il en pourra résulter un enseignement sérieux pour la puériculture. Nous constatons déjà cette semaine que, sur 99 enfants ayant succombé par suite de troubles des fonctions digestives, il y en avait 55 exclusivement nourris au biberon, et seulement 38 prenant le sein. Il ne nous échappe pas que ces nombres ne prendront quelque valeur que si nous parvenons à être également renseignés sur le nombre total des enfants parisiens qui ont fourni ces décès : c'est-à-dire sur ceux élevés au biberon et ceux qui le sont plus ou moins complètement au sein; mais nous pouvons déjà conclure de cette semaine que si, à Paris, parmi les nourrissons, il y en a plus de 38 sur 93, soit plus de 40 pour 100, auxquels la succion d'un sein de femme soit accordée (ce qui *à priori* nous semble bien vraisemblable), l'usage *exclusif* du biberon se montre défavorable. Cependant c'est là une question à étudier ultérieurement, et pour laquelle j'adjure mes confrères de se livrer à une enquête aussi complète et parfaite qu'il leur sera possible.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

SOMMAIRE. — PARIS. Académie de médecine : Incident. — Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine : Les odeurs de Paris. — TRAVAUX ORIGINAUX. Hygiène publique : Étude sur les causes et les effets des logements insalubres. — Pathologie interne : De l'alimentation par le rectum. — CONGRÈS SCIENTIFIQUES. Congrès international d'hygiène de Turin. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — REVUE DES JOURNAUX Un nouveau sphygmoscope et son mode d'application. — Sur la valeur du courant galvanique dans le goître exophthalmique. — Rapports entre les affections utérines et hépatiques. — Deux cas de trépanation; guérison. — BIBLIOGRAPHIE. Mémoires de chirurgie. — Index bilbiographique. — VARIÉTÉS. Nécrologie : Louis Peisse.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les nouvelles acquisitions sur les maladies charbonneuses, par le docteur Raimbert. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Manuel de laryngoscopie et de laryngologie, par le docteur Cadier. 1 vol. in-8, avec 6 planches, cartonné. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

De l'état de mal épileptique, par le docteur A. Leroy. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique. Exposé de l'action physiologique et thérapeutique des médicaments, par MM. H. Nothnagel et M. J. Rossbach. Ouvrage traduit et annoté par le docteur S. Alquier, précédé d'une introduction par le professeur Ch. Bouchard. 1 vol. in 8 de XXXII-860 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 14 fr.

Recherches sur l'anatomie et la signification pathologiques du lupus, par le docteur Larroque. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

De l'opération dans la hernie ombilicale étranglée, par le docteur Loupic. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Modifications des bruits du cœur dans la cirrhose du foie, par le docteur Laurent. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Étude sur les déformations apparentes des membres inférieurs dans la coxalgie, par le docteur Benoit. In-8, avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Développement des tissus cartilagineux et osseux, par le docteur A. Rémy. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'action hypothermique de l'alcool, par le docteur Dumouly. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 r.

Esquisse de climatologie médicale sur Pau et ses environs, par le docteur Duboué. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 21 octobre 1870.

Académie de médecine : TRAITEMENT DU RHUMATISME CÉRÉBRAL PAR LES BAINS FROIDS : M. WOILLEZ. — DE L'INFLUENCE DU SÉJOUR DANS LES USINES A GAZ DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

Les succès obtenus par la balnéation froide, dans les cas de rhumatisme cérébral, ont encouragé la plupart des médecins à faire l'essai de cette médication. L'un des premiers, M. Woillez l'a expérimentée et lui a dû de remarquables guérisons. Dans la dernière séance de l'Académie, il apportait à la tribune, avec ses propres observations, une étude critique fort intéressante du rhumatisme cérébral envisagé au point de vue de ses symptômes, de sa nature, et particulièrement de son traitement.

La question du rhumatisme cérébral, traitée, pour la première fois, devant la Société des hôpitaux par M. Hervez de Chégoin, fut rapidement mise à l'ordre du jour. Tout en s'accordant assez bien sur la symptomatologie et surtout la gravité exceptionnelle de cette complication du rhumatisme, les avis se partagèrent sur la nature de la maladie, considérée par les uns comme une méningite, par d'autres comme un simple accident fébrile. On voulut y voir une manifestation urémique. D'autres, moins heureusement inspirés, attribuèrent les symptômes cérébraux à certaines médications, et, à cette occasion, le sulfate de quinine, mis en honneur par Briquet, fut fortement incriminé. Toutes ces hypothèses tombèrent devant les faits observés. Il fallut bien reconnaître que, dans des cas mortels, les lésions faisaient le plus souvent défaut, et que beaucoup de malades atteints n'avaient jamais été soumis à la médication quinique. On invoqua alors, avec Bricheteau, la *métastase*, et, aujourd'hui encore, c'est peut-être cette théorie un peu vague qui rallierait le plus de partisans, au nombre desquels se rangerait M. Woillez.

Quoi qu'il en soit, le rhumatisme dit cérébral se caractériserait par trois éléments importants : le délire, la disparition de la fluxion articulaire et l'hyperthermie, à laquelle on a fait jouer, dans ces derniers temps surtout, un rôle considérable et que M. Woillez croit exagéré.

C'est bien de cette façon, en effet, que les choses se présentent dans l'immense majorité des cas. Au cours d'un rhumatisme légitime, on voit un malade accuser, avec une diminution sensible des douleurs articulaires, quelques légers troubles intellectuels. Ceux-ci augmentent rapidement, en même temps que les douleurs s'atténuent et même disparaissent, et que la température subit une ascension rapide aux environs de 39°,5 à 41 degrés, quelquefois même au-dessus. Dans ces conditions, le rhumatisme cérébral est caractérisé, et l'on peut dire que neuf fois sur dix le malade succombe avec une rapidité terrifiante. Avant 1871, les médications les plus rationnelles échouaient aux mains les plus exercées. Lugubres étaient les statistiques fournies par des observateurs tels que Valleix, Aran, Beau, Gubler, Vigla, Legroux, etc. De temps en temps quelques faits plus consolants se rencontraient. Quelques-uns sont parfaitement authentiques. Ailleurs le diagnostic pouvait être contesté, l'un des traits principaux de la maladie, tels que la disparition des douleurs ou l'hyperthermie, faisant défaut.

C'est en face de cette impuissance véritablement désespérante que le bruit de quelques succès obtenus par la balnéa-

FEUILLETON

La Médecine publique dans l'antiquité grecque.

En rendant compte, il y a peu de temps (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 629 et suiv.), d'un mémoire de M. le docteur Briau sur l'*Assistance médicale chez les Romains*, formant un des chapitres de son histoire de la profession médicale dans l'antiquité romaine, nous avions cru devoir nous élever contre quelques assertions de l'auteur sur la part du christianisme dans les progrès de la charité publique, et revendiquer à cet égard les titres incontestables des sociétés païennes. Nous produisions des textes, et nous ajoutions : « Dans de pareilles questions, quand il s'agit de temps et de pays si peu connus, il est toujours prudent de mettre en ligne de compte ce qu'on ne sait pas avec ce qu'on sait ; et des affirmations péremptoires sur l'absence de tel ou tel élément social à une époque reculée ont d'autant plus d'inconvénients qu'elles s'exposent à être contredites par les découvertes de l'archéologie (ou de l'érudition), aujourd'hui si fréquentes et parfois si inattendues. » Or voici qu'un médecin militaire, M. le docteur Vercoutre, vient de publier dans la *Revue archéologique* une étude à laquelle il donne pour principal motif justement la nécessité de ne pas laisser s'établir dans la science l'erreur même que nous avions combattue, et de relever ce qu'il appelle trop durement une *calomnie* contre les sociétés grecques. C'est une remarque à faire en passant, que l'archéologie et l'érudition sont à cette heure brillamment représentées dans l'armée : nommons seulement le *général* Faidherbe, l'*intendant* militaire Ch. Robert, le *commandant* Mowat, le *médecin-major* Vedrennes. M. Vercoutre, *médecin-major de 1re classe*, vient s'inscrire dans cette phalange.

Il ne s'agit pas ici d'aperçus généraux appuyés de quelques exemples, mais bien d'un exposé détaillé des documents propres à construire une histoire de la médecine

tion froide nous arriva d'Angleterre (1871-73). M. Maurice Raynaud eut l'honneur de faire en France la première application de cette méthode. Le succès fut complet. Nous publiâmes quelque temps après, dans la *Gazette* (1875), une observation du même genre. Bientôt les faits se multiplièrent rapidement et les observations affluèrent. On était évidemment en possession d'une médication dont la puissance était incontestable; il n'y avait plus qu'à en préciser nettement les indications et à en formuler l'emploi. C'est le but principal de la communication de M. Woillez. Cinq cas des plus graves, traités par lui avec un plein succès, en avaient fait tout d'abord un des plus chauds partisans de la méthode. Ce qui donne aux cas qu'il a observés un intérêt particulier, c'est que deux de ses malades présentaient, avec la forme cérébrale, des complications qui, à toute autre époque, eussent fait repousser d'emblée la balnéation froide. L'une avait une endopéricardite et une pneumonie de la base droite; l'autre, une pleurésie avec épanchement. Ces redoutables complications ne parurent pas, dans les circonstances particulièrement graves où se trouvaient les malades, contre-indiquer la médication, qui fut couronnée d'un prompt et complet succès.

M. Woillez croit donc pouvoir affirmer qu'en pareils cas le médecin doit s'affranchir de toute crainte de nuire au malade. Le bain froid devra être prescrit avec assurance, quand la disparition des douleurs coïncide avec l'apparition du délire et de l'hyperthermie, et même quand ces deux symptômes se déclarent sans que les douleurs disparaissent complètement.

Si, au contraire, la température ne s'élève pas, et si les douleurs persistent, la simple apparition du délire n'est pas une indication suffisante de la balnéation froide. Le délire ne constitue pas à lui seul la forme cérébrale du rhumatisme.

Le médecin ne devra pas, en pareil cas, perdre de vue son malade; mais il attendra, pour donner le bain, la cessation brusque des douleurs ou l'hyperthermie. Ces réserves nous paraissent éminemment légitimes.

La température du bain est fixée par M. Woillez à 20 degrés environ. Nous préférons, pour notre part, donner le bain à une température un peu plus élevée, 24 à 25 degrés, et au bout de quelques minutes, le refroidir jusqu'à 22 degrés. Nous ne nous sommes pas bien trouvé des bains à température inférieure à 16 degrés. Ils nous paraissent dangereux.

M. Woillez retire ses malades du bain dès l'apparition du premier frisson. Nous nous guidons plus volontiers sur le thermomètre, et nous ne retirons le malade, sauf accident, qu'après avoir constaté un abaissement de température de 2 degrés au minimum.

M. Woillez renouvelle les bains toutes les trois heures. Ici encore nous aimons mieux nous régler sur le thermomètre et attendre, pour baigner de nouveau le malade, que l'hyperthermie reparaisse; au-dessus de 39 degrés, le bain est de nouveau prescrit. Toutefois, nous les séparons toujours par un intervalle de trois heures au moins, ainsi que notre confrère. Ce temps est nécessaire pour que le malade puisse se reposer et l'équilibre de température se rétablir.

Conséquent avec la théorie de la métastase rhumatismale, M. Woillez persiste dans la médication jusqu'à ce que les douleurs rhumatismales aient reparu sur les jointures. Cette réapparition ne s'est pas produite manifestement dans notre observation. Il nous paraît donc que la cessation du délire et de l'hyperthermie sont des indications plus constantes pour le moment où il convient de suspendre la médication.

La communication si intéressante de M. Woillez ne peut manquer, comme il l'espère, de porter la conviction dans l'esprit des praticiens, et d'augmenter leur confiance dans l'efficacité remarquable de cette médication dont l'innocuité a jusqu'ici été complète.

— On n'a pas oublié le retentissement qu'obtint, il y a quelques années, l'emploi du gaz des usines dans le traitement de la coqueluche. On faisait respirer aux enfants les substances volatiles provenant des matières qui servent à l'épuration du gaz d'éclairage. Des expériences, instituées sur une grande échelle dans les hôpitaux d'enfants, ne furent pas favorables à cette médication dont la vogue ne dura pas longtemps.

Il y eut cependant quelques succès bien constatés qui ont paru légitimer de nouveaux essais.

MM. les docteurs Commenge et Bertholle ont donc repris la question. La communication qu'ils ont présentée à l'Académie porte sur un nombre très considérable d'enfants. Cette note a été l'objet d'un rapport du président de la compagnie, et les conclusions de M. Roger, tout en rendant justice à la valeur du travail présenté, ne paraissent pas favorables à la médication.

La statistique de MM. Commenge et Bertholle a été assez malmenée par le savant rapporteur. Il montre que la grande majorité des enfants n'a pas pu être convenablement suivie et observée. Beaucoup d'enfants n'ont fait qu'une ou deux apparitions à l'usine. Quel a été le résultat du traitement

---

publique chez les Grecs, en limitant toutefois cette étude à l'ordre civil.

L'auteur entreprend de démontrer par des textes authentiques que les secours médicaux n'ont cessé, pendant toute la durée du paganisme, d'être prodigués gratuitement aux indigents, non seulement par le dévouement spontané de médecins charitables, mais aussi par le moyen d'institutions qui, pour n'avoir pas eu rigoureusement la forme hospitalière, n'en constituaient pas moins une organisation de la bienfaisance publique. C'est, nous le répétons, ce que nous avions fermement soutenu. A cet égard pourtant, l'esprit de justice nous oblige à reconnaître que la démonstration de notre confrère le conduit à des accusations vraiment imméritées contre M. Briau. Parlant des *médecins des villes*, celui-ci dit que les villes grecques leur allouaient des traitements « en récompense des services rendus ». *Grave erreur*, remarque M. Vercoutre; les médecins des villes étaient *salariés;* c'étaient de véritables fonctionnaires. Or, l'auteur de l'*Assistance médicale chez les Romains* et de l'*Achiatrie romaine* ne conteste aucunement que les sommes attribuées aux médecins des villes le fussent à titre de salaire. Il l'affirme même en plusieurs endroits; et, qui plus est, il l'affirme pour les Grecs aussi bien que pour les Romains. Il fait plus encore; il distingue avec soin ce que nous appellerions aujourd'hui *appointements*, *traitement*, — ce qu'il nomme, lui (improprement, nous le voulons bien), *récompense*, — des immunités et distinctions honorifiques conférées aux mêmes médecins. Le tort de M. Briau, à nos yeux, est de n'avoir pas tiré de ce fait toutes les conséquences qu'il comporte au point de vue de l'organisation de la charité païenne, mais non de l'avoir méconnu.

Malheureusement pour le critique de M. Briau, nous aurons à lui montrer à lui-même qu'il est facile, plus facile qu'il ne le croit, de se tromper en pareille matière. Et comme les erreurs, une fois venues au monde, ont la chance assurée d'y être indéfiniment perpétuées par la routine, nous nous ferons un devoir de conscience de les signaler partout où nous pour-

ainsi ébauché? N'est-il pas présumable, tout en faisant la part de la négligence, que les effets constatés chez eux à la suite des premières séances n'ont pas été encourageants? Peut-être des accidents survenus chez ces enfants ont-ils décidé les parents à ne pas persister dans l'expérience.

Chez beaucoup d'enfants considérés comme guéris, la durée de la cure a été telle que la marche naturelle de la maladie ne peut pas être considérée comme notablement modifiée.

Dans les essais tentés antérieurement, on a constaté d'assez nombreux accidents et particulièrement des complications pulmonaires. Ces accidents doivent être soigneusement mentionnés dans les statistiques.

Ce sont là les principales objections opposées par M. Roger aux conclusions favorables du mémoire, celles du moins qui nous ont le plus frappé en écoutant son rapport.

Nous ne pensons pas cependant que la question puisse être définitivement jugée par des critiques, si autorisées qu'elles soient, portant sur des statistiques ainsi présentées.

Une dizaine de faits bien observés, bien suivis, emporteraient tout autrement la conviction. Ici, comme dans toute médication, il y a des indications dont il faut tenir compte. Tous les faits ne sont pas assimilables, et les circonstances individuelles sont à considérer dans une large mesure. La médication peut réussir chez un enfant vigoureux, atteint d'une coqueluche franche, sans complications, alors qu'elle échouera chez un sujet plus délicat, prédisposé aux affections bronchiques, mal nourri, mal surveillé. Ces inhalations se pratiquent dans de larges halles, ventilées de tous côtés, où les influences nocives s'accumulent. La température extérieure ne peut être indifférente, et l'influence de la saison doit être considérable.

Pour juger définitivement la valeur d'une médication de ce genre, il ne sert à rien d'accumuler des observations nécessairement incomplètes, d'édifier des statistiques qui prêtent le flanc à des objections de toute sorte. On n'entraînera aucune conviction solide tant qu'on ne présentera pas quelques groupes de faits assimilables, observés de près, pour lesquels on tiendra compte des indications multiples d'âge, de santé antérieure; en précisant le début de la maladie, le moment où la médication est intervenue, les effets immédiats ou éloignés, le nombre et la durée des séances, etc.... Il serait également opportun de connaître un peu exactement la composition de cette atmosphère artificielle, de savoir si les gaz inspirés sont toujours les mêmes ou s'ils varient dans les différentes phases de l'opération industrielle. Il y a là une question très complexe et dont l'étude plus approfondie rendrait peut-être compte des résultats si dissemblables qui ont été obtenus.

Blachez.

A la fin de la séance, M. Lancereaux a communiqué la suite de ses études sur l'absinthisme, et a parlé spécialement de l'*absinthisme chronique* et de l'*absinthisme héréditaire*.

— M. le docteur Doyon (de Lyon) a été nommé membre correspondant de l'Académie. Cette élection, vivement disputée par M. le docteur Bondet (également de Lyon), assure à ce dernier les plus belles chances pour une vacance prochaine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Du lavage de l'estomac dans quelques maladies de cet organe et principalement dans la dilatation de l'estomac, par M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Cochin (1).

Il m'arrive maintenant d'employer assez fréquemment, dans quelques-unes des variétés si nombreuses des maladies de l'estomac, un mode de traitement qui, s'il n'est pas absolument nouveau, n'a été jusqu'ici appliqué, en France du moins, qu'exceptionnellement : je veux parler de l'aspiration des liquides contenus dans l'estomac et du lavage méthodique de sa cavité.

Des difficultés d'application et des inconvénients sérieux avaient empêché la vulgarisation de la méthode préconisée par Kussmaul; aujourd'hui, avec le siphon de M. Faucher, nous avons un moyen facile et parfaitement inoffensif pour pratiquer des lavages de l'estomac, mode de traitement qui ne peut manquer de se vulgariser lorsque ses avantages seront démontrés et les indications nettement posées.

Le fait suivant, dans lequel le lavage de l'estomac a donné des résultats aussi prompts qu'inespérés, me fournit l'occasion d'appeler l'attention sur cette question importante de thérapeutique :

Obs. — *Gastrite toxique; large ulcération de la petite courbure suivie de rétrécissement du pylore; dilatation considé-*

(1) Extrait des conférences cliniques faites à l'hôpital Cochin, avril 1880.

---

rons les rencontrer, en vertu d'un précepte familier aux hommes de l'art : *principiis obsta*.

C'est justement par une grosse méprise que s'ouvre le commentaire des textes. « Suivant Diodore de Sicile, dit l'auteur, c'est Charondas qui, le premier, à Thurium, promulgua une loi d'après laquelle les malades seraient désormais soignés aux frais publics. » (Diod. de Sic., liv. XII, c. xiii.) Or, il y a là un contre-sens manifeste. Diodore, après avoir rappelé les soins donnés par Charondas à l'éducation publique, le loue simplement d'avoir par là surpassé les législateurs antérieurs, qui instituaient des médecins salariés pour les maladies du corps, tandis que, lui, s'applique à guérir l'ignorance, qui est une maladie de l'âme. Voici, du reste, le texte même de Diodore; nous en donnons, d'après l'édition de Lindorf (Didot), la traduction latine, qui sera plus à la portée du lecteur : « Homines illiteratos, ut summis bonis destitutos, ad meliorem ille cultum... revocavit, et publica illos cura impensaque erudiendos censuit. Itaque tantò superiores legumlatores, qui publica mercede medicos sanandis privatorum morbis conducendos esse sanxerunt, antegressus est, ut illi corporibus medelam adhibendam censuerint, ipse animos *inscitiæ morbo vexatos* curarit. »

Dans ce livre XII de la *Bibliothèque historique* se trouve résumée l'œuvre législative de Charondas. Nous avons parcouru cette partie en entier, voulant vérifier si d'aventure l'assertion de l'auteur n'y trouverait pas, dans un autre passage, quelque fondement; nous nous sommes assuré qu'il n'en est rien. Rien non plus de ce genre dans la *Politique* d'Aristote (liv. IV, c. x), où il est fait mention des lois de Charondas : rien dans Cicéron qui les cite également (*Des lois*, livre II); ni dans Stobée, à qui l'on doit la connaissance du préambule (*præmium*) de ces lois (*Florilegium*, XLIV, 40, édit. de Gaisford). Tout ce qu'on en connaît d'après Diodore et Stobée concerne la discipline morale, le respect dû aux magistrats, l'observation de la sobriété, etc.; mais particulièrement, comme on vient de voir, les soins à donner à

rable et hypertrophie des parois de l'estomac; amélioration notable par le lavage de l'estomac; mort par tuberculisation pulmonaire compliquée de pneumothorax. — Le malade était un homme de trente-deux ans, marchand ambulant, entré à l'hôpital Cochin le 1er janvier. D'une constitution très robuste, pesant, disait-il, environ 200 livres, il avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque, dix mois avant son entrée, il lui arriva par mégarde d'avaler une certaine quantité d'acide nitrique qu'il évalue à une forte cuillerée. Aussitôt, une sensation de brûlure atroce lui déchire l'œsophage et s'étend jusque dans la région épigastrique. La douleur est tellement violente qu'il est pris de délire pendant la nuit.

Admis le lendemain à la Pitié, il est d'abord reçu chez M. Lancereaux, puis passe, trois semaines après, dans les salles de M. le professeur Verneuil, qui le traite pour un rétrécissement de l'œsophage et combat la dysphagie par la dilatation progressive. Il n'y avait pas alors d'autre alimentation possible que les liquides : lait, bouillon, tapioca. Le vin n'était pas supporté.

Le malade quitte la Pitié au mois d'août, et continue au dehors à se sonder et à s'alimenter avec du lait et du jus de viande. Mais il avait maigri au point d'avoir perdu la moitié de son poids.

Tous les quinze jours environ survenaient des crises gastralgiques épouvantables accompagnées de vomissements alimentaires. Ces accidents se rapprochent de plus en plus et finissent par se répéter chaque jour.

Dans les derniers temps, il s'est présenté dans les matières vomies des débris noirâtres et même du sang coagulé.

A l'entrée de cet homme à Cochin, ces crises étaient des plus violentes, l'intolérance de l'estomac absolue depuis quatre jours; aussi l'amaigrissement et la cachexie étaient-ils très prononcés. Le faciès est profondément émacié, le teint pâle, la voix cassée et faiblement articulée.

Pendant la visite, le malade est pris de vomissements et rend une quantité considérable d'un liquide aqueux, d'une odeur aigre insupportable, mélangé de grumeaux de lait caillé et de parcelles alimentaires incomplètement digérées.

La région épigastrique, qui présente une distension énorme, est le siège de douleurs très vives éclatant par accès et réveillées par la moindre pression. La percussion y donne partout une sonorité tympanique. Le reste de l'abdomen, déprimé en bateau et profondément excavé, contraste par son volume avec le développement de la région supérieure; il est indolent : constipation opiniâtre. Le cathétérisme œsophagien, pratiqué facilement par le malade lui-même, indique évidemment qu'il n'y a plus de rétrécissement.

Pas d'autres phénomènes, d'ailleurs, qui fassent soupçonner quelques lésions en d'autres points. L'examen de l'appareil respiratoire, notamment, ne nous a donné alors que des résultats négatifs.

Le fait capital ressortant de cet examen était celui-ci : nous étions en présence d'un malade qui mourait de faim et que l'inanition conduisait au marasme. Avec la connaissance de la cause, rien de plus facile que de suivre l'enchaînement des phénomènes. Il était évident que l'action corrosive de l'acide nitrique s'était étendue jusqu'à l'estomac, mais avec cette particularité remarquable que cette propagation avait été tardive : car pendant les quatre mois de séjour de ce malade à la Pitié, les symptômes gastriques paraissent avoir été peu importants, puisqu'on s'est occupé surtout du rétrécissement de l'œsophage et que le seul traitement a été chirurgical. Il y avait donc alors surtout une inflammation de l'œsophage déterminée par l'action directe de l'acide sur ce conduit; mais lorsque cet homme s'est présenté à nous, à l'œsophagite avait succédé une inflammation aiguë de l'estomac, une gastrite toxique, dont les signes et les symptômes étaient les suivants : douleurs vives à l'épigastre et crises répétées des plus violentes, vomissements alimentaires, puis rejet des liquides accumulés dans l'estomac, enfin hématémèses et vomissements noirs. Il n'y avait plus de dysphagie. Les phénomènes d'inanition si accusés étaient la conséquence de la gastrite et résultaient de l'impossibilité d'accomplir la digestion stomacale. Par les moyens physiques d'exploration, nous trouvions les signes d'une distension énorme de la poche gastrique, le météorisme était considérable et le clapotement facilement perçu.

L'ampliation de l'estomac et l'accumulation des liquides dans sa cavité me fournirent les principales indications thérapeutiques. Il me sembla urgent d'agir directement sur l'estomac lui-même, ce qui fut réalisé en pratiquant immédiatement le lavage de l'estomac au moyen de l'appareil Faucher. Cette opération amena le rejet d'une quantité énorme de liquide horriblement aigre. L'organe une fois vidé, le lavage fut fait avec de l'eau de Vichy, puis avec de l'eau simple jusqu'à ce que le liquide revînt parfaitement limpide. Une demi-heure après, le malade prit une certaine quantité de lait. Le lavage de l'estomac, facilement pratiqué et parfaitement supporté d'ailleurs, fut répété régulièrement deux fois par jour.

Grâce à ce traitement, deux jours après, le malade pouvait prendre et garder du lait avec du pain, puis bientôt s'alimenter avec des œufs et du potage. Le 19, on lui donnait même un peu de viande. Les selles régulières, quoique encore rares, remplaçaient la constipation presque absolue qui existait auparavant.

A cette date du 19 janvier, le poids du malade s'était élevé de 54 kilogrammes à 56k,8.

L'application de l'appareil Faucher donna pendant quelque temps d'excellents résultats, mais l'amélioration ne fut que passagère. Bientôt l'amaigrissement et la cachexie firent de nouveaux progrès; en moins d'un mois, le malade retomba à 54 kilogrammes et nous nous retrouvions de nouveau en présence des phénomènes dyspeptiques les plus accusés.

En même temps, il survenait de la toux, des sueurs nocturnes. Bientôt les sommets fournissent des signes évidents de tuberculose : à droite, submatité, souffle et râles sous-crépitants fins; à gauche, quelques craquements. La tuberculisation fit des progrès rapides, et sous son influence les fonctions de l'estomac s'altérèrent de plus en plus, malgré l'action des lavages toujours très bien supportés. Sur ces entrefaites, le malade parut s'affaisser tout à coup; de plus, il était en proie à une dyspnée très intense.

Frappé de cette angoisse, je l'examinai et reconnus les signes

---

l'éducation. Comme il paraît certain que les lois dont il est ici question sont en grande partie imitées de celles de Zaleucus, autre fameux législateur de la Grèce, nous avons eu la curiosité de rechercher si ces dernières ne contiendraient rien de relatif à la médecine, et nous n'y avons trouvé en ce genre que la défense de boire du vin sans l'ordonnance du médecin, sous peine de mort : *Id ei capitale esto.* Sévère sanction, qui laisserait deviner dans la population des habitudes d'ivresse, si ce vice n'était formellement signalé, même chez la femme, dans un des articles de loi; sanction à coup sûr efficace chez celui qui la subissait, mais qu'on n'oserait proposer en imitation aux législateurs modernes.

Intercurremment M. Vercoutre fait une remarque historique. Charondas étant très antérieur à la fondation de Thurium, ce n'est pas à cette cité, comme l'affirme Diodore, que ses lois ont dû s'appliquer. D'après une affirmation si brève et d'allure si personnelle, il paraît bien que notre confrère n'a pas eu connaissance des nombreuses controverses qui ont eu lieu sur ce point; et nous prenons la liberté de lui indiquer les *Opuscula academica* de Heyne (1787), un mémoire de Blanchard et deux mémoires de Sainte-Croix insérés dans les *Mémoires de l'Académie des inscriptions et belles-lettres* (t. IX et XLII, 1re série), où il trouvera résumés et appréciés tous les éléments de la question. Il suffit ici de dire que deux opinions se sont produites : la première, que la cité de Thurium avait simplement adopté les lois données antérieurement par Charondas à Catane, sa patrie, et à d'autres villes, de même que les lois de Zaleucus semblent avoir passé des Locriens aux Sybarites; la seconde, qu'il a existé deux Charondas : l'un de Catane et l'autre de Thurium, celui-ci ayant été un citoyen de la ville chargé de recueillir dans les lois antérieures les dispositions qu'il jugerait les plus utiles et les plus sages.

Mais revenons à notre sujet.

Si la médecine publique ne date pas de Charondas, ceux qui pourraient n'avoir pas oublié notre article sur l'assistance médicale chez les Romains savent que l'existence de *méde-*

ordinaires d'un pneumothorax occupant une grande étendue du côté gauche, jusque-là le moins malade. Cette complication ne datait que de deux ou trois jours au plus; la mort survint cependant le lendemain matin, 30 mars, avec tous les phénomènes de l'asphyxie.

A l'ouverture du cadavre, l'estomac offre l'aspect d'une outre énorme, occupant toute la moitié supérieure de la cavité abdominale, l'épigastre, les hypochondres et la région ombilicale. A demi rempli de liquide, il forme une poche beaucoup plus résistante que n'aurait pu le faire supposer le degré de sa distension. Cette circonstance était due à l'hypertrophie générale des parois : celle-ci était surtout prononcée au niveau de la petite courbure. Le diamètre transversal de l'estomac mesure 35 centimètres, le vertical 24 centimètres. Sa cavité renfermait environ deux litres d'un liquide assez clair, mélangé de petits grumeaux de lait coagulé et de flocons grisâtres, quelques-uns même noirâtres, ayant l'aspect du marc de café.

On observe, à l'ouverture de l'estomac, deux lésions principales : 1° Au milieu de la petite courbure, une vaste ulcération ayant au moins la largeur d'une pièce de 5 francs, arrondie, à bords épais, dont le fond, irrégulier, était formé par une couche épaisse de fibres musculaires. La petite courbure, qui n'a pas plus de 10 centimètres, est dans toute son étendue épaisse et indurée. 2° Au pylore, un rétrécissement en forme de canal, plus étroit à ses deux extrémités, où l'on introduit à peine un porte-plume ordinaire. Une sorte de pli valvulaire formé par la muqueuse recouvre l'orifice pylorique. A ce rétrécissement correspondent une hypertrophie considérable des fibres musculaires et l'épaississement du tissu conjonctif.

La muqueuse stomacale, tomenteuse, paraît avoir subi une sorte de macération; elle présente çà et là quelques érosions hémorrhagiques; on constate une hypertrophie générale des couches musculaires sous-jacentes.

Le foie, gras et volumineux, pèse 1600 grammes.

Dans l'œsophage, aucune trace de tissu inodulaire; pas d'apparence de rétrécissement, ni même de cicatrices véritables. La muqueuse paraît seulement blanche, lisse et très amincie.

On remarque un assez grand nombre de saillies glandulaires volumineuses et très rouges à la base de la langue et sur les parois du pharynx. Des veinosités et même des vaisseaux variqueux nombreux se dessinent à leur surface.

Du côté de l'appareil respiratoire, à gauche, pneumothorax et poumon réduit à un moignon sans adhérences, rétracté vers la gouttière costo-vertébrale. Au sommet, noyaux caséeux superficiels. On n'a pu découvrir la trace de la perforation. Les lésions sont beaucoup plus avancées et plus étendues à droite. Induration et ramollissement partiels dans le lobe supérieur, dissémination de masses caséeuses, sans excavation, dans les deux lobes inférieurs. De ce côté aussi, quelques tubercules en voie de ramollissement sous la plèvre, protégée par des adhérences.

Cette observation, que j'ai cru devoir rapporter avec quelques détails, a soulevé plusieurs questions intéressantes, tant au point de vue de la pathologie que de la thérapeutique.

Notons d'abord la dysphagie, symptôme dominant dans la première période de la maladie, qui nécessita pendant longtemps le cathétérisme œsophagien.

L'action d'un caustique détermine souvent des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. J'ai même vu, en 1851, dans le service de Michon, un de ces rétrécissements survenu à la suite de l'ingestion d'un potage bouillant. Or, dans le cas actuel, malgré la cause et les phénomènes de dysphagie, nous n'avons pas trouvé de traces de rétrécissement, ni du tissu inodulaire qui les produit. La muqueuse seule était lisse et fort amincie, et c'est à la tuméfaction inflammatoire, jointe au spasme des fibres musculaires sous-jacentes, qu'il faut rapporter l'obstacle apporté si longtemps au passage des aliments.

L'estomac était, ainsi qu'on l'a vu, le siège d'une double lésion : une vaste ulcération au niveau de la petite courbure et un rétrécissement pylorique. A ces lésions principales, il faut ajouter, en outre, une hypertrophie notable des parois de l'estomac et une dilatation considérable de sa cavité.

Si nous cherchons à établir la corrélation qui existe entre ces diverses lésions, nous pouvons admettre sans hésiter, ainsi que nous l'avons fait pendant la vie du malade, que l'affection primitive a été une *gastrite ulcéreuse*, d'origine traumatique en quelque sorte, à laquelle il faut rapporter, comme phénomènes consécutifs, le rétrécissement du pylore, l'hypertrophie et la dilatation de l'estomac.

Comme symptôme de la gastrite ulcéreuse, nous avons les douleurs épigastriques éprouvées après l'accident et pendant toute la durée du séjour à la Pitié, l'impossibilité pour le malade de s'alimenter autrement qu'avec du lait et du jus de viande, les crises si violentes qui ont fini par devenir presque continuelles au moment de son entrée à Cochin, enfin les vomissements noirs et même des hématémèses véritables.

Cette symptomatologie, qui reproduit les traits principaux de l'ulcère simple de l'estomac, ne peut, dans les conditions étiologiques de ce cas particulier, indiquer qu'une lésion inflammatoire et érosive d'une portion plus ou moins étendue de la muqueuse stomacale.

Les conséquences de cette inflammation ont été, ai-je dit, le *rétrécissement du pylore* et la *dilatation de l'estomac*. Arrêtons-nous maintenant sur l'une et l'autre de ces particularités intéressantes.

1° L'orifice pylorique est le siège d'un rétrécissement considérable. Cette lésion devait-elle être prévue? Non. Car si les accidents douloureux et surtout les vomissements noirs pouvaient, dans toute autre circonstance, faire penser à un cancer du pylore, la cause traumatique et l'inflammation ulcéreuse de l'estomac donnaient ici une explication suffisante et plus légitime des phénomènes observés.

Cette complication ne doit pas cependant étonner : car si le rétrécissement du pylore est le plus ordinairement la consé-

---

cins des villes remonte à une très haute antiquité. Nous en avons rapporté, d'après M. Michel Bréal, un exemple datant des guerres médiques (ve siècle avant J. C.), et consacré par la plus ancienne sans doute des inscriptions relatives à cet objet(1). Mais d'un passage de Xénophon que rappelle M. Vercoutre, il résulte clairement que cet ordre de médecins était établi en Grèce dès le temps de Cyrus (VIe siècle), puisque dans la conversation imaginée par Xénophon, c'est Cyrus qui dit (*Cyropéd.*, liv. I, ch. VI) : « Quant à ce qui concerne la bonne santé des soldats, comme j'entendais dire et je voyais les cités (grecques) qui veulent se bien porter choisir des médecins, et leurs généraux donner des médecins à leurs troupes, moi-même, quand cette charge m'incomba (celle de chef militaire), j'eus soin aussitôt de faire la même chose (de pourvoir l'armée de médecins). »

Un second passage du même auteur (*Mémor.*, l. IV, ch. II, § 5) et un autre de Platon (*Gorgias*, ch. X, et suiv. établissent clairement que les médecins des villes étaient *choisis*, du moins dans les cités libres, par les cités elles-mêmes (car les tyrans, là où il y en avait, appelaient eux-mêmes le médecin). Ce choix avait toujours lieu à la suite d'une sorte de compétition, et Socrate, dans Platon, recommande de s'en rapporter à un parleur habile (ῥητορικός), pour être plus sûr de donner sa voix au médecin le plus capable (τεχνικώτατος). Que pouvait être cet orateur, si ce n'est quelqu'un, un notable de la cité peut-être, qui, après enquête, venait donner publiquement les renseignements propres à éclairer le choix de ses concitoyens? On peut tout au moins former cette conjecture. Quoi qu'il en soit, c'est après cette élection que le candidat préféré prenait le titre de *médecin public*. L'auteur cite aussi, à ce propos, un passage des *Acharniens* d'Aristophane (vers 1030, 1031, 1032); mais nous ne voyons pas ce qui l'a induit à prêter, en passant, au grand moqueur une moquerie de plus, que le texte

(1) M. Vercoutre cite aussi ce monument, mais avec peu d'exactitude.

quence du cancer si fréquemment observé à l'estomac et au pylore en particulier, il paraît aujourd'hui bien certain qu'on peut le rencontrer en dehors de toute affection de cette nature.

Rilliet, dans un très intéressant mémoire sur *la dilatation de l'estomac* (*Gaz. hebd.*, 1859), démontre cette proposition en publiant un fait (obs. II) où le rétrécissement lui parut le résultat de la cicatrisation d'un ulcère simple de l'estomac.

On pourrait élever quelques doutes sur la valeur de cette observation, car il y est noté que des végétations reposaient sur un tissu fibreux; au microscope, cependant, on n'y aurait pas reconnu de cancer.

Chez notre malade, le rétrécissement est indubitablement d'origine inflammatoire et formé par un épaississement considérable des tuniques musculaires et du tissu conjonctif. La cause est des plus évidentes : l'extension au pylore du travail inflammatoire de la vaste ulcération située à la petite courbure, tout près de cet orifice.

C'est de cette manière que peuvent se former les rétrécissements du pylore à la suite de l'ulcère simple de l'estomac, cet ulcère siégeant souvent dans son voisinage. Ce fait donne donc raison à l'opinion soutenue par Rilliet. Kussmaul au reste, et d'autres observateurs en ont également rapporté des exemples.

2° La dilatation de l'estomac, qui avait atteint des proportions énormes, reconnaît ici deux causes principales : l'inflammation de l'estomac et le rétrécissement pylorique.

Mais non seulement l'estomac était dilaté, ses parois étaient aussi très hypertrophiées, la tunique musculaire n'ayant pas moins d'un demi-centimètre d'épaisseur. Le rétrécissement du pylore suffit pour expliquer cette hypertrophie et cette dilatation. N'est-ce pas ce qu'on observe dans tout organe creux ou réservoir doublé d'un tissu contractile, lorsqu'un obstacle s'oppose à l'expulsion facile des matières qui y sont contenues?

La dilatation de l'estomac, cependant, suppose-t-elle toujours un rétrécissement du pylore? On l'a cru pendant longtemps. Ce fut Duplay père qui le premier, dès 1833, dans un mémoire souvent cité et publié dans les *Archives de médecine*, montra que l'ampliation morbide de l'estomac peut exister sans rétrécissement du pylore. A l'appui de son opinion il cite une observation personnelle qu'il rapproche de quelques faits analogues rapportés par Mauchard, Lieutaud, Andral, etc. Dans plusieurs cas, la cause de la dilatation paraît avoir été une simple ulcération (l'ulcère simple alors n'était pas encore connu); l'observation première de Rilliet en est un bel exemple.

Avec Duplay et Andral, Rilliet admet que la dilatation de l'estomac doit être attribuée au trouble qui résulte de la destruction des fibres musculaires au voisinage du pylore, destruction qui a pour conséquence la paralysie de l'organe. Je ne saurais, je l'avoue, attacher cette importance à une destruction partielle de quelques fibres musculaires, capable tout au plus de troubler quelques-uns des mouvements péristaltiques; à supposer même que cette condition existe, car elle n'est nullement démontrée dans l'ulcère simple de l'estomac. L'inflammation seule suffit pour paralyser la fibre musculaire et produire la dilatation, soit qu'elle participe directement à l'inflammation, soit qu'elle en subisse seulement l'influence, comme nous voyons le météorisme intestinal se développer sous l'influence de l'inflammation péritonéale.

(*A suivre.*)

Pathologie interne.

Du muguet épidémique chez l'adulte dans la fièvre typhoïde, par le docteur Ch. Deshayes, médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

I

La fièvre typhoïde offre toujours à l'observateur quelque nouveau sujet d'étude. D'autre part, chaque épidémie, qu'il s'agisse de typhus ou de tout autre poison, revêt un caractère propre, affecte des allures spéciales, présente, en un mot, son génie à elle, tout particulier.

Dans le même ordre d'idées, le professeur Leudet, mon ancien maître, établissait récemment au Congrès de Reims que la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, peuvent présenter, dans leur *convalescence*, des hydropisies, des albuminuries et des néphrites, et que ces complications se montrent plus spécialement dans certaines épidémies.

Je désire appeler aujourd'hui l'attention du corps médical sur une complication de la fièvre typhoïde que je viens d'observer dans des conditions tout à fait anormales.

II

La fièvre typhoïde a pris le caractère épidémique à Rouen, surtout en juillet et août; quelques cas isolés se sont encore manifestés en septembre.

Les *vingt-huit* cas, graves pour la plupart, que j'ai eu à soigner en ville dans cette période de temps, m'ont fourni *trois* décès, lesquels ont eu lieu dans la période aiguë, au deuxième septenaire. Concomitamment régnait un état mal défini, débutant souvent avec toutes les apparences de la dothiénentérie, et s'arrêtant souvent aussi après quelques jours, état que ceux-ci appelleront typhus abortif, et ceux-là fièvre synoque, embarras gastrique et même fièvre continue; je n'en tiens aucun compte dans ce travail.

Le traitement employé a été à la lettre et en tout semblable

---

ne comporte aucunement. « Frotte-moi les yeux, » dit le laboureur à Dicæopolis. Et celui-ci répond : « Mais, misérable, je ne pratique pas la médecine publique; va pleurer auprès des disciples de Pittalus ! » Or, selon M. Vercoutre, Pittalus serait « évidemment un pseudonyme » désignant le médecin public du jour, dont l'auteur n'est pas « éloigné de croire » que le nom véritable était Attalus. Le scoliaste grec d'Aristophane donne Pittalus ou Spittalus comme un médecin d'Athènes qui avait des élèves (*Scholia græca in Aristophanem*, éd. Didot, p. 27). Peut-être ce médecin était-il mort au temps où se jouait la comédie des *Acharniens*, ce qui expliquerait la mention des seuls disciples, quoique plus loin un autre personnage demande à être transporté *dans la maison* de Pittalus (vers 1222). Mais ce qui prouve bien que ce Pittalus est un personnage réel, c'est qu'il est nommé également dans les *Guêpes*. « Et toi aussi, dit Philocléon, cours chez Pittalus. » Non seulement ce médecin existait du temps d'Aristophane, mais évidemment il était célèbre.

Entrons maintenant dans les détails relatifs à l'organisation de la médecine publique.

Et d'abord, sur quels fonds était payé le médecin public? Pour ce qui concerne les archiatres du peuple à Rome, le texte théodosien, rappelant que le salaire annuel de ces archiatres est fourni par le peuple (*annonaria commoda a populi commodis*), laissait quelque obscurité. Cela ne signifiait pas clairement qu'un impôt spécial fût affecté à ce service, tout traitement de fonctionnaire étant prélevé, en définitive, sur la bourse du peuple. Mais l'existence d'un impôt expressément destiné à couvrir les frais de l'institution des médecins publics paraît bien ressortir d'une inscription tirée par M. Vercoutre d'un mémoire de M. Foucart *sur les ruines et l'histoire de Delphes*, et dont voici la traduction : « Il a semblé bon à la ville (de Delphes), dans une assemblée régulière, avec un nombre légal de suffrages, d'exempter Philistion et ses descendants de la choragie et de l'*iatricon* (Mémoire sur les ruines et l'histoire de Delphes, p. 218).

à celui que jai indiqué il y a cinq ans (voy. *Gazette hebdomadaire*, année 1875, n° 59, etc.). Je n'ai pas à y revenir, bien que je ne puisse m'empêcher de proclamer bien haut que ce traitement m'a toujours pleinement réussi. Mais il s'agit surtout ici du muguet.

III

Que si nous consultons les travaux classiques qui ont paru sur le muguet, comme notre propre expérience, nous voyons que l'apparition de ce cryptogame *chez l'adulte* n'a lieu qu'à la dernière période des maladies graves, fièvres typhoïdes, pneumonies, etc.; que là où l'organisme se trouve profondément débilité, dans la phthisie par exemple, le parasite trouve un terrain tout préparé à le recevoir et à favoriser son développement.

Il n'est pas très rare, dit M. Archambault, à l'article Muguet du *Dictionnaire encyclopédique*, de le voir survenir *à la suite de la fièvre typhoïde*. Déjà Véron, et surtout Biache, l'avaient constaté *à la fin des maladies graves* chez l'adulte. D'après Berg, on trouve quelquefois l'oïdium chez les adultes, à une époque rapprochée de la mort. M. Parrot, dans ses leçons à l'hospice des Enfants assistés (1874), affirme la nature toujours secondaire et non inflammatoire du muguet, qui a pour cause générale constante cet état provenant du défaut de nutrition, qu'il a si bien décrit sous le nom général d'*athrepsie*.

Ce sont là, n'est-il pas vrai? des vérités cliniques que l'observation de chaque jour n'a fait que confirmer.

Relativement aux *symptômes*, et d'une manière générale, on voit la muqueuse buccale devenir d'un rouge vif, et cette modification de la muqueuse, antérieure à l'apparition du muguet, quel que soit l'âge du malade, enfant, adulte ou vieillard, peut être considéré comme un signe précurseur ou prémonitoire; mais, ajoute aussitôt M. Archambault, cette rougeur prémonitoire manque dans un cinquième des cas.

Valleix a noté la saillie des papilles. Contrairement à la plupart des auteurs et à M. Seux en particulier, M. Parrot a toujours vu la colonne thermométrique s'arrêter au-dessous de 37 degrés. Gubler a noté l'état d'acidité du liquide buccal. Le siège de l'apparition le plus habituel est la face supérieure et plutôt la pointe de la langue. Le muguet se présente tantôt sous forme de semis, tantôt sous forme d'ilots, tantôt enfin sous forme de nappe, d'enduit généralisé. L'adhérence de l'oïdium est plus ou moins grande.

Valleix a attaché une grande importance à des ulcérations de la voûte palatine qu'il a rencontrées pendant la vie, dans 15 cas sur 23. La déglutition reste libre tant que le muguet n'existe que dans la bouche; le pouls varie suivant l'état morbide général ou local. Le vomissement est noté dans un grand nombre de cas. La diarrhée et l'érythème des fesses n'ont pas la valeur que leur avait attribuée Valleix. L'amaigrissement existe surtout dans les cas graves.

Le muguet a été observé dans l'œsophage. De même, pour l'estomac, M. Parrot a établi que la mucédinée peut germer dans l'estomac et se fixer à sa paroi comme au sol sur lequel elle a poussé.

On a cité enfin des exemples, très rares à la vérité, de la présence du muguet dans les voies respiratoires et les poumons.

L'étude de l'*étiologie* nous apprend encore que le muguet est une affection qui frappe surtout la population des hospices; qu'il faut surtout l'attribuer à une alimentation défectueuse ou impropre; qu'il apparaît dans les maladies ayant amené l'adynamie et un état d'épuisement extrême des forces organiques; que la constitution affaiblie est une cause prédisposante; que la saison d'été, juillet et août principalement (M. Seux), est celle où on en observe le plus de cas; et que l'oïdium peut se transmettre par contagion.

Le *pronostic* du muguet, chez les adultes comme chez les enfants, est en général fort grave, d'autant plus grave que les conditions au milieu desquelles il se montre sont mauvaises. En effet, le muguet de l'adulte ne survient guère qu'à la fin ou à une période avancée des maladies les plus graves, telles que la phthisie, la fièvre typhoïde ou la fièvre puerpérale. Enfin, suivant les différences de climat, le muguet serait plus ou moins dangereux.

Voilà ce que la médecine nous enseigne. Voici maintenant ce que j'ai observé.

IV

Sur 28 cas observés, 24 ont présenté du muguet; chez tous, l'apparition s'en est faite pendant la période d'acmé, en moyenne vers la fin du premier ou au début du deuxième septenaire, alors souvent que la fièvre était dans sa plus haute expression, et non dans la convalescence. Très rarement l'oïdium a persisté pendant la convalescence, par la raison bien simple que les moyens employés en avaient empêché le retour. C'est donc là un premier fait anormal contraire à ce que nous rencontrons d'habitude.

Le caractère épidémique ne peut être nié, puisque tous ou presque tous les sujets en ont été atteints. A la même époque et dans le même rayon, deux confrères instruits, à qui je soumettais mes réflexions, observaient les mêmes particularités dans leur clientèle.

La débilité des malades ne peut être admise comme cause productrice ou même prédisposante; car parmi eux il y en avait beaucoup de jeunes et de très robustes. La forme de la dothiénentérie ne peut pas être davantage incriminée, car l'oïdium s'est montré à peu près indistinctement chez tous, que cette forme fût adynamique, c'était le cas le plus rare,

---

« La choragie, dit M. Vercoutre, c'est ici l'impôt prélevé sur les citoyens pour subvenir aux frais d'un chœur », et c'est évidemment de cette première interprétation qu'il déduit la seconde, à savoir que l'*iatricon* est « l'impôt prélevé pour assurer le traitement du médecin public ». Or la signification qu'il attribue au mot choragie (ou chorégie) lui appartient, ce nous semble, en propre. Les frais de cette liturgie, quoique ce fût une cérémonie publique, étaient entièrement à la charge du chorège, et c'est pour cela qu'à Athènes la loi exemptait de cette dispendieuse fonction les citoyens qui possédaient moins de trois talents. Il est donc probable que Philistion, ayant rendu quelques services à la ville, fut exempté, soit de figurer parmi les chorèges que les citoyens désignaient pour la cérémonie, soit, devenant chorège, des frais que la loi mettait à sa charge. Conséquemment, le sens du mot *chorégie* ne jette aucun jour sur celui du mot *iatricon;* mais il ne s'ensuit pas que ce dernier sens ne soit pas tel que l'indique M. Foucart, dont M. Vercoutre suit la leçon. Bien au contraire, nous ne voyons pas ce que désignerait ce vocable ἰατρικόν, exprimant une charge publique dont on peut être exempté, sinon un impôt particulier. Il n'y a rien de contradictoire, ni seulement de disparate, dans une formule qui exonère un même citoyen à la fois d'une fonction dispendieuse et d'un impôt.

(*A suivre.*) A. Dechambre.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé jeudi 14 octobre, par les nominations suivantes : *Internes titulaires :* MM. Lefèvre, Parizot, Cenas, Josserand, Louis Berthet, Truchot, Phélip, Francou, Déporte, Hyvernat, Laguaite, Héron. — *Internes provisoires :* MM. Larmaraux, Bertrand, Eraud, Constant Berthet, Boyer, Parant, Trossat, Brébion, Goumy, Eparvier, Truc, Mallin, Ranty, Raffin.

ataxique (7 cas), ou simplement inflammatoire, régulière, normale.

Les malades qui font l'objet de cette communication ont tous été observés dans la clientèle civile, en dehors des hôpitaux, loin de tout foyer contagieux, au milieu de la classe aisée, et à différents âges, mais tous adultes, depuis dix-sept jusqu'à cinquante-six ans.

D'autre part, bien qu'il faille admettre avec M. Parrot, dans l'immense majorité des cas, la nature secondaire du muguet, qui a pour cause constante, chez l'enfant, l'athrepsie; bien qu'aussi, comme on pourrait m'objecter, l'état typhique de mes malades fournissait à l'oïdium un terrain préparé; cependant, je le répète encore, ces malades étaient loin d'être arrivés à la période de défervescence et de débilité. Le plus souvent l'apparition du muguet s'est faite à mon insu, sans rougeur prémonitoire de la muqueuse, sans desquamation épithéliale des parties envahies; et, vers la fin de l'épidémie, alors que, prévenu de la présence possible du muguet, j'examinais chaque jour le voile du palais et toute la cavité buccale, j'ai souvent, du jour au lendemain, assisté à l'éclosion de la mucédinée. C'est dire que les papilles étaient rarement plus saillantes.

Au point de vue de la température, et je ne saurais trop insister sur ce point, c'est au moment où l'ascension thermométrique était parfois la plus élevée, alors que la chaleur accusée était de 39, 40 degrés et plus; alors que le pouls battait 90, 100 pulsations et plus; en un mot et pour la dernière fois, alors que la fièvre était la plus intense, que l'oïdium se manifestait.

Je n'ai rien à dire de l'état d'acidité de la salive, et pour cause, ne l'ayant point examinée.

Le siège de l'apparition a varié. Il avait lieu, le plus souvent, au voile du palais, sur les piliers antérieurs, sous forme de semis; tantôt, au contraire, l'oïdium occupait toute la cavité buccale, le dos et les bords de la langue, jusqu'aux replis et commissures labiales (1 cas).

Chez tous la déglutition est restée assez libre. Les uns avaient des selles diarrhéiques, les autres présentaient de la constipation : sous ce rapport, on ne peut établir aucune corrélation.

Ainsi que M. Seux l'a établi pour le Midi, c'est en juillet et août que l'épidémie a sévi avec le plus d'intensité.

Au point de vue étiologique, je ne saurais admettre que la diète relative et le traitement employé, y compris l'aconit, puissent entrer en ligne de compte. Au génie épidémique seul, et non à la diète ni au traitement, doit être reportée la cause du muguet en pareil cas. En effet, depuis dix ans que j'exerce la médecine, je n'ai rien observé de semblable ni d'aussi constant dans le cours de la fièvre typhoïde.

En même temps, d'ailleurs, que le muguet attaquait nos typhiques, on le rencontrait, mais non avec la même régularité, la même ténacité, chez d'autres malades, et notamment chez quelques enfants *en apparence* bien portants.

La présence du muguet chez mes typhiques n'a été qu'une complication des plus bénignes, et la dothiénentérie, après avoir accompli ses étapes successives, ne m'a paru être aggravée en rien dans sa marche comme dans ses autres complications, lesquelles, du reste, ont été peu importantes.

Contre l'oïdium, le traitement classique, c'est-à-dire le borate de soude et le chlorate de potasse, ont été simultanément administrés. En général, trois ou quatre jours ont suffi pour en avoir raison. Dans quelques cas, cependant, des poussées successives ont eu lieu et ont nécessité des soins prolongés.

Relativement à la fièvre typhoïde en elle-même, j'ai, comme d'habitude, administré les *rafraîchissants* jusqu'à cessation de la fièvre, jusqu'à la défervescence, et ce n'est que quand le thermomètre se maintenait à 38 degrés ou continuait à descendre, que j'ai donné le quinquina et les toniques, c'est-à-dire les *reconstituants*. A ce moment-là, d'ailleurs, le muguet n'existait plus depuis longtemps.

Les trois décès que j'ai eu à enregistrer sont survenus dans la période d'acmé, et des 3 cas un seul avait eu du muguet.

Je conclus donc que le muguet affecte parfois la forme épidémique chez l'adulte, et que, dans la fièvre typhoïde tout au moins, il est loin d'avoir la gravité qu'on lui a assignée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

Sur la pellagre en Italie. Note de M. *Faye*. — L'auteur, qui a observé la pellagre dans les Landes, ayant lu dans le journal *l'Italie* des articles sur cette maladie, a écrit au directeur de ce journal une lettre qu'il a publiée. Nous en extrayons le passage suivant :

Faut-il attribuer la pellagre à l'usage du maïs avec lequel on fait la polenta? Non, puisque la cruchade se fait avec du millet (1). Doit-on en chercher la cause dans une altération quelconque de la farine de maïs et de millet? Cela me paraît bien peu probable : car de la farine avariée, avec laquelle on pourrait peut-être faire un pain tolérable, ne donnerait, en fait de bouillie, qu'une chose impossible à avaler.

Je suis porté à croire que la cruchade et la polenta n'ont qu'un défaut, mais un défaut capital, celui de ne pas avoir passé par une fermentation préalable. La digestion en est plus difficile que celle du pain levé; l'assimilation par nos organes de cette bouillie refroidie est moins complète, en sorte que, sur des individus soumis d'ailleurs à de mauvaises conditions hygiéniques, il peut en résulter à la longue une affection particulière que l'usage habituel du pain levé fera disparaître.

Maladies du cœur. — M. *S. Rosolimos* adresse une note intitulée *: L'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires; expériences et critique.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1880.— PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit une note de M. Rosolimos (d'Athènes), intitulée : *De l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires.* (*Comm.* : M. Sappey.)

M. *Hervieux* offre en hommage le rapport qu'il a lu à l'Académie sur les vaccinations pratiquées en 1878.

M. *Davaine* présente, au nom de M. le docteur Chipault (d'Orléans), une brochure intitulée : *Du traitement de la maladie charbonneuse de l'homme par les injections sous-cutanées de teinture d'iode.*

M. *de Villiers* présente : 1° au nom de M. le docteur Marmonier, une brochure intitulée : *Diagnostic différentiel des myélites*, avec Introduction de M. le professeur Charcot; 2° au nom de M. le docteur Pamard (d'Avignon), une brochure intitulée : *De la mortalité dans ses rapports avec la météorologie dans l'arrondissement d'Avignon.*

M. *Depaul* présente : 1° au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), une brochure intitulée : *Essai de climatologie médicale sur Pau et les environs;* 2° au nom de M. le docteur Paul Bitot, un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement des hémorrhagies liées à l'insertion du placenta.*

M. *Peter* présente, au nom de MM. les docteurs Laveran et Teissier, un exemplaire de la première partie du tome II de leur ouvrage intitulé : *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales.*

Mort de M. Peisse. — M. *Jules Guérin* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Peisse. (Ce

(1) Beaucoup de médecins, qui n'ont visité que les pays où l'on consomme la polenta faite exclusivement avec du maïs, pensent que cette maladie provient d'un empoisonnement par un ergot, un alcaloïde ou un parasite quelconque qui se développe parfois dans ce même maïs. Or, en fait, la pellagre a longtemps régné chez nous dans des contrées où l'on faisait usage de bouillie faite avec du millet. On n'a jamais rencontré, que je sache, dans ce petit grain les produits vénéneux qu'on attribue à l'autre. La pellagre sévissait sur les paysans de l'intérieur des Landes, pasteurs ou résiniers, que j'ai fréquentés pendant près d'un an, et jamais sur les pêcheurs de la côte, qui mangeaient bien de la cruchade sans en être empoisonnés, mais qui n'en faisaient pas leur nourriture exclusive. (*Note de M. Faye.*)

discours est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.)

M. *J. Guérin*, faisant ensuite allusion aux incidents survenus récemment, dit qu'il a obtenu la satisfaction qu'il demandait, grâce à la loyauté de M. Pasteur. Mais il voudrait justifier son travail sur l'occlusion pneumatique de l'accusation dont il a été l'objet, en rappelant à l'Académie les principes sur lesquels repose son traitement de l'infection purulente.

Quelques murmures se font entendre dans la salle, et M. *le Président* prie M. Guérin de vouloir bien remettre cette communication à une autre séance, à cause des exigences de l'ordre du jour.

Élections. — L'Académie de médecine procède à l'élection d'un membre correspondant dans la division d'anatomie et de pathologie médicale.

Les candidats avaient été classés par la Commission dans l'ordre suivant: *en première ligne*, MM. Bondet (de Lyon) et Doyon (d'Uriage); *en deuxième ligne*, M. Nivet (de Clermont-Ferrand) et Mandon (de Limoges); *en troisième ligne*, MM. Berchon (de Pauillac) et Billot (de Vaucluse).

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 69, majorité 35, les voix se sont réparties de la manière suivante: M. Doyon, 29; M. Bondet, 23; M. Billot, 11; MM. Berchon et Nivet, chacun 3; M. Mandon, 1.

Au second tour de scrutin, M. *Doyon*, médecin inspecteur des eaux d'Uriage a été élu par 40 voix contre 27 données à M. Bondet et 4 à M. Billot.

Rapports. Traitement de la coqueluche dans les usines a gaz. — M. *Roger* donne lecture d'un rapport sur divers travaux relatifs au traitement de la coqueluche par les inhalations de gaz dans les usines.

Les travaux adressés à l'Académie consistaient en deux notes de MM. les docteurs Baldou et Becquet, une lettre de M. Oulmont et deux mémoires de M. Commenge et de M. Bertholle basés sur de nombreuses observations recueillies aux usines de Saint-Mandé et des Ternes. Avant de les analyser, M. Roger donne quelques détails sur la disposition des salles d'épuration du gaz et sur les produits que les coquelucheux y respirent.

La salle d'épuration est une pièce immense, à larges baies et portes ouvertes à tous les vents: celle de Saint-Mandé contient vingt-quatre cuves renfermant chacune 5 mètres cubes de matières épuratrices (chaux et sulfate de fer allégés par de la sciure de bois) que le gaz doit traverser. Comme les ouvriers sont toujours en train de vider ou de remplir quelques-unes de ces cuves, les coquelucheux installés sur les bords ou même qu'on laisse jouer dedans, inhalent les vapeurs qui s'en dégagent; ils sont plongés, comme dans un brouillard, dans une atmosphère complexe où dominent le sulfhydrate d'ammoniaque, l'acide phénique et des produits goudronneux.

Quels ont été les résultats thérapeutiques du traitement de la coqueluche à l'usine? Les observations de M. Commenge portent sur 280 enfants, et 169 seulement sont utilisables (111 coquelucheux n'ayant plus été ramenés par leurs parents après une ou deux séances). Chez 20 malades, la médication aurait échoué complètement; dans 48 cas on aurait obtenu de l'amélioration et la guérison dans 101. La statistique de M. Bertholle comprend 341 cas: sur ce nombre, 122 coquelucheux sont notés comme améliorés et 219 comme guéris, sans qu'il soit aucunement question ni d'insuccès, ni à plus forte raison de morts.

Si l'on acceptait ces chiffres sans examen un peu sévère, on devrait proclamer l'inhalation des substances volatiles provenant de l'épuration du gaz comme le meilleur remède contre la coqueluche; compter avec MM. Commenge et Bertholle, sur 510 coquelucheux, 490 améliorations et seulement 20 insuccès sans aucun cas mortel, ce serait un admirable résultat; mais il suffit de décomposer ce total pour en réduire singulièrement la valeur: ainsi M. Bertholle n'a pas donné le chiffre précis des échecs de la médication; en regard de ce nombre de 490 améliorations ou guérisons, il faut, en effet, placer celui de 671 malades qui ont été éliminés justement des statistiques précitées, parce qu'ils n'avaient plus reparu à l'usine après une ou deux séances; comme on ne s'est pas assuré des raisons de ce départ, n'est-il pas présumable que la moitié au moins n'est point revenue parce que la coqueluche ne s'était pas amendée et même qu'elle s'était aggravée? Le nombre inconnu des insuccès empêche donc que l'on puisse avoir une idée exacte de la proportion des succès connus, et la statistique précédente en est certainement viciée.

Après l'analyse de ces mémoires, M. Roger expose les travaux de moindre importance et relatifs au même sujet qui ont été soumis à l'examen de l'Académie. Presque tous sont plus ou moins contraires au traitement à l'usine.

De la comparaison de ces travaux le rapporteur conclut que les inhalations gazeuses n'ont d'action, et encore limitée, que sur un élément de la maladie, le catarrhe; qu'elles sont contre-indiquées dans les coqueluches fébriles, et qu'elles seraient plutôt nuisibles dans les complications si fréquentes d'inflammations broncho-pulmonaires. Ce n'est pas du reste un traitement de toutes les saisons; sans inconvénients en été, il devient dangereux en hiver, par l'intercurrence de phlegmasies pulmonaires plus graves que la coqueluche elle-même.

Avantages et inconvénients compensés et comparés (dit en terminant M. Roger), la médication gazeuse est loin d'avoir une vertu thérapeutique supérieure à celle des remèdes classiques adoptés par la généralité des praticiens (vomitifs, belladone, antispasmodiques): elle répond, comme eux, à certaines indications, et elle est, par exemple, susceptible de modifier en quantité et en qualité les sécrétions bronchiques; elle peut, à un jour donné, tempérer quelques-uns des symptômes si nombreux et si variables de cette pyrexie à longues périodes; mais, comme eux aussi, elle n'a aucune action abortive ni spécifique.

Quoique la valeur thérapeutique des émanations dégagées des appareils épurateurs du gaz soit bornée et en définitive médiocre, des éloges n'en sont pas moins dus aux auteurs des travaux rapportés, et en particulier à MM. les docteurs Commenge et Bertholle, qui ont longuement expérimenté à l'usine même, et qui ont fait, avec bonne foi et talent, œuvre de praticiens.

M. Roger conclut en proposant à l'Académie de voter des remerciements à ces deux confrères et de déposer très honorablement leurs mémoires aux archives.

Absinthisme chronique et absinthisme héréditaire. — M. *Lancereaux* communique un travail duquel il résulte que l'intoxication par l'absinthe ne se révèle pas seulement par des accidents aigus et passagers apparaissant après un simple excès, tels que les crises convulsifs que l'auteur a désignées sous le nom d'absinthisme aigu. Cette intoxication se traduit encore par des désordres qui surviennent peu à peu à la suite de l'usage longtemps continu de la liqueur d'absinthe, évoluent d'une façon régulière, finissent par modifier profondément l'organisme et souvent par amener la mort.

Ces désordres à longue échéance, qui affectent de préférence les facultés sensitives et mentales, constituent l'absinthisme chronique.

A côté de ces deux formes d'intoxication par l'absinthe, il en existe une troisième qui est la conséquence des précédentes, s'observe dès l'enfance et se manifeste tout à la fois par des troubles de la sensibilité, de l'intelligence et du mouvement; c'est l'*absinthisme héréditaire*. Chacune de ces formes a de grandes analogies avec l'état pathologique connu sous le nom d'hystérie. La première rappelle la crise convulsive hystérique; la seconde présente, aussi bien chez l'homme que chez la femme, des désordres de la sensibilité,

qu'il est impossible de différencier de ceux de l'hystérie. Aussi doit-on croire que plusieurs des cas d'hystérie rapportés chez l'homme ne sont que des cas d'absinthisme. La troisième de ces formes d'absinthisme héréditaire est généralement confondue avec l'hystérie, qui est un complexus pathologique bien plutôt qu'une maladie dans le sens vrai du mot. Toutefois les phénomènes qui lui sont propres constituent dans le complexus en question, du moins par leur évolution et leur origine, un type à part. D'autres types, groupés sous le même chef, mériteraient d'être également séparés, mais ils ne le seront qu'à la condition de remonter à la source du mal. L'étude des causes morbides, est, en effet, la première condition des progrès en médecine.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Kyetes huileux de l'orbite. — Ligature de l'artère axillaire immédiatement au-dessous de la clavioule. — Traitement des ulcères. — Corps étranger du rectum. — Paralysie obstétricale de l'anus. — Difformité de la jambe; fracture ancienne probable. — Présentation d'un malade : division congénitale de la voûte et du voile du palais.

M. *Després* a observé un kyste huileux de l'orbite; il croit qu'il s'agit là d'une transformation de kyste dermoïde ou sébacé. En effet, une jeune fille avait été incomplètement opérée d'un kyste dermoïde de la racine du nez; la poche se remplit de nouveau; M. Després fit une opération complète et trouva un contenu huileux.

M. *Berger*. L'examen du liquide vient à l'appui des remarques de M. Després; ce liquide a la réaction acide qu'on trouve dans les kystes dermoïdes.

— M. *Farabeuf* revient à la ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule; son procédé est celui de Marcelin Duval légèrement modifié. Il faut toujours lier au-dessus et en dehors de la crosse de la veine céphalique. Cette veine adhère souvent intimement à la gaîne du muscle sous-clavier. Et si l'on veut lier au-dessus de cette veine, il faut ouvrir la gaîne du sous-clavier, à moins d'entreprendre une dissection dangereuse.

M. Farabeuf continue sa démonstration au tableau, et trace sur une figure l'incision ordinaire allant de l'extrémité interne de la clavicule à l'apophyse coracoïde. On voit que la ligne de l'incision coupe les artères et les veines acromio-thoraciques, les nerfs du grand pectoral. On voit encore, sur la figure, que le bord du petit pectoral est un point de repère masqué par les nerfs, les branches artérielles et veineuses. En cherchant l'artère axillaire sur ce bord, on trouverait le nerf médian en avant de l'artère. Plus profondément, on voit le canal veineux collatéral allant se jeter dans la veine sous-clavière. Il est évident qu'il faut se rapprocher de la clavicule pour lier l'axillaire en toute sécurité.

En faisant l'incision comme on la recommandait autrefois, on coupe des artérioles dans les fibres du grand pectoral, on tombe sur la veine céphalique, que l'on peut blesser; enfin, étant au-dessous de la crosse de cette veine, on ne peut l'abaisser et passer au-dessus. Pour atteindre l'artère axillaire, il faut donc une dissection minutieuse et dangereuse.

Tout cela n'arrive pas avec l'incision recommandée par M. Marcelin Duval et modifiée par M. Farabeuf; on entre dans la gaîne du muscle sous-clavier et on débride cette gaîne en dehors.

M. *Tillaux* ne croit pas qu'il y ait autant d'inconvénients à rencontrer la veine céphalique; si on la trouve, on l'écarte ou on la lie entre deux fils. Ce dont il faut se préoccuper, c'est d'arriver sur l'artère en suivant les points de ralliement; un excellent point de repère, c'est le bord supérieur du petit pectoral. On trouvera ensuite la veine axillaire au moyen ou sans le secours de la veine céphalique; le premier cordon que l'on rencontre ensuite, c'est l'artère.

M. *Farabeuf* a pour points de ralliement la clavicule et le muscle sous-clavier. Quant à la veine céphalique, il faut passer au-dessus, parce que, au-dessous, il y a de nombreuses veinules et artérioles qu'il faut éviter.

— M. *Sée* communique sa méthode de traitement de certains ulcères virulents ou phagédéniques, affections qui durent si longtemps quand on emploie les traitements ordinaires.

Enlever avec une curette tranchante la matière pulpeuse qui recouvre l'ulcère, couper les brides et ouvrir les clapiers; puis cautériser la surface traumatique avec le thermo-cautère, le malade étant endormi par le chloroforme. Pansement antiseptique. Au bout de quelques jours, l'eschare superficielle s'élimine, et on a des bourgeons charnus de bonne nature. On guérit ainsi, en quinze jours ou trois semaines, des plaies qui mettraient six mois à se cicatriser.

— M. *Roustan* (de Cannes) lit une observation de corps étranger du rectum (bougie stéarique de 25 centimètres de longueur). Cette observation avait été rapportée très incomplètement à la Société de chirurgie par le docteur Bernard (de Cannes), qui n'avait pas vu le malade.

Le doigt introduit dans le rectum touchait le bout inférieur de la bougie; M. Roustan put faire l'extraction avec une longue pince. (Renvoyé à l'examen de M. Verneuil.)

— M. *Larget* (de Maisons-sur-Seine) lit une observation de paralysie obstétricale de l'anus; guérison par les injections d'ergotine. (Commissaires : MM. Anger, Nicaise et Guéniot.)

— M. *Guéniot* présente une fille de sept ans qui a à la jambe gauche une énorme difformité. Il existe une incurvation très prononcée des deux tiers supérieurs du tibia; la pointe de cet os proémine en avant. Le tiers inférieur de l'os se dirige en arrière, formant avec le reste de l'os un angle aigu en avant; le membre est atrophié et raccourci de 8 centimètres.

M. *Farabeuf* voit là une pseudarthrose consécutive à une fracture méconnue ou non traitée; il existe quelques mouvements au niveau de l'angle osseux.

M. *Labbé* ne trouve pas ces mouvements. Il conseille l'ostéotomie cunéiforme avec la méthode antiseptique, après avoir coupé le tendon d'Achille rétracté.

M. *Le Dentu*. La malade marche difficilement, mais elle marche. Il doit y avoir une rétraction considérable des vaisseaux du membre. Si l'on fait l'ostéotomie, il y a peut-être 8 centimètres de tibia à enlever, et il faudra maintenir la jambe à la même longueur pour ne pas trop tirailler les vaisseaux et les muscles; et on pourrait être conduit ensuite à amputer la jambe.

M. *Labbé* croit que la clinique n'indique pas que les vaisseaux sont aussi raccourcis que les autres parties molles; ce n'est pas une objection sérieuse si l'on se souvient de ce qui se passe dans les pieds bots anciens.

M. *Nicaise* est partisan d'une intervention chirurgicale; il conseille de sectionner le tendon d'Achille, de faire ensuite l'extension continue pour redresser un peu les os et allonger les parties molles; alors seulement pratiquer l'ostéotomie.

M. *Sée* est de l'avis de M. Labbé; l'ostéotomie n'offre pas de grands dangers avec la méthode antiseptique. Il suffira d'enlever 2 à 3 centimètres d'os. Les épiphyses étant saines, la croissance des os continuera.

M. *Guéniot* pense qu'après l'opération le membre sera plus droit, mais probablement plus inutile, car les muscles sont

très rétractés et atrophiés. M. Guéniot s'en tiendrait à un appareil prothétique.

— M. *Berger* présente une malade qui a une division congénitale de la voûte et du voile du palais. Elle a dix-huit ans. Le voile du palais est excessivement court; pas de traces de cloison. Les parties molles sont excessivement minces, mauvaise condition pour la suture. Vaut-il mieux appliquer un obturateur?

M. *Tillaux*. L'opération est possible; mais est-elle utile? L'enfant parlera-t-elle mieux? Cela n'est pas probable.

—M. *Giraud-Teulon* présente, au nom de M. Parinaud, un instrument destiné à enlever les lambeaux de capsule, après l'extraction d'une cataracte secondaire.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

Formation de pigment après la mort: M. Pouchet. — Accidents nerveux des ponctions thoraciques: M. Dumontpallier. — Embryons du tænia dans la viande de bœuf: M. Mégnin. — Recherches sur la spermatogénèse chez la grenouille: M. Mathias Duval. — Sur l'absence de nerfs vaso-dilatateurs dans le sympathique cervico-thoracique: M. Laffont.

M. *Pouchet* croit avoir observé la formation de pigment *post mortem* dans le tissu cartilagineux d'un embryon d'éléphant de trois à quatre mois: il pense que ce pigment s'est formé aux dépens de la matière colorante du sang.

— M. *Dumontpallier*. A une époque antérieure j'ai communiqué à la Société de biologie l'observation d'une malade chez laquelle j'avais constaté, dans des conditions déterminées, des phénomènes réflexes dont l'origine paraissait être dans une irritation de la plèvre.

Aujourd'hui je désire appeler l'attention de la Société sur un nouveau fait clinique du même genre, et qui s'est montré dans des conditions étiologiques identiques.

Dans ce dernier cas, nous avons observé des troubles très accusés de la sensibilité et de la motilité.

Il s'agit d'un jeune homme auquel j'avais pratiqué l'opération de l'empyème il y a trois mois, pour une pleurésie purulente chronique. Depuis l'opération le lavage de la plèvre était fait chaque jour, matin et soir, avec de l'eau phéniquée ou avec une mixture iodée iodurée. Jamais aucun accident, aucun trouble important ne s'était manifesté *pendant* ou *après* les pansements.

Le malade allait de mieux en mieux, la quantité de pus fourni par la plèvre était de moins en moins abondante, l'état général était très satisfaisant et, lors des derniers lavages, on ne pouvait plus injecter dans la plèvre malade que 150 à 200 grammes de la solution phéniquée: aussitôt que cette quantité d'eau phéniquée était introduite, le malade éprouvait du resserrement dans la poitrine; alors on laissait écouler le liquide au dehors et tout malaise disparaissait.

Le lundi, 16 octobre, 81e *jour* de l'opération, on procédait au pansement, le malade étant assis dans son lit, et cela dans les conditions habituelles, avec la même solution et le même irrigateur, lorsque *tout à coup* le malade se plaint d'étourdissement et tombe sur ses oreillers.

Aussitôt je constate la contracture de tout le côté droit du corps avec anesthésie complète des deux côtés. Le malade est penché à droite dans son lit, la tête tournée à droite, la face contracturée de ce côté, la commissure labiale droite portée en haut et en dehors. Les paupières sont ouvertes, les pupilles largement *dilatées* et *immobiles*. Le malade ne voit pas, n'entend pas. Le bras droit est serré le long du corps et raide, les doigts et la main sont fortement fléchis. La jambe droite est raide. Il y a donc une hémicontracture droite généralisée. De plus, toute la surface du corps est insensible.

Après deux à trois minutes, la contracture disparaît progressivement du côté droit du corps et le malade peut remuer son bras et ses jambes; mais tout le côté gauche est alors paralysé et toute la surface du corps est hyperesthésique. L'hémiplégie droite est complète.

Le malade entend toujours difficilement et ne distingue pas les personnes qui l'entourent. Il reste dans un état d'hébétude pendant douze à quinze minutes.

Pendant ces crises d'hémicontracture droite et d'hémiparalysie gauche, le pouls n'a pas cessé de battre, la face n'a pas pâli notablement et la respiration, bien que faible, est restée régulière.

A la fin de cette double crise, le corps s'est couvert de sueur et les glandes lacrymales ont sécrété une grande quantité de larmes.

Il est donc permis de supposer que, dans cette observation, l'action réflexe a porté successivement sur les hémisphères cérébraux gauche et droit pour produire l'hémicontracture et l'hémiplégie croisées; tandis que, dans la première observation, à laquelle j'ai fait allusion au début de la présente communication, l'action réflexe avait porté primitivement sur le bulbe, ce qui semblait démontré par l'arrêt subit de la respiration et de la circulation.

A ce sujet M. *Duret* rappelle qu'on a étudié le mécanisme d'un grand nombre de troubles nerveux résultant de l'irritation des séreuses et surtout de celle de l'abdomen: tous les auteurs considèrent ces accidents comme de nature réflexe.

M. *Hanot* ajoute que M. Lépine a rapporté un cas d'hémiplégie, survenu chez un malade auquel il pratiquait une ponction de la plèvre: cette hémiplégie a duré une dizaine de jours.

— M. *Mégnin*. M. Poincarré (de Nancy) a annoncé (*Comptes rendus, Académie des sciences* du 19 juillet et du 16 août dernier) avoir découvert, dans de la viande altérée de bœuf et chez le porc ladre, un nouveau parasite qui, d'après lui, serait un embryon de tænia. Ce parasite n'est pas nouveau, comme le croit l'auteur: car il est connu, depuis 1837, sous le nom de *corpuscule* ou d'*utricule de Miescher* ou *de Raincy*, et a été rencontré déjà, non seulement dans la viande de bœuf et de porc très sains, mais aussi chez le mouton, le lapin et le cheval. Mais, ce qui est nouveau, c'est l'assertion que ce parasite est une larve de tænia. Ainsi s'expliquerait la nocuité de la viande de bœuf crue, relativement au développement du tænia, viande où, malgré les recherches les plus persévérantes, on ne trouve que très exceptionnellement, en Europe, des cysticerques inermes; et cependant en Europe le *tænia mediocanellata* est dix fois plus fréquent que le tænia armé. Notons que la ladrerie du porc est tout aussi fréquente dans nos pays, et qu'il est très facile de la constater dans la viande de cet animal.

— M. *Mathias Duval* insiste sur les rapprochements à établir entre le processus de formation des spermatoblastes chez quelques invertébrés et chez les batraciens: les différences sont plus apparentes que réelles. L'une de ces différences consisterait en ce que, chez la grenouille, l'ovule mâle ne se transforme pas, comme chez l'hélix, en une grappe de spermatoblastes, pour donner lieu ultérieurement à la formation du faisceau de spermatozoïdes. En effet, chez l'hélix, l'ovule mâle présente aussi à un moment donné la forme de cellule multinucléaire, et seulement ensuite chacun de ces noyaux correspond à un bourgeon qui fait saillie et s'isole en se pédiculisant, à la surface externe de l'élément transformé ainsi en une grappe. Chez la grenouille, on retrouve d'abord cette cellule multinucléaire; mais les proportions qu'elle prend, le nombre de noyaux qu'elle acquiert, sont si considérables, et l'espace de temps pendant lequel on l'observe sous cette forme est d'une durée telle, que cet élément a dû, pour la commodité de la description, recevoir à un moment donné un nom particulier, celui de *kyste sper-*

matique. Quant à la grappe que forme bientôt cet ovule multinucléaire de l'hélix, elle résulte d'une individualisation du protoplasma autour de chaque noyau sous forme d'un bourgeon saillant à la surface extérieure. Chez la grenouille, cette individualisation se produit aussi, mais la surface du kyste spermatique reste irrégulière ; il n'y a pas de saillies extérieures : c'est dans l'intérieur même de la cellule kystique que se fait le groupement du protoplasma, en traînées dont chacune correspond à un noyau : on peut donc dire que la grappe de spermatoblastes est ici intérieure. Le mode de groupement des noyaux et d'individualisation du protoplasma autour de ceux-ci présente donc des différences frappantes, quant à la forme chez les invertébrés et les vertébrés étudiés par M. Duval, mais ces différences sont insignifiantes quant à la morphologie générale.

— M. *Laffont* a été amené par la suite naturelle des recherches qu'il a faites en commun avec M. Jolyet, sur les filets nerveux vaso-dilatateurs contenus dans les branches du trijumeau, à soumettre à un contrôle minutieux une assertion émise récemment par MM. Dastre et Morat : ces auteurs ont affirmé l'existence, dans les branches du premier ganglion thoracique qui aboutissent au ganglion cervical inférieur, de filets vaso-dilatateurs pour les muqueuses de la lèvre et de la joue. M. Laffont a répété les expériences qui avaient amené M. Dastre et Morat à ces conclusions et croit pouvoir en fournir une interprétation tout autre. Pour lui les phénomènes observés sont de nature réflexe et n'ont aucun rapport avec la présence de fibres vaso-dilatatrices dans les branches du premier ganglion thoracique. On n'observe plus, en effet, la vaso-dilatation en excitant les nerfs indiqués si on a, au préalable, arraché le bouquet nerveux quit raverse le trou déchiré postérieur (pneumo-gastrique, glosso-pharyngien et spinal) : il est donc probable que le réflexe vaso-dilatateur s'opère par l'un de ces trois nerfs sur la muqueuse qui reçoit les branches du trijumeau, et, d'après les notions anatomiques, ce serait au glosso-pharyngien qu'il faudrait attribuer le rôle de conducteur centrifuge dans le réflexe vasculaire qui a pour point de départ les branches sensibles du sympathique cervico-thoracique. D'autre part, quand on a fait depuis vingt jours la section du sympathique au cou, si on vient à exciter le bout périphérique du maxillaire supérieur, on observe, tout aussi nettement que quand le sympathique est intact, les phénomènes de vaso-dilatation : donc les filets du cordon cervical ne sont pour rien dans la production de ce phénomène vasculaire.

F. F.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU

Substances esthésiogènes : M. Dujardin-Beaumetz. — Bains galvaniques : M. C. Paul. — Lavage de l'estomac : M. Dujardin-Beaumetz (discussion).

M. *Dujardin-Beaumetz*, à propos du procès-verbal de la dernière séance, rapporte que M. le docteur Sonues a cherché à expliquer les phénomènes de la xylothérapie par les propriétés électriques notables dont jouit la cellulose, celle du collodion principalement ; ce serait cette substance, ainsi que les résines renfermées dans le bois, qui produiraient les phénomènes esthésiogènes. Le collodion et un certain nombre de résines ont, en effet, ramené la sensibilité chez plusieurs malades anesthésiques observés par M. Dujardin-Beaumetz. La liste des corps esthésiogènes augmente ainsi tous les jours ; qui peut dire où elle s'arrêtera ?

— M. *C. Paul* résume un travail qu'il a présenté à l'Association pour l'avancement des sciences à Reims, sur le traitement du tremblement par les bains galvaniques. L'appareil nécessaire consiste dans une baignoire isolée par un enduit d'émail ou une couche de peinture non métallique, et reliée à une bobine d'induction dans laquelle passe le courant électrique engendré par un seul élément de Bunsen ; les fils conducteurs aboutissent à deux plaques de charbon de cornue fixées dans la baignoire, l'une, le pôle positif, aux pieds du malade ; l'autre, le pôle négatif, derrière son dos ; le courant d'induction traverse ainsi l'eau du bain. Un premier avantage de cette disposition est que les décharges électriques ne passent pas par la tête du malade qui émerge de la baignoire ; il peut, en outre, en tendant une seule jambe ou les deux à la fois vers l'électrode positive, faire traverser par le courant un seul de ses membres inférieurs ou tous deux ensemble ; il en est de même pour les bras ; il peut aussi régler l'intensité du courant dont il ressent les secousses en éloignant ou rapprochant plus ou moins le membre de l'électrode. Le maniement de l'appareil est d'ailleurs extrêmement facile. Le tremblement est parfois un peu excité pendant le bain ; il semble presque toujours augmenté après, mais diminue dans la journée et disparait après un traitement suffisant. M. C. Paul a constamment vu cesser le tremblement mercuriel après vingt-deux à vingt-six bains semblables, et le tremblement alcoolique après six à sept. Dans un cas de paralysie agitante et un autre de sclérose en plaques, le tremblement a été très diminué. Chez un malade atteint de paraplégie *a frigore*, le bain galvanique n'avait amené aucune amélioration : du tremblement consécutif ayant apparu, on reprit ce mode de traitement qui fut bientôt suivi d'une guérison complète. Pour les choréiques, les résultats ont été variables ; ils ont paru négatifs dans l'ataxie.

— M. *Dujardin-Beaumetz* pense qu'il serait profitable pour la science de discuter, au sein de la Société, un procédé thérapeutique qui, depuis quelque temps, s'est généralisé dans les hôpitaux : le lavage de l'estomac. Il désire l'envisager au point de vue du manuel opératoire, des indications et des résultats. Depuis Kussmaul qui, le premier, a préconisé cette opération, on introduisait une sonde rigide dans l'estomac pour en pratiquer le lavage ; aujourd'hui, on se sert d'un tube mou en caoutchouc très flexible percé d'yeux à l'une de ses extrémités et que M. Faucher a substitué à la sonde. A l'huile toujours un peu nauséeuse, M. Dujardin-Beaumetz préfère la glycérine pour graisser le tube, dont l'introduction sera plus facile s'il est d'un peu gros calibre, 1 centimètre de diamètre environ. Pour le faire pénétrer, il suffit d'en placer l'extrémité percée d'yeux au fond du pharynx du malade et de l'engager à faire des mouvements de déglutition ; on voit alors le tube être facilement *avalé*, tandis qu'on le soutient légèrement avec la main ; un point de repère, tracé d'avance à distance voulue, indiquera que l'extrémité est arrivée dans l'estomac. Deux méthodes ont été préconisées : celle du siphon, qui consiste à remplir l'estomac avec le liquide destiné au lavage, au moyen d'un entonnoir adapté à l'extrémité libre du tube élevé au-dessus du niveau de l'estomac, et à le vider ensuite en abaissant rapidement le tube, de façon à amorcer ce siphon élémentaire ; et celle de la pompe, consistant dans l'emploi d'une pompe à deux tubulures permettant, au moyen du jeu d'un robinet à deux voies, d'injecter dans l'estomac le liquide aspiré du récipient, puis d'aspirer le contenu du viscère pour le rejeter à l'extérieur. M. Dujardin-Beaumetz préfère l'usage de la pompe qui permet, par suite de la projection du liquide et du remous circulaire qu'elle produit dans l'estomac, de laver toutes les parois avec beaucoup moins de liquide que n'en exige le siphon ; lorsqu'on emploie ce dernier, on est parfois obligé, pour remplir et laver l'organe dilaté, d'introduire jusqu'à 3 litres d'eau : 600 à 800 grammes suffisent avec la pompe. Il faut toujours commencer par injecter de l'eau dans l'estomac et ne jamais le vider complètement, de peur que la muqueuse, au moment de l'aspiration, ne vienne à s'engager et à être blessée dans les yeux de la sonde. Le meilleur liquide pour ces lavages est l'eau de Vichy naturelle (Haute-

Rive), qu'il est regrettable de voir refuser aux hôpitaux par l'administration de l'Assistance publique; c'est le véritable *pansement* de l'estomac. Dans la gastrite chronique avec dilatation et épaississement des parois, dans la dyspepsie des buveurs, ce traitement est souverain: la guérison marche avec une incroyable rapidité; dans les vomissements incoercibles des hystériques, qui résultent sans doute d'une lésion stomacale développée à la longue par le trouble même des fonctions digestives, on arrive à de très bons résultats. Enfin, dans le cancer, toutes les fois que la sonde pourra pénétrer, il ne faudra pas hésiter à employer les lavages; on ne guérira certes pas le cancer, mais on améliorera l'état du patient qu'on pourra, d'autre part, nourrir avec les solutions de peptones injectées dans le rectum. Dans tous ces cas, on pratiquera le lavage tous les deux jours et même tous les jours.

M. *Bucquoy* rappelle que c'est en 1867 que Kussmaul a, le premier, parlé du lavage de l'estomac, opération qui obtint de suite une grande vogue en Allemagne, où on la pratiquait avec la pompe et la sonde œsophagienne; elle ne fut guère vulgarisée en France que vers 1870. Quelques accidents, tels qu'érosions de la muqueuse gastrique et hémorrhagies, s'étant produits par suite de l'aspiration à travers les yeux de la sonde, on chercha à éloigner la force aspiratrice par l'interposition d'un long tube de caoutchouc intermédiaire; plus tard, on inventa le procédé du siphon; puis M. Foucher, frappé des inconvénients de la sonde rigide, lui substitua, il y a deux ans environ, un tube de caoutchouc flexible de 1m,50 de long que le malade apprend à déglutir avec une grande facilité. On peut répéter les lavages quatre et cinq fois par jour; le graissage du tube est d'ailleurs inutile, il suffit de le mouiller préalablement pour qu'il pénètre sans difficulté. Lorsque le malade a dégluti 65 à 70 centimètres du tube, on est certain d'être arrivé dans l'estomac: il ne reste qu'à introduire le liquide au moyen de l'entonnoir et à amorcer le siphon, ce qui s'obtiendra aisément en pinçant entre les doigts l'extrémité libre du tube avant de l'abaisser; on retirera souvent plus de liquide que l'on n'en a introduit, l'estomac en renfermant déjà une certaine quantité avant l'opération. M. Bucquoy préfère la méthode du siphon à cause des dangers auxquels expose l'aspiration de la pompe; il emploie l'eau de Vichy naturelle, coupée de moitié d'eau, et lave l'estomac avec ce mélange jusqu'à ce qu'il sorte limpide; il pense, du reste, qu'il y a avantage à employer une grande quantité de liquide. Pour lui, les excellents effets de ce lavage sont de retirer de l'estomac les résidus d'un repas antérieur incomplètement digéré, de dissoudre les mucosités qui forment comme un vernis à la surface de la muqueuse et de solliciter, par un véritable traitement *hydrothérapique*, les contractions de la couche musculaire du viscère. Il a employé cette méthode chez une dame atteinte de gastrite avec dilatation, et qui pouvait à peine, malgré le traitement le plus rationnel, digérer deux potages au lait par jour; elle apprit très vite à pratiquer elle-même le lavage de son estomac et n'a cessé depuis deux mois de le renouveler chaque jour; elle peut aujourd'hui digérer tous les aliments en petite quantité et a obtenu une augmentation de poids de 9 livres. Dans les cancers avec rétrécissement pylorique et dilatation stomacale, il a tiré de grands avantages de cette méthode qu'il croit appelée à un précieux avenir par suite de sa facile exécution, de son innocuité absolue et des résultats très sérieux qu'elle procure.

M. *C. Paul* fait remarquer que ce procédé du lavage de l'estomac permettra d'arriver à prendre, pour ainsi dire, la digestion sur le fait; à mieux connaître les transformations subies dans l'estomac par les aliments et le temps qu'elles exigent, et, par suite, à établir sur des bases plus certaines le diagnostic des affections gastriques; qu'en outre, c'est le remède par excellence dans les cas d'empoisonnement par ingestion de substances toxiques.

M. *Féréol* a essayé d'employer ce moyen dans un cas d'empoisonnement par l'opium; mais il a éprouvé les plus grandes difficultés à faire pénétrer le tube jusque dans l'estomac du malade (voy. p. 691).

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Angine de poitrine cardiaque et pulmonaire, paralysie consécutive du nerf pneumogastrique. — Remarques sur les synergies morbides du nerf pneumogastrique, par le docteur H. Huchard.

L'observation qui fait la base de ce mémoire est si intéressante qu'il importe de la rapporter avec quelques détails. Un homme encore jeune (cinquante-deux ans), indemne de toute atteinte franche de maladie constitutionnelle, de toute affection du côté des appareils respiratoire ou circulatoire, et qui avait souffert seulement, de temps à autre, d'accidents dyspeptiques promptement réprimés, est pris subitement, au milieu de la plus parfaite santé et dans le cours d'une conversation, d'une douleur violente, atroce, non pas seulement en arrière du sternum, mais dans toute la poitrine, avec quelques irradiations dans les deux bras et dans le cou. Il se fait transporter chez lui, en proie à une angoisse profonde, et telle qu'il ne peut même proférer une seule parole. M. Huchard le voit quelques heures après; sa figure exprimait l'anxiété la plus vive, la parole était entrecoupée; le malade se plaignait « d'une barre qui l'étouffait, d'une sensation de main et de griffe de fer ». (Ce sont là ses propres paroles.) On n'avait jamais rien trouvé à l'auscultation du cœur. Au moment de la crise on ne constate aucun souffle. C'est au bout de quelques jours seulement que MM. Potain et Huchard reconnaissaient l'existence d'une dilatation cardiaque légère sans lésion des valvules ni de l'aorte. Mais cette dilatation était de date récente, et, loin d'être la cause des accidents angineux, elle en était plutôt l'effet. Quelques jours plus tard, les accidents douloureux firent place à une dyspnée permanente, traversée par des accès paroxystiques de douleur sous-sternale et d'angoisse, avec symptômes du côté de l'estomac (dilatation considérable, presque aiguë de cet organe); du côté du poumon (symptômes de congestion pulmonaire, ou plutôt de congestion bronchique, mobiles dans leur siège ou leur mode d'apparition); du côté du cœur (précipitation extrême des battements cardiaques, dilatation du cœur, quelques lipothymies, fréquence du pouls *sans fièvre*, etc.). On était donc autorisé à conclure de tous ces accidents que l'excitation douloureuse si violente du nerf pneumogastrique avait abouti à l'épuisement paralytique du nerf, absolument comme l'aurait fait une excitation électrique intense et prolongée. Ainsi, deux phases bien distinctes : 1° Une phase d'excitation douloureuse du nerf vague, marquée par des souffrances atroces rappelant absolument celles de l'angine de poitrine; par une sensation de dyspnée, sans augmentation et même plutôt avec diminution du nombre des mouvements respiratoires, etc.; 2° phase consécutive à la première, d'une durée plus longue et marquée par tous les signes de la paralysie du nerf vague. Les traitements les plus variés (chloral, éther, injections morphinées, inhalation d'oxygène, café et eau-de-vie, bromhydrate de caféine, etc.) n'avaient produit aucun résultat. L'électrisation du nerf vague à l'aide de courants induits, pratiquée par M. le docteur Onimus, eut pour résultat d'abaisser la fréquence du pouls et de diminuer la dyspnée; mais le malade succomba rapidement à la suite d'une crise dyspnéique plus violente.

M. Huchard, qui a observé avec beaucoup de soin ce malade et l'a montré à MM. Potain et Péter, discute toutes les questions diagnostiques et pronostiques que l'on peut déduire de

ce fait exceptionnel. Voici les conclusions de ce remarquable travail :

1° Il s'agit d'une angine de poitrine survenue chez un individu indemne de toute lésion cardiaque et aortique, et qui s'est terminée par la mort.

Quoique l'autopsie ait fait défaut, on ne peut conserver aucun doute à cet égard et penser que le malade était atteint d'une de ces lésions de l'aorte qui peuvent évoluer pendant toute la vie d'une façon absolument latente. Mais il n'est pas irrationnel de supposer que les troubles dyspeptiques, liés à un état urémique assez prononcé, trahissaient une origine goutteuse, et que les accidents d'angine de poitrine n'étaient autres que des accidents de goutte larvée. (*Goutte diaphragmatique* de Butter.)

2° L'angine de poitrine s'est terminée par tous les symptômes de la paralysie du pneumogastrique. Or, la paralysie *totale* de ce nerf est extrêmement rare. En dehors des cas cités par les auteurs, dans les affections du bulbe, dans la paralysie diphthéritique, on ne trouve aucune observation semblable dans le cours d'une angine de poitrine.

3° L'excitation électrique du pneumogastrique, loin d'amener des accidents, comme on l'a craint avec exagération, a été suivie pendant plusieurs jours d'un amendement considérable dans les symptômes cardiaques et pulmonaires.

4° Dans les insuffisances aortiques d'origine artérielle, par aortite, les accidents de névrite sont souvent caractérisés par des phénomènes de parésie du pneumogastrique, d'où l'indication thérapeutique d'avoir recours, dans ces cas, à l'électrisation par les courants continus ou induits.

5° Certains accidents gastriques et hépatiques (dilatation de l'estomac, accès de gastralgie ou d'hépatalgie, etc.) sont dus, dans quelques insuffisances aortiques, à l'inflammation du plexus cardiaque, et surtout des filets gastriques. Il en résulte qu'on doit admettre des angines de poitrine frustes, dans lesquelles la douleur cardiaque avec ses irradiations peut faire défaut, pendant un temps indéterminé, pour être remplacée par des accès de dyspnée ou de gastralgie, signes d'irritation des filets gastriques et pulmonaires du nerf vague.

En résumé, l'angine de poitrine peut avoir, assez longtemps avant l'apparition des symptômes douloureux qui la caractérisent, un début *stomacal* (accès de gastralgie, flatulences, dyspepsie, etc.); un début pulmonaire (accès de *dyspnée*, etc.).

Pour d'autres affections, les *synergies morbides* du nerf pneumogastrique sont aussi des plus évidentes. Comme exemples, nous citerons : la *phthisie pulmonaire*, où l'irritation des derniers ramuscules du nerf par les granulations, la compression du tronc nerveux par les ganglions bronchiques augmentés de volume, peuvent donner lieu, dans les deux autres territoires nerveux, à des accidents plus ou moins accusés (vomissements, palpitations, etc.); la *dyspepsie*, qui peut avoir son retentissement sur le territoire du pneumogastrique pulmonaire, pour produire des accès de dyspnée parfois violents, et aussi sur le territoire du pneumogastrique cardiaque, pour produire des palpitations, des syncopes (*forme syncopale* de la dyspepsie), et cela en l'absence de toute cause mécanique.

6° L'angine de poitrine doit être considérée comme un des éléments de la névralgie du pneumogastrique, ou pneumogastralgie, — mot ancien employé, dès 1826, par Téallier, — qui peut se manifester par des symptômes gastriques, pulmonaires ou cardiaques, suivant les filets nerveux atteints. (*Union médicale*, 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pharmacie galénique, par M. le docteur A. Edme Bourgoin. — Paris, 1880, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'ancienne division de la pharmacie en pharmacie galénique et en pharmacie chimique peut être conservée, à la condition de ne pas entendre par *pharmacie galénique* la polypharmacie des anciens, mais bien l'ensemble des médicaments préparés spécialement dans les officines. La pharmacie chimique comprend, dès lors, l'étude chimique des médicaments simples ou composés, mais toujours bien définis : corps simples, acides, oxydes, sels, alcaloïdes, etc.; la pharmacie galénique, celle des poudres, des potions, des pommades, etc. Il n'est point nécessaire d'insister, pour faire comprendre la nécessité de bien définir aujourd'hui, ainsi, du reste, que l'a fait M. Bourgoin, le terme dont il s'est servi pour spécifier, par son titre, l'ouvrage qu'il vient d'écrire. Ainsi entendue, en effet, la pharmacie galénique ne se désintéresse pas de la chimie, non plus que de la théorie pharmacologique. Bien au contraire, elle recherche ce qui, dans les préparations exécutées par les pharmaciens, peut être recommandable, quelles sont les précautions à prendre pour garantir la conservation et l'inaltérabilité du remède, quels sont les procédés qui peuvent faciliter son absorption. Un livre de ce genre, bien que surtout pratique, est donc non moins digne de l'attention de ceux qui s'occupent de science. Il doit résumer avec fidélité l'état actuel de nos connaissances en matière médicale et en pharmacologie; il faut qu'il puisse répondre à toutes les questions que peut se poser l'élève ou le maître en pharmacie, lorsqu'il doit choisir, pour exécuter une formule, le procédé le plus commode et le plus sûr. Tel est le but que s'est proposé M. Bourgoin en écrivant un traité destiné surtout à la jeunesse des écoles de médecine et de pharmacie. Tel est le résultat qu'il a atteint. Cet ouvrage se divise en trois parties. La première est consacrée à l'étude des généralités du sujet : objet de la pharmacie, définition du médicament, appréciation de l'allopathie et de l'homœopathie; puis à la description des opérations pharmaceutiques indispensables à connaître pour confectionner les médicaments. La seconde partie comprend l'énumération de tous les médicaments internes, parmi lesquels l'auteur range les pulpes, les sucs aqueux, les médicaments obtenus par solution (hydrolés, alcoolés, éthérolés, œnolés, acétolés, brutolés), puis les médicaments obtenus par distillation (hydrolats, huiles essentielles, alcoolats), les médicaments obtenus par évaporation (extraits, résines et baumes); les saccharolés et les médicaments anomaux, parmi lesquels il classe les pilules, les granules, etc. Un troisième livre étudie les médicaments externes : corps gras, onguents, emplâtres, sparadraps, cataplasmes, suppositoires, lavements, etc. Un appendice résume, sous forme de documents complémentaires, les notions relatives aux équivalents, à l'évaluation des mesures dont on peut se servir en pharmacie, aux coefficients de dilatation, points de fusion, températures d'ébullition, etc. On comprendra, sans peine, combien il serait difficile d'analyser avec quelques détails un ouvrage de ce genre. Le nom de son auteur suffit d'ailleurs à en affirmer la valeur. Nous ne ferons donc, en parcourant ce beau volume, que quelques courtes remarques.

L'introduction, consacrée à l'étude de l'objet de la pharmacie et du médicament, établit, en termes très précis, que la science et, en particulier, les sciences physiques, chimiques et naturelles sont indispensables au pharmacien. M. Bourgoin déclare que l'art, cependant, a la prééminence sur la science : car il lui pose des problèmes que celle-ci est appelée à résoudre. Il cite, à ce propos, divers exemples qui prouvent que l'expérience avait depuis longtemps proclamé l'utilité ou les dangers de certaines préparations médicamenteuses, alors que la science est venue expliquer pourquoi ces préparations

étaient avantageuses ou nuisibles. Il en conclut que la science et l'art sont indispensables, et que l'on ne peut diviser la pharmacie en pharmacie théorique et pharmacie pratique. Nul ne contestera la sagesse de ces principes; mais, ce que l'on regrettera peut-être, c'est de n'avoir point lu, dans cette introduction si bien pensée et si bien écrite, une protestation contre les tendances actuelles de la pharmacie *pratique*. Le livre de M. Bourgoin est tout entier consacré à apprendre aux pharmaciens et aux élèves ce qu'il est indispensable de connaître pour arriver à bien préparer les médicaments. Mais, parmi les pharmaciens qui liront et étudieront ce livre, combien en est-il qui ne céderont pas à la tentation de se borner à acheter des spécialités plus ou moins avantageuses, au lieu de s'appliquer à faire recueillir, à conserver, puis à préparer eux-mêmes, avec tous les soins nécessaires, les médicaments qui leur seront demandés? Ce ne sont point la science et l'intelligence qui leur feront défaut; mais il devient plus difficile, chaque jour, de consacrer son temps et sa peine à la préparation des substances qu'il est si aisé de se procurer toutes prêtes pour la vente en s'adressant aux industriels qui savent les faire adopter, grâce à de pompeuses réclames. M. Bourgoin, qui a si bien montré que la doctrine homœopathique « se réduit en somme à la médecine stahlienne ou expectative, avec la grandeur en moins et le charlatanisme en plus », n'a pas fait allusion à cette tendance fâcheuse de la médecine et de la pharmacie modernes, qui consistent à réduire de plus en plus le rôle du pharmacien et à l'obliger, pour ne point se ruiner, à renoncer à la préparation du plus grand nombre des médicaments. Il est vrai que son livre tout entier, par le soin même avec lequel sont décrites les diverses préparations que l'on peut exécuter dans une officine, proteste contre cette tendance que nous avons déjà si souvent condamnée. La pharmacie bien comprise est un art et une science. Aussi, que de précautions il faut prendre pour être assuré de répondre avec quelque précision aux indications que donne une formule! Citons quelques médicaments souvent employés. Voici la digitale : elle doit, dit M. Bourgoin, être recueillie pendant la seconde période de sa végétation, c'est-à-dire la seconde année, alors qu'elle renferme surtout de la digitaline cristallisée. Les feuilles, desséchées à une étuve sèche, doivent être réduites en poudre, les nervures étant soigneusement écartées; l'infusion de cette poudre doit être faite avec de l'eau dont la température ne dépasse pas 60 à 80 degrés. Si l'on n'emploie point ces précautions, on n'obtient qu'une préparation inefficace, alors qu'il devient nécessaire d'exercer une action antipyrétique ou d'agir sur le cœur. M. Bourgoin rappelle que les homœopathes ont pu rendre quelques services à la pharmacie en remettant en honneur les médicaments simples et en faisant mieux connaître les alcoolatures. Mais n'est-il pas démontré que l'alcoolature de racine d'aconit est seule efficace et que l'alcoolature de feuilles est des plus variables quant à son action? Le pharmacien, sans doute, peut ignorer ces différences dans l'effet thérapeutique, s'il considère son rôle comme terminé lorsqu'il aura préparé une potion en suivant les indications qui lui sont fournies. Mais s'il a le souci de perfectionner les procédés qui lui permettent d'aider le médecin dans ses tentatives thérapeutiques, il devra, au contraire, s'appliquer à bien connaître le mode d'action et l'activité des substances qu'il prépare. C'est en étudiant avec soin le livre dont nous venons de lire les principaux chapitres qu'il arrivera à se mettre en mesure de bien préparer les médicaments les plus complexes. C'est en se tenant au courant des études de thérapeutique appliquée qu'il saura trouver de nouveaux médicaments ou, tout au moins, de nouveaux procédés pour rendre plus efficaces les médicaments officinaux. Tout ce qui a été réalisé au point de vue du perfectionnement de la préparation des substances pharmaceutiques se trouve exposé dans le livre de M. Bourgoin. Nous ne doutons donc pas de son succès et nous faisons des vœux pour qu'il inspire, à tous ceux qui auront à l'étudier, le goût des recherches de physiologie thérapeutique également profitables à la science et à la pratique.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Obsèques de Peisse. — Les obsèques de ce savant si regretté ont eu lieu mardi dernier, au milieu d'un grand concours d'assistants, où étaient spécialement représentés les corps savants et sociétés savantes dont le défunt faisait partie. Le corps a été conduit directement de la maison mortuaire au cimetière Montmartre, où, après des discours de MM. Caro, au nom de l'Académie des sciences morales et politiques; J. Guérin (que Peisse avait activement servi dans ses négociations avec M. Pasteur), au nom de l'Académie de médecine; Motet, au nom de la Société médico-psychologique, et M. le secrétaire de l'École des beaux-arts, au nom de cette École, un ministre protestant a prononcé sur la tombe une allocution émouvante, où bien des amis intimes de Peisse, tels que nous-même, ont appris que, né dans le catholicisme, il avait embrassé assez récemment le protestantisme dans sa nuance libérale.

La maison dite mortuaire (11, rue des Beaux-Arts), sur les billets d'invitation, n'est pas celle où Peisse a succombé. Son ami, M. Bourjeaud, l'avait reconduit, après le dîner, dans un bureau d'omnibus voisin, et c'est là qu'il s'est affaissé tout à coup et a expiré.

Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1880, par M. le docteur Passant :

Ier arrondissement : hommes, 20; femmes, 20; enfants, 4; total, 44.
IIe arrondissement : hommes, 12; femmes, 31; enfants, 2; total, 45.
IIIe arrondissement : hommes, 35; femmes, 28; enfants, 9; total, 72.
IVe arrondissement : hommes, 28; femmes, 46; enfants, 19; total, 93.
Ve arrondissement : hommes, 24; femmes, 38; enfants, 9; total, 71.
VIe arrondissement : hommes, 28; femmes, 22; enfants, 7; total, 57.
VIIe arrondissement : hommes, 13; femmes, 16; enfants, 4; total, 33.
VIIIe arrondissement : hommes, 7; femmes, 11; enfants, 2; total, 20.
IXe arrondissement : hommes, 23; femmes, 34; enfants, 4; total, 61.
Xe arrondissement : hommes, 21; femmes, 47; enfants, 3; total, 71.
XIe arrondissement : hommes, 59; femmes, 81; enfants, 29; total, 169.
XIIe arrondissement : hommes, 22; femmes, 32; enfants, 11; total, 65.
XIIIe arrondissement : hommes, 18; femmes, 45; enfants, 18; total, 81.
XIVe arrondissement : hommes, 43; femmes, 42; enfants, 22; total, 107.
XVe arrondissement : hommes, 44; femmes, 51; enfants, 19; total 114.
XVIe arrondissement : hommes, 6; femmes, 9; enfants, 6; total, 21.
XVIIe arrondissement : hommes, 47; femmes, 55; enfants, 15; total, 117.
XVIIIe arrondissement : hommes, 40; femmes, 61; enfants, 13; total, 114.
XIXe arrondissement : hommes, 38; femmes 30; enfants, 14; total, 82.
XXe arrondissement : hommes, 43; femmes, 67; enfants, 23; total, 133.

Pour les vingt arrondissements : 571 hommes; 766 femmes; enfants au-dessous de trois ans, 233; soit, au total, 1570.

La moyenne des visites par nuit est de 17. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier elle était de 14.

Visites du troisième trimestre de 1879, 1273. Visites du troisième trimestre de 1880, 1570. Différence en plus, 297.

Les hommes entrent dans la proportion de 36 pour 100; les femmes de 49 pour 100; les enfants au-dessous de trois ans, de 15 pour 100.

Les affections qui ont nécessité le plus souvent la visite de nuit sont : les angines et laryngites (79), le croup (43), les bronchites (42), les pleuro-pneumonies (32), les diverses affections gastro-intestinales (156), la cholérine (76), la colique hépatique (67), les accouchements (90), les affections cérébrales (87), les convulsions (65), les névralgies (63), les névroses (82), les affections éruptives (51), la fièvre typhoïde (43), les hémorrhagies (89), les plaies et contusions (71). 51 sujets étaient morts à l'arrivée du médecin.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris.— Concours public pour la nomination à deux places de médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse-Hommes (Bicêtre) et à l'hospice de la Vieillesse-Femmes (Salpêtrière). Ce concours sera ouvert le mercredi 1er décembre 1880, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration générale de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 30 octobre, et sera clos le lundi 15 novembre 1880, à trois heures.

Traitement a domicile. — MM. les médecins du XIe arrondissement sont prévenus que, le samedi 30 octobre, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de quatre médecins. Le scrutin sera ouvert à midi et finira à quatre heures.

École de médecine de Tours. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques s'ouvrira le 15 mai 1881 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Légion d'honneur. — M. le docteur Michel (Jean-Baptiste-Adrien), médecin à Paris, vient d'être nommé chevalier. Services rendus dans les ambulances pendant le siège de Paris. Médecin militaire de 1844 à 1850. Titres exceptionnels.

Service de santé militaire. — Par décret du Président de la République, en date du 11 octobre 1880, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, M. Sablé (Prudent-François-Marie), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

Cours préparatoires aux examens de médecine, fondés par les docteurs V. Galippe, ancien chef de laboratoire des hautes études à l'Ecole de pharmacie; H. Beauregard, docteur ès sciences naturelles, et G. Bardet, lauréat de la Faculté. — *3e et 4e de doctorat* (ancien régime). *1er de doctorat* (nouveau régime). Chimie, Physique, Histoire naturelle, Thérapeutique, Matière médicale, Hygiène et Médecine légale. — Laboratoires de chimie et d'histologie, cabinet de physique, collection d'histoire naturelle pour la préparation aux épreuves pratiques.

Pour répondre aux exigences des nouveaux programmes, ainsi qu'aux tendances actuelles de la Faculté, l'enseignement donné aux élèves aura un caractère essentiellement pratique. Les expériences et les leçons de choses occuperont la première place dans l'enseignement de la physique, de la chimie et de la matière médicale. Dans ce but, les cours sont pourvus de tout ce qui est nécessaire, non seulement pour la démonstration expérimentale, mais encore pour que l'élève puisse se familiariser avec l'usage de certains instruments et avec la pratique des recherches élémentaires de chimie et de micrographie, connaissances indispensables autant pour les examens que pour l'exercice de la médecine.

Aux cours préparatoires seront annexés : 1° un cours de chimie biologique élémentaire (chimie clinique, urologie); 2° un cours de micrographie pratique (éléments d'histologie, anatomie pathologique). Ces exercices pratiques auront une durée d'un mois. Des instruments de chimie et des microscopes seront mis à la disposition des élèves.

Hôpital de Lariboisière. — M. le docteur Léon Labbé, chirurgien de cet hôpital, reprendra ses leçons et opérations le mardi 26 octobre, à neuf heures, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris (41e semaine, du vendredi 8 au jeudi 14 octobre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants.— Nombre total des décès : 932, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 28. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 34. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 2. — Méningite (tuberculeuse et aiguë), 39. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon, 46; au sein et mixte, 42; inconnu, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 89; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 63; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 41e semaine. — Au lieu des 849 décès (et non 840, comme l'a écrit le typographe à la 3e page) relevés dans la dernière semaine (40e), nous en avons 932 en cette 41e semaine, c'est une augmentation sensible de 83 décès. Mais ce sont les affections chroniques (et principalement la tuberculose) qui ont le plus contribué à cet excédent, puis quelques maladies locales. De leur côté, les décès enfantins par athrepsie ont aussi un peu diminué (92 au lieu de 99 de la 40e semaine), mais, en réalité, c'est l'excédent de 37 décès par tuberculose, et celui de 22 par autres affections générales qui ont surtout déterminé le mouvement de hausse relaté ci-dessus. On peut donc dire que l'état général continue à être bon.

En outre, on pourra constater un centre remarquable de variole qui depuis deux semaines se forme et se développe dans le quartier de la Roquette. On notera encore que la garnison de Paris continue à être affranchie des sévices de la variole, et que, contrairement à ce qu'elle a présenté pendant les cinq ou six premiers mois de l'année, elle ne paye qu'un tribut très restreint à la fièvre typhoïde; c'est que, m'ont affirmé les personnes compétentes, l'attention de l'administration militaire ayant été appelée sur cet état douloureux, des mesures ont été prises, et la presque disparition de l'épidémie a suivi. Au sujet des décès des nouveau-nés, toujours si nombreux et par suite si importants à étudier, je continuerai à faire observer (faute de meilleure analyse) la proportion si élevée des décès enfantins parmi les nouveau-nés nourris exclusivement au biberon. Cette semaine, ils offrent un chiffre de décès presque aussi élevé que celui fourni par les enfants nourris au sein.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président*; BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 28 octobre 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La place nous fait défaut pour nous occuper ici de la dernière séance de l'Académie de médecine, qui a été particulièrement intéressante. Nous ne le regrettons pas : nous n'aurions pas donné sans quelque inquiétude une appréciation des remarquables communications de MM. Fournier, Pasteur et Rochard, avant d'avoir pu en prendre pleine connaissance dans le *Bulletin*. Mais nous comptons revenir sur cette séance dans notre prochain numéro.

Disons seulement aujourd'hui que M. Pasteur a livré le *secret* des procédés par lesquels il obtient le *virus atténué* dont il se sert dans ses expériences sur le choléra des poules.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

DU LAVAGE DE L'ESTOMAC DANS QUELQUES MALADIES DE CET ORGANE ET PRINCIPALEMENT DANS LA DILATATION DE L'ESTOMAC, par M. le docteur BUCQUOY, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Cochin.

(Suite. — Voyez le numéro 43.)

II

L'observation rapportée dans l'article précédent nous conduit à entrer dans quelques détails relativement à la dilatation de l'estomac, à laquelle a été surtout appliquée la méthode du lavage.

Les causes qui peuvent déterminer l'ampliation morbide de l'estomac sont nombreuses et variées. Nous ne reviendrons pas sur deux des plus importantes : le rétrécissement du pylore et l'ulcère de l'estomac ; elles ont fait l'objet d'une étude spéciale dans la première partie de ce travail.

La dilatation ne reconnaît pas toujours pour cause des altérations évidentes, comme dans le cas précédent. Tantôt on observera une distension momentanée, véritable pneumatose gastrique, comme celle qui survient si fréquemment dans les maladies nerveuses, et en particulier chez les hystériques.

D'autres fois, ce seront des dilatations plus persistantes, dues, par exemple, à la surcharge alimentaire habituelle à laquelle les gros mangeurs soumettent leur estomac : tout le monde connaît les résultats de l'autopsie de Louis XIV et les dimensions excessives de son estomac.

Les nombreuses variétés de la dyspepsie dite *atonique* offrent également des dilatations consécutives. C'est précisément à cause du peu de résistance de la fibre musculaire que cette espèce de dyspepsie est ainsi désignée. Dans ces cas, les lésions, quand elles existent, sont peu marquées, elles passent même souvent inaperçues, et l'on se contente d'invoquer un trouble fonctionnel comme cause des symptômes observés. Le trouble fonctionnel existe, en effet, et consiste dans les modifications importantes que subissent les sécrétions de la muqueuse. Mais ces modifications dans les sécrétions sont elles-mêmes la conséquence d'une irritation plus ou moins persistante du système glandulaire, véritable état inflammatoire de cette muqueuse, aujourd'hui bien défini et désigné sous le nom de *catarrhe chronique de l'estomac*.

Entre le catarrhe chronique et la paralysie musculaire qui produit la dilatation stomacale, il y a rapport de cause à effet. Quoique les inflammations catarrhales des muqueuses n'agissent pas d'une manière aussi rapide et aussi évidente que les inflammations aiguës des séreuses, pour paralyser les fibres musculaires qui les enveloppent, leur action n'est pas moins certaine. On peut, avec Duplay, montrer comme exemple

FEUILLETON

La Médecine publique dans l'antiquité grecque.

(Suite. — Voyez le numéro 43.)

Si l'on sait à peu près d'où venait le salaire du médecin public, on ignore à quel chiffre approximatif il se montait. M. Vercoutre le croit très modique, arguant de trois vers du *Plutus* d'Aristophane (vers 406, 407, 408), desquels on devrait conclure « expressément » que la pratique médicale était mal payée ». Mais il peut rester quelque doute sur le sens vrai de ce passage. A la demande d'introduire un médecin, un personnage répond : « Quel médecin est *actuellement* (νῦν) dans la ville? car il n'y a ici ni profit ni art (ουτε γὰρ ὁ μισθὸς οὐδὲν ἔστ' οὔθ' ἡ τέχνη). » On voit que la remarque de Chremylus (c'est le nom du personnage) pourrait s'appliquer à des circonstances transitoires. Il est à présumer que dans un pays où la médecine, bien qu'interdite aux esclaves, était tombée très bas dans l'estime publique (Hippocrate s'en plaint), et où beaucoup de médecins bravaient le discrédit (voy. *la Loi*, § 1), la pratique de l'art ressemblait souvent à un commerce, et comportait de grandes inégalités dans le prix des soins médicaux. En tout cas, le passage cité d'Aristophane ne fournit qu'un éclaircissement bien faible et bien indirect sur ce que pouvait être le traitement d'un médecin public.

Mais une indication quelque peu précise est fournie par l'exemple de ce Démocède de Crotone, cité par M. Briau et par nous et rappelé par M. Vercoutre. Le médecin public, qui recevait à Egine 1 talent (un peu moins de 6000 francs), fut attiré à Athènes par l'appât d'un traitement de 100 mines (environ 11 000 francs), et vint enfin à Samos, où Polycrate lui assura 2 talents. Les deux derniers traitements étant évidemment le prix d'une célébrité acquise, on pourrait re-

l'influence du catarrhe chronique de la vessie sur la paralysie de cet organe, chez le vieillard.

C'est, du reste, sur le fait de l'irritation chronique de la muqueuse stomacale et sur le rôle que joue cette irritation chronique dans le développement des phénomènes paralytiques, que Kussmaul a fondé son traitement de la dilatation de l'estomac au moyen de la pompe. La même opinion se trouve reproduite par tous les pathologistes allemands. Oppolzer en particulier, qui considère aussi le catarrhe chronique de l'estomac comme une cause fréquente de sa dilatation, admet qu'avec les distensions gazeuses passagères il n'y a que dilatation par simple affaiblissement des fibres musculaires, tandis que, sous l'influence de l'irritation chronique, ces fibres subissent des altérations consécutives. Toutes ces données étiologiques trouveront leur application lorsque viendront se poser les indications thérapeutiques.

La dilatation de l'estomac, quoique souvent classée parmi les maladies de ce viscère, n'est, à vrai dire, que le phénomène secondaire d'un certain nombre d'états pathologiques. Cependant, à cause de l'importance des symptômes qui s'y rattachent, et même des indications qu'elle peut fournir, on lui donne ordinairement une place à part dans le cadre nosologique, et on en décrit les signes et les symptômes.

Ces symptômes sont : de la pesanteur et des douleurs sourdes, surtout après le repas et l'ingestion des boissons ; pendant le travail de la digestion, des contractions stomacales, douloureuses ou non, s'accompagnant de nausées, de régurgitations de liquide et même d'aliments, avec abondante production de gaz. Le malade accuse des sensations de brûlure à l'estomac et le long de l'œsophage ; il éprouve aussi des sentiments de frisson et de froid.

Peu à peu, les liquides s'accumulent après le repas dans l'estomac ; paraissent alors les vomissements. Ceux-ci, comme chez le malade de notre observation, se répètent d'abord dans les quinze jours, puis tous les huit jours, enfin tous les jours. Leur abondance est souvent hors de toute proportion avec la quantité des aliments et des boissons ingérés. Il n'est pas rare qu'on en rende 2, 3 et 4 litres par jour. M. Leven cite des cas où la quantité de matières vomies s'est élevée à 8 et 10 litres par jour.

Ces vomissements sont formés par des liquides, rarement ils sont alimentaires. Ces liquides, de couleur et de consistance variables, ont ordinairement une odeur aigre ou rance des plus désagréables. La surface des matières vomies est quelquefois couverte d'une couche verdâtre de conferves que Rilliet compare à celle des eaux vaseuses. On y trouve aussi le *Sarcina ventriculi*, considéré à tort par quelques auteurs comme la cause de cette affection stomacale.

Quoique les vomissements soient rarement alimentaires, dans les liquides se trouvent mélangés des aliments indigérés dont on peut reconnaître la nature et qui ont séjourné plusieurs jours dans l'estomac.

Comme dans la plupart des dyspepsies, les selles sont rares et peu abondantes.

A ces symptômes locaux répondent des signes qui facilitent beaucoup le diagnostic de la dilatation de l'estomac.

Les résultats fournis par l'examen de l'abdomen varient suivant que l'organe est en état de réplétion ou vide. L'estomac dilaté soulève la région épigastrique de manière à former une saillie qui s'étend jusqu'au-dessous de l'ombilic. On peut circonscrire alors, à la palpation, une tumeur arrondie, assez régulière et peu résistante, dont les limites, partant de l'hypochondre gauche, se portent vers l'épine iliaque du même côté, et remontent, en décrivant un arc de cercle, vers l'hypochondre droit.

La position donnée au malade modifie aussi les résultats de la percussion. Les gaz se rendant vers la partie la plus élevée et les liquides dans les parties déclives, si le malade est debout, on trouvera une sonorité tympanique en haut de l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, tandis que plus bas une ligne de matité établira une démarcation entre cette sonorité exagérée et le son intestinal. Si, au contraire, il est couché, la sonorité tympanique répondra au relief de la tumeur, et il sera plus difficile de déterminer les limites de la matité qui la circonscrit en bas.

Le son clair donné par la percussion dans la dilatation stomacale prend souvent un timbre argentin, bruit hydroaérique résultant de la présence de gaz et de liquides, dont les malades perçoivent très facilement le déplacement. Le bruit de gargouillement et de glouglou produit par leur collision est également obtenu par le médecin en pratiquant la succussion. On entendra bien le bruit de glouglou si on fait boire le malade pendant qu'on tient l'oreille appliquée sur l'estomac dilaté.

Outre les symptômes locaux et les signes de la dilatation stomacale, nous avons aussi des symptômes généraux importants à noter. Il en est qui résultent de la dyspepsie ellemême ; je ne m'arrête qu'à ceux qui sont la conséquence plus immédiate de la dilatation de l'estomac.

Quelle que soit sa cause, lorsque cet état pathologique persiste, non seulement les digestions sont laborieuses et imparfaites, mais, au bout d'un certain temps, l'appétit lui-même arrive à se perdre et l'alimentation devient difficile et insuffisante. Il résulte de ces causes multiples un amaigrissement souvent considérable ; le facies du malade est alors si profondément altéré qu'on a peine à se défendre de l'idée d'une cachexie liée à une affection organique de l'estomac.

On retrouve, en outre, chez lui, tout cet ensemble de troubles nerveux dont Beau a si bien tracé le tableau : vertiges, points névralgiques, fourmillements, sentiment de défaillance,

---

garder le premier comme une sorte de normale, au moins pour les cités de quelque importance, comme Egine, s'il n'y avait pas à tenir compte des rapports de la monnaie avec les matières vénales.

Quoi qu'il en soit, une inscription grecque, interprétée par M. Carle Wescher, permettrait de supposer qu'un médecin public, fidèle à son devoir et ne recevant pas d'argent des pauvres qu'il avait mission de soigner, était voué lui-même et par cela même à la pauvreté. Un certain Ménocrite, en effet, médecin public, qui paraît avoir vécu très peu de temps après Hippocrate, reçoit de la cité de Bryconte une couronne d'or et d'autres marques d'honneur, pour avoir, pendant plus de vingt ans, soigné *tout le monde* avec zèle et empressement; pour s'être montré irréprochable dans la pratique de son art et dans le reste de sa conduite; pour avoir, enfin, sauvé beaucoup de citoyens sans accepter de salaire, *conformément aux lois et à la justice* (1), et s'être condamné ainsi à la *pauvreté*. Si ce document tend, en effet, à prouver que le traitement de médecin public était assez maigre, on peut aussi induire du haut témoignage de reconnaissance qui vient d'être rappelé, et de quelques autres analogues, que de tels exemples de dévouement, de désintéressement, n'étaient pas communs. M. Vercoutre n'adhère pas à cette remarque, qui est de M. Foucart. Mais au moins reconnaît-il lui-même un peu plus loin (p. 32) que le médecin public trouvait des ressources particulières et « légitimes » dans les dons, soit en nature, soit en argent, offerts par la reconnaissance de riches étrangers, ou par celle de citoyens auxquels l'art médical avait su conserver des esclaves de prix. L'auteur tient en effet pour certain, et non sans raison, que le médecin public, dans un pays où la médecine était exclusivement aux mains de citoyens libres, n'était pas tenu de soigner les esclaves, et qu'il les renvoyait, en cas de maladie, à ceux de ses aides qui étaient

(1) Il est bon de faire remarquer que les mots soulignés ici sont presque entièrement une restitution d'un texte mutilé sur le marbre. Voici ce passage : « .....μ[ι]σθὸν ο[ὐ] δεξάμε[νος ἐν νόμως τε καὶ δικ] αίως.

et surtout l'hypochondrie à tous ses degrés, fatale compagne des dyspepsies invétérées.

Souvent la dilatation de l'estomac est méconnue, non pas tant à cause des difficultés de son diagnostic, que parce qu'on néglige de la chercher.

Il est des cas où l'ampliation est peu considérable et en quelque sorte limitée; c'est du côté de l'hypochondre gauche qu'il faudra surtout chercher la tension et la sonorité exagérées qui la feront reconnaître. On a vu, par contre, des dilatations stomacales tellement énormes qu'elles ont donné lieu à des erreurs de diagnostic incroyables. Tel est le fait de Chaussier, rapporté par Duplay, où la dilatation a été prise pour une ascite et ponctionnée; tels sont aussi les cas de Bonnet et de Jodon, où on avait cru à des grossesses. Il semble, et je le crois volontiers, que des erreurs aussi grossières n'ont été commises que faute d'un examen suffisant; il était bon cependant de les signaler.

Les signes et les symptômes de dilatation stomacale décrits précédemment suffisent, en général, pour la faire reconnaître et même en faire apprécier le degré. Là n'est point la vraie difficulté. Il ne suffit pas de diagnostiquer la dilatation de l'estomac, il est nécessaire encore de savoir quel en a été le point de départ, la cause pathologique; en un mot, à quelle variété de dyspepsie elle appartient.

S'agit-il d'une simple distension par trouble nerveux de l'estomac? Est-elle la conséquence de cet état d'irritation chronique de la muqueuse auquel les pathologistes allemands font jouer un rôle si important? Reconnaît-elle pour cause une affection ulcéreuse de l'estomac, l'ulcère simple en particulier? Enfin, est-elle le résultat, pour ainsi dire, mécanique d'un rétrécissement de l'orifice pylorique?

Nous ne pouvons que mentionner ces questions de diagnostic étiologique, en renvoyant à la partie de ce travail où elles ont déjà été longuement traitées.

Le problème à résoudre, au point de vue pratique, est surtout celui-ci : La dilatation de l'estomac est-elle simple ou consécutive à une affection curable de ce viscère? N'est-elle pas, au contraire, symptomatique d'un cancer stomacal, et, par conséquent, incurable?

Dans bien des cas, la solution est facile; souvent, cependant, elle présente de sérieuses difficultés. Les symptômes ordinaires du cancer de l'estomac peuvent se rencontrer également dans la dilatation. La cachexie, qui survient à la suite de celle-ci; les symptômes qui l'ont précédée : vomissements, éructations acides, anorexie; quelques-uns même des phénomèmes regardés comme pathognomoniques du cancer, comme les vomissements noirs, sont quelquefois observés en dehors de toute affection cancéreuse, et conduisent à des erreurs de diagnostic presque inévitables. La longue durée de la maladie, si ordinaire dans la dilatation simple, n'est pas même une garantie suffisante, car le cancer de l'estomac marche quelquefois avec une certaine lenteur et peut être précédé, ainsi que l'avait remarqué Andral, de dyspepsie pendant plusieurs années.

D'après M. Leven, on pourrait, en suivant le malade et en observant le fonctionnement de l'estomac, juger cette question de diagnostic. Lorsqu'il y a cancer, il ne tolère aucun aliment solide et finit par rejeter même les liquides. Dans les cas de dilatation simple, on arrive facilement, avec le régime, à arrêter les vomissements de liquide et d'aliments, qui sont bientôt conservés et digérés. Si les choses se passaient ainsi, la question serait bien simplifiée; malheureusement, l'expérience de chaque jour vient démentir cette proposition. Le temps n'est peut-être pas éloigné où le lavage méthodique de l'estomac viendra fournir des éléments de diagnostic qui jusqu'ici nous ont fait défaut. Des faits déjà assez nombreux tendent à démontrer qu'au moyen de ce traitement on arrive rapidement, non seulement à amender les symptômes, mais à faire disparaître toute trace de cachexie. N'est-ce pas une excellente preuve, lorsque ces effets sont obtenus, que la dilatation ne reconnaît pas pour origine une affection cancéreuse?

Il est des cas, cependant, où l'erreur de diagnostic ne peut être évitée. Un fait observé par moi en 1876, et rapporté dans une de mes leçons cliniques (*France médicale*, 1877), en est un exemple remarquable.

Un jeune garçon de vingt-trois ans, jusque-là d'une bonne santé, vient à Paris pour se placer comme domestique; au bout de trois semaines, il est pris subitement de malaise à l'estomac et vomit bientôt une certaine quantité de sang pur. A son entrée à l'hôpital Cochin, quelques jours après, je constate, avec les symptômes précédents, une douleur xiphoïdienne et tous les signes d'une dilatation assez considérable de l'estomac.

Le début brusque, l'âge du malade, les hématémèses, ne me permettaient pas de douter que ce jeune homme ne fût atteint d'ulcère simple de l'estomac, et la dilatation persistante me conduisit à lui appliquer le traitement de Kussmaul; l'évacuation des liquides avec la pompe stomacale et les lavages avec de l'eau alcalinisée.

L'amélioration qui suivit ce traitement ne fut que momentanée; l'affaiblissement extrême du malade et la cachexie rapide vinrent démontrer bientôt la nature cancéreuse de la maladie. La mort survint au bout de sept semaines, et l'autopsie confirma ce dernier diagnostic; le pylore était rétréci dans une assez grande étendue : le caractère cancéreux de la lésion était des plus évidents.

(*A suivre.*)

---

eux-mêmes de condition servile. Quand donc il consentait à traiter lui-même un esclave, c'était par convention avec le maître et moyennant rétribution. Nous ne pouvons que mentionner cette opinion. Quant à l'autre source de profits, qui est la munificence des *étrangers*, elle ne paraît guère discutable. Les étrangers, évidemment, ne rentraient pas dans la clientèle officielle du médecin public, qui se trouvait, à leur égard, dans le même état d'indépendance que les autres médecins de la ville.

Le document ci-dessus rappelé, très clair sans doute pour les citoyens de Bryconte, ne l'est pas au même degré pour nous. Ménocrite s'était bien conduit en qualité de médecin public, rétribué par la ville. Cependant le decret commence par le louer d'avoir soigné « *tout le monde* avec zèle et empressement ». Le médecin devait-il donc ses soins gratuits à tous, hormis, les étrangers? L'auteur n'hésite pas à l'affirmer, s'appuyant d'un passage de Suidas qui définit le δημοσιευων : *celui qui soigne les malades gratuitement.* C'est aussi la définition du scoliaste d'Aristophane au vers 1030 des *Acharniens.* Mais si l'on admet l'interprétation de notre confrère, le médecin public de Grèce aurait été différent de celui de Rome, qui était institué seulement au bénéfice des indigents, et auquel la pratique privée et payée n'était pas plus interdite qu'à nos médecins des bureaux de bienfaisance. Cette thèse est-elle plausible? Nous hésitons à le croire. Dire de quelqu'un qu'il distribue des soins gratuits, ce n'est pas dire qu'il les étende et les doive étendre à *tout le monde* sans exception. Nos médecins de charité pourraient être rangés sous la définition des scoliastes; car ce sont des personnes qui dispensent gratuitement leurs soins, ce qui ne les empêche pas d'être en même temps des praticiens libres. A nos yeux, cette expression : *tout le monde*, placée dans un dispositif très général du décret : « *Attendu* que Menocrite... n'a cessé de soigner tout le monde avec zèle et empressement... » pourrait signifier simplement qu'il s'est montré zélé et empressé auprès de *tous* ceux qui l'ont consulté.

Hygiène publique.

Étude sur les causes et les effets des logements insalubres ; par quels moyens peut-on remédier a leur facheuse influence ? mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 5 octobre 1880, par M. le docteur Marjolin (1).

Après avoir exprimé un double regret : d'abord que l'administration de l'Assistance publique se soit contentée d'imprimer les documents qu'elle possédait sur les logements insalubres, sans exercer aucune action sur l'administration préfectorale ; puis, que les Bulletins de statistique *remplis par les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'aient pas été jusqu'ici communiqués au corps médical, M. Marjolin continue ainsi :*

En mettant sous vos yeux le dénombrement officiel des logements insalubres, mon but n'a pas été seulement de vous faire connaître combien il en existait encore, mais aussi de signaler à votre attention ce qu'une longue expérience m'avait prouvé : l'impossibilité et surtout le danger, dans bon nombre de cas, d'une extension trop considérable du traitement à domicile, alors que la misère, l'encombrement, l'humidité, le manque d'air et de lumière, sont la plupart du temps la cause déterminante de la maladie, et que, de plus, on a souvent à redouter la contagion.

Ce n'est pas que je repousse ce système, loin de là ; je crois, au contraire, que, toutes les fois que l'assistance à domicile est possible, elle est préférable aux soins donnés dans les hôpitaux, parce qu'elle ne sépare pas les membres de la famille et qu'elle fournit à l'initiative privée l'occasion de faire un bien moral auquel aucune administration ne saurait prétendre.

Maintenant, d'après ce que nous avons été à même de voir, si nous considérons les résultats de l'assistance à domicile dans les accouchements, nous pensons que, loin de la restreindre, on ne saurait trop l'encourager, attendu que, quelle que soit la misère de la plupart des femmes, et malgré leurs imprudences forcées, la mortalité est pour ainsi dire nulle, surtout par rapport à ce qui s'observe dans les hôpitaux.

Nous ne chercherons pas à expliquer comment il se fait que, dans des conditions aussi fâcheuses, il soit très rare d'observer des couches suivies d'accidents graves ; nous constatons seulement le fait comme très digne d'attention : c'est que la péritonite puerpérale est très rare.

(1) Dans le numéro du 15 octobre, p. 677, à la première colonne, trois noms propres doivent être rétablis de la manière suivante : Marbeau, Th. Roussel et Schœlcher.

Accouchements. Années.	Nombre des accouchements.	Décès survenus dans les 9 jours.	Décès survenus après les 9 jours.	Totaux.
1862......	6 414	16	16	32
1863......	6 839	18	6	24
1864......	6 953	24	28	52
Totaux...	20 206	56	52	108

Dans l'enquête sur les bureaux de bienfaisance publiée en 1874 par M. P. Bucquet, nous trouvons que, dans l'année 1871, sur 9349 femmes accouchées, la mortalité a été de 0,13 pour 100.

Quant à persister à soigner dans de misérables réduits des scrofuleux, des phthisiques, et à interdire l'entrée dans nos hôpitaux aux épileptiques, c'est non seulement une mesure contraire à toutes les règles du bon sens, mais c'est manquer en même temps aux devoirs de l'humanité : car maintenir un malade dans le milieu où son affection a pris naissance, c'est non seulement favoriser son développement, mais au lieu de la guérir, c'est souvent la rendre incurable et même la propager.

Pendant que j'étais chargé du service chirurgical à l'hôpital Sainte-Eugénie, j'ai été tellement frappé de ce que l'on pourrait nommer avec raison l'abus du traitement à domicile, et surtout des graves inconvénients de cette division adoptée dans les hôpitaux d'enfants, d'affections aiguës ou chroniques, sans distinction de la nature de la maladie, médicale ou chirurgicale, que je vous demande la permission de vous faire part de ce que j'ai été à même d'observer, ces faits se rattachant intimement à la question qui nous occupe.

Généralement, dans le monde, on a des idées très fausses sur la nature, la gravité des affections dites chroniques, et, par suite de cette croyance qu'elles sont incurables, ceux qui en sont atteints sont beaucoup trop délaissés. C'est là un fait déplorable que nous ne saurions trop combattre : car c'est vouer à la souffrance et à la mort des malades que l'on aurait sauvés en les traitant en temps opportun, souvent avec le même soin et la même attention que s'il s'agissait d'une maladie aiguë. Ces guérisons sont surtout très fréquentes dans l'enfance, et maintes fois j'en ai eu la preuve en voyant revenir, de Berck et de Forges, de jeunes malades chez lesquels je n'aurais jamais osé tenter une opération, tant leur état me semblait désespéré. Qu'avait-il fallu pour obtenir ces guérisons inespérées ? Se hâter de les tirer de la misère, et, sans s'inquiéter s'ils étaient classés parmi les chroniques, les soumettre au plus vite à un traitement convenable (1).

Ces magnifiques résultats obtenus par le séjour des malades

(1) Ce qui achève d'augmenter la confusion, c'est que sur un assez bon nombre de feuilles d'inscription pour être admis aux chroniques, au lieu de préciser le diagnostic, quelques-uns de nos collègues mettent simplement : Scrofule, ou Scrofule osseuse, ou Carie scrofuleuse, et que plusieurs fois j'ai vu l'Administration tenir compte de ces notes.

Ce n'est pas tout. Suivant l'auteur, un seul médecin municipal était élu pour chaque cité, fût-elle très-populeuse. Un tel fait, s'il était exact, serait de nature à fortifier singulièrement l'objection que nous venons de présenter. Mais ici encore un doute vient à l'esprit, dès qu'on songe qu'à partir de l'époque où l'on possède sur ce sujet des informations détaillées et précises, les documents constatent l'existence de quatorze médecins à Rome (un par région), de sept dans les cités moins grandes, de cinq dans les petites cités. Qu'il n'y en eût qu'un à Bryconte, sorte de bourgade de l'île de Carpathes, que ni Homère, ni Strabon ne mentionnent parmi celles que cette île contenait, rien de plus admissible. Mais on se persuade difficilement qu'il en ait été ainsi même pour Athènes, comme l'affirme M. Vercoutre ; c'est-à-dire pour une cité partagée en huit ou dix régions et dont l'enceinte mesurait, assure-t-on, une trentaine de kilomètres. La tâche de ces médecins était lourde, dit l'auteur ; soit ; mais encore fallait-il qu'elle ne fût pas impraticable. Quant à ce passage du Gorgias, cité plus haut, dans lequel Platon parle au singulier du médecin à élire, il est conforme au langage que nous tenons chaque jour, quand nous demandons qu'on choisisse le *professeur* parmi le plus habiles, ou le *maire* parmi les conseillers municipaux.

Une dernière remarque à ce sujet. Le médecin municipal était issu de l'élection. M. Vercoutre en donne lui-même des preuves décisives. Comment donc, dans une autre partie de son mémoire, rappelant la généalogie de Menocrite, d'après laquelle il serait fils de Métrodore et petit-fils d'Epicharme, déclare-t-il *probable* que tous ces médecins ont été *publics de père en fils*, non parce qu'ils ont pu être élus successivement, mais parce que, la profession médicale étant héréditaire dans certaines familles, l'emploi de médecin public l'a pu être également. Comment l'auteur concilie-t-il cette conjecture avec le fait avéré du mode légalement électif des nominations ? Si ce mode durait, pourquoi cette exception et quel texte la laisse supposer ? S'il était aboli, comment l'a-t-il

dans les deux établissements dont nous venons de parler sont bien faits pour démontrer les avantages du traitement d'un certain nombre de maladies en dehors de nos hôpitaux de Paris, insuffisants aujourd'hui pour la population.

C'est en m'appuyant sur des faits nombreux que je maintiens encore aujourd'hui, comme je l'ai soutenu en 1875 et en 1876 à la Société de chirurgie, que les individus atteints d'affections aussi graves que les abcès symptomatiques de carie vertébrale, les coxalgies ou toute autre arthrite, doivent être admis de suite en chirurgie comme les autres blessés, la première condition pour tâcher de les guérir étant de se hâter de les soustraire à l'influence délétère du milieu où ils se trouvent: car les laisser plus longtemps dans une situation aussi fâcheuse, c'est les rendre incurables, quelquefois même hâter leur fin.

N'est-il pas affreux, en effet, comme je l'ai vu plus d'une fois, qu'une mère, qui a attendu cinq ou six mois l'admission de son enfant à l'hôpital, apprenne, quelques jours après son entrée, qu'il n'y a plus d'autre espoir de salut que dans une amputation? Telle a été souvent, je le répète, la conséquence de cette détestable division d'aigus et de chroniques adoptée dans les hôpitaux d'enfants. Il y a plus, et je puis l'affirmer, ayant eu entre les mains les lettres des parents; parfois la mort avait devancé cette époque si désirée de l'admission à l'hôpital...

On ne se doute pas des conséquences fâcheuses que peuvent avoir les dénominations d'*aigus* et *chroniques*. C'est ainsi que l'on est arrivé, sinon à interdire, du moins à rendre très difficile l'entrée dans les services de médecine aux malheureux phthisiques, et à les reléguer dans leurs familles en leur accordant un secours annuel de 96 francs, soit 8 francs par mois.

Pour subvenir à cette dépense, d'accord avec MM. les délégués des bureaux de bienfaisance, l'administration de l'Assistance consacrait une somme de 100 000 francs. Très probablement, si l'Assistance s'est déterminée, en 1878, à prendre une semblable mesure, fort heureusement abandonnée aujourd'hui, c'est qu'elle y avait été contrainte par le manque de lits dans les hôpitaux; mais avant de prendre ce parti, comment n'avait-elle pas été arrêtée par cette grave considération que c'était, au lieu de faire du bien, s'exposer à propager une maladie aussi meurtrière que commune? Devant la pensée de la possibilité de la contagion, idée aujourd'hui, sinon établie d'une manière certaine, du moins tendant à s'accréditer par suite de faits recueillis par des observateurs consciencieux, n'était-il pas plus sage de chercher un autre moyen plutôt que d'adopter une mesure mauvaise sous tant de rapports?

Les instructions émanant de l'administration de l'Assistance au sujet de l'admission des phthisiques dans les hôpitaux sont tellement singulières que nous avons cru devoir les reproduire :

« A l'égard des phthisiques, ils ne sont généralement déclarés admissibles par les chefs du service de santé que lorsque leur état permet encore d'espérer un traitement efficace; dans le cas contraire, ils sont renvoyés au traitement à domicile et soignés par les médecins de ce service. Mais il peut arriver qu'un phthisique, à la dernière période de sa maladie, n'ayant plus de domicile, ou privé d'une nourriture suffisante et quelquefois de feu, se présente dans un hôpital. Vous devez être averti personnellement, examiner avec soin les circonstances, et vous entendre avec l'un des chefs de service ou avec l'interne de garde, afin que le malade puisse, même sans espoir, recevoir les derniers soins qu'exige sa situation. » (*Division des hôpitaux et hospices; circulaire n° 265. Nouvelles instructions relatives à l'admission et à la sortie des malades; Paris,* 12 *avril* 1867.)

L'esprit de cette circulaire est certainement bien triste; mais lorsque l'on lit la dernière, celle de 1878, et que l'on voit que dans une ville comme Paris, qui renferme un si grand nombre de phthisiques, on en est réduit, pour remédier à l'insuffisance des lits, à renvoyer chez lui, avec 8 francs par mois, un malheureux auquel le médecin a délivré en quelque sorte un certificat d'incurabilité, on se demande s'il n'y a pas des mesures urgentes à prendre pour faire cesser cette situation, et on se prend à répéter ces paroles de Villemain : « Ici comme partout l'œuvre d'humanité est œuvre de politique. » . . . .

Suivent d'intéressantes considérations sur les dangers de la contagion à domicile et sur les moyens à prendre pour la combattre.

Du moment que nous avons entrepris de démontrer les dangers du traitement à domicile des maladies contagieuses ou réputées telles, nous aurions commis une grave omission en ne vous parlant pas d'une affection d'autant plus grave qu'elle se transmet en quelque sorte *de visu*, qu'elle déjoue la plupart du temps la thérapeutique, et que, généralement, les malheureux atteints d'*épilepsie* vivent en quelque sorte entièrement abandonnés.

Leur triste situation m'avait plus d'une fois préoccupé pendant mon séjour dans les hôpitaux; aujourd'hui, l'occasion de pouvoir leur être utile se présentant, je ne veux pas la laisser échapper. Certainement, on a raison de soustraire aux autres malades, et surtout à des enfants, le spectacle si pénible et peut-être dangereux de ces malheureux tombant du haut mal; mais, d'un autre côté, est-il humain, est-il prudent de les laisser à peu près sans soins dans leurs familles, où ils peuvent, non seulement se blesser grièvement, mais encore causer de graves accidents?

Lorsque l'on connaît les instructions et les circulaires administratives concernant les épileptiques, instructions

---

été, dans quelles circonstances, par qui et à quelle date? Mais il n'était pas aboli, et l'auteur recherche lui-même, on le verra tout à l'heure, sous quelle forme l'institution s'est transmise, en se modifiant, au monde romain. Il y a là une obscurité que nous ne parvenons pas à dissiper.

A. Dechambre.

(*A suivre.*)

Nouveau journal. — Le docteur Paul Labarthe vient de donner sa démission de rédacteur en chef de la *Revue de thérapeutique*, et fonde un nouveau journal hebdomadaire, *Le médecin praticien, répertoire de thérapeutique médico-chirurgicale*, dont le premier numéro paraîtra le samedi 27 novembre prochain.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Marcel-Gustave Delestre, docteur en médecine, qui avait succédé à son père dans la pratique de l'art dentaire, et qui remplissait les fonctions de dentiste dans les hôpitaux d'enfants malades. On lui doit une bonne thèse sur le *ramollissement des gencives*.

Hôpital des Enfants malades. — Le docteur Jules Simon commencera son cours sur les maladies des enfants et la thérapeutique infantile, le mercredi 10 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

— *Maladies des enfants et cérébroscopie.* — M. le docteur Bouchut, médecin des Enfants malades, rue de Sèvres, 149, recommencé ses leçons cliniques le mardi 19 octobre, à huit heures et demie du matin. — La première séance a été consacrée à la cérébroscopie, au moyen de démonstrations faites par la lumière oxydrique et par la projection lumineuse de toutes les lésions de l'œil causées par les maladies du cerveau.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux, reprendra ses leçons cliniques le samedi 30 octobre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Scène de violences a l'hôpital Saint-Antoine. — Les journaux racontent une scène de violences exercées par un infirmier sur un malade de l'hôpital Saint-Antoine, qui avait été signalé par les malades de la salle à M. le directeur de l'hôpital.

encore plus tristes que celles concernant les phthisiques, on se sent ému de pitié pour ces pauvres enfants atteints de cette épouvantable maladie. N'est-il pas douloureux, en effet, de songer que, dans une ville comme Paris, l'enfant épileptique ne quitte sa famille que pour entrer, après une longue attente et après bien des démarches, à Bicêtre ou à la Salpêtrière, lorsqu'il est la plupart du temps idiot et incurable?

Ne serait-il pas préférable, au lieu de nous obliger à user de supercherie, lorsque, dans l'espoir de guérir un de ces malades, nous l'admettons dans une salle commune, d'avoir un service séparé permettant de traiter l'affection à son début? Cette mesure nous paraît d'autant plus nécessaire, que, sans avoir l'intention d'enfreindre le règlement, nous avons plus d'une fois été forcé d'admettre, dans notre service de chirurgie, de jeunes épileptiques qui s'étaient brûlés ou blessés pendant leurs accès.

Quel est, en définitive, le sort réservé à ces malheureux? Bannis, avec raison, des asiles, des écoles et des ateliers, ne pouvant être constamment gardés et surveillés par leurs parents travaillant au dehors, ils sont abandonnés à eux-mêmes, errent dans les rues, exposés dès lors à tous les accidents, et deviennent, par la suite, des mendiants et des vagabonds.

Quelle conclusion tirer de l'ensemble de ces faits, si ce n'est de modifier le règlement et d'avoir des services spéciaux permettant de traiter, dès son début, cette affreuse maladie?

. . . .

Nous avons fait ressortir les effets déplorables que le logement insalubre exerce sur la vie et la constitution de l'homme. Non seulement la mortalité dans l'enfance est plus considérable, le rachitisme et la scrofule en sont la conséquence, et la phthisie, se transmettant de génération en génération, vient encore décimer ces malheureux. Mais au moins le mal s'arrête-t-il là? Hélas! non. A la dégradation physique vient s'ajouter la dégradation morale; dans ces logements encombrés, ce n'est pas seulement la santé physique qui s'altère, c'est tout ce que l'enfance avait encore d'honnêteté et de pudeur qui s'efface et disparaît au milieu de cette hideuse promiscuité. Ce qui était pur est souillé, ce qui était fort s'affaiblit, devient malade, et ce qui devait être un élément de résistance et de prospérité pour le pays n'est plus qu'une charge et un danger pour la société.

Pour nous, il résulte aujourd'hui de la visite de plus de 1600 logements de ménages pauvres, que l'insalubrité de leurs demeures est une cause permanente de dépérissement physique, mais aussi de dépravation prématurée, et c'est pour cela qu'il faut se hâter de reviser la loi. Quel attachement l'homme peut-il avoir pour une demeure dont la saleté démontre que jamais on n'y fait le moindre nettoyage? L'aspect d'une pareille chambre est repoussant, et l'on comprend que celui qui va l'occuper évite autant que possible d'y rester : de ce sentiment de dégoût au cabaret et au vice, la pente est rapide et presque fatale.

L'influence morale que l'habitation exerce sur l'homme est telle qu'elle suffit souvent pour le perdre à tout jamais et le rabaisser au niveau de la brute. Ce que l'insalubrité morale d'un logement peut amener de fautes, de crimes, est incalculable, et ce n'est pas seulement dans l'affreux taudis où sont entassés pêle-mêle tous les membres d'une pauvre famille que nous devons signaler l'insalubrité morale: car nous la trouvons encore dans ces grandes et belles maisons où, confinée au même étage et éloignée de toute surveillance, toute la population domestique en subit la fâcheuse influence.

Si maintenant, après cet exposé des causes et des effets de l'insalubrité des logements, nous réclamons avec instance leur assainissement, c'est que ceux dont la santé a été détruite et le moral perverti dès l'enfance, auront autant de peine à refaire leur constitution qu'à se défaire de leurs mauvaises habitudes. Il n'y a donc qu'une sage et énergique législation qui puisse prévenir et arrêter le mal alors qu'il en est encore temps; et cette réforme, qui peut s'opérer sans secousse, sans révolution, aura cet immense avantage, en modifiant nos mœurs, de produire un bien réel et durable; et en même temps que notre clientèle d'hôpital diminuera, nous verrons aussi moins de jeunes gens peupler les prisons. Pour arriver à ce résultat, quels sont les moyens? Ils sont fort simples.

En premier lieu, il faut que les architectes chargés de l'examen des plans de toute construction ne les autorisent et ne reçoivent les constructions terminées qu'autant qu'ils n'y trouvent rien de contraire aux lois et aux ordonnances concernant l'hygiène. Que l'autorité n'attende pas, pour faire des visites, que l'on ait porté des plaintes : trop de personnes ayant intérêt à cacher leurs contraventions, et tenant en leur puissance de pauvres locataires qui n'osent réclamer, dans la crainte d'être congédiés, le mal restera ignoré, si on ne fait pas des visites générales, et la meilleure loi sera sans effet.

Il est donc nécessaire que les commissions de salubrité de chaque arrondissement fassent des inspections régulières; qu'autorisées par une loi ou une ordonnance, elles puissent pénétrer dans toutes ces habitations, et que, sans exercer un pouvoir abusif et vexatoire, elles aient cependant assez de puissance pour que l'on fasse droit à leurs observations, sans les laisser non avenues comme aujourd'hui, et permettre ainsi au mal de persister et de s'aggraver pendant des années. Au besoin il faudrait, comme à Tournai, encourager par des récompenses l'entretien de la propreté.

Notre législation présente-t-elle des lacunes, a-t-elle besoin d'être revisée, n'hésitons pas à emprunter aux étrangers les mesures dont l'expérience a démontré l'utilité; mais, au nom des intérêts du pays, ne restons pas spectateurs insouciants des maux que nous pourrions prévenir.

A ceux qui blâmeraient mon impatience, voici ma réponse.

Il y a plus de cinquante ans que Villermé, avec cette énergie que donne la volonté de faire le bien, signalait à l'attention publique le dépôt de Saint-Denis comme un établissement dont l'insalubrité compromettait l'existence des malheureux détenus, et ce sera seulement dans un an, peut-être, que la nouvelle maison construite à Nanterre s'ouvrira pour recueillir cette population si étrange, où le malheureux honnête est confondu avec tout ce qu'il y a de plus abject.

On ne peut pas faire tout en un jour, c'est vrai; mais nous n'étions pas nés que les maîtres qui nous ont précédés dans les hôpitaux réclamaient l'isolement des maladies contagieuses, et c'est seulement d'hier que l'on a commencé à prendre ces mesures si urgentes.

Que l'on calcule maintenant ce que les logements insalubres ont détruit de santés et rendu de générations incapables de travailler et de servir leur pays; que l'on additionne les longues séries de malades que la contagion a tués dans nos hôpitaux, ce qu'ont coûté les journées de tous ces prisonniers perdus par le mauvais exemple, et on finira peut-être par comprendre la nécessité de hâter des réformes réclamées par la morale et l'humanité.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

(Troisième lettre.)

Nouvelle clinique chirurgicale de Buda-Pesth (1).

Les trois cents membres du Congrès de Milan ont disparu comme des conspirateurs de mélodrame qu'une trappe engloutit. Ils paraissent n'en avoir pas moins pris chacun le chemin des écoliers pour rentrer au foyer. Les Congrès scientifiques ne seraient-ils, en réalité, que simple prétexte à vacances, et quelques heures de délibération plus ou moins

(1) L'abondance des matières nous avait obligé à retarder d'un mois environ la publication de cette lettre. (*La Rédaction.*)

sérieuse inspireraient-elles des idées de revanche contre la contrainte imposée par le décorum et le respect international? Rien n'est plus grave que la première réunion d'un Congrès; sentir à ses côtés des représentants de toutes les nations a d'abord quelque chose de solennel et de guindé; mais, le soir venu, les banquets, les réunions, voire les cafés et les brasseries, fondent la glace en rapprochant les verres et les cœurs. On découvre bien vite que chaque voyageur a apporté dans sa malle, à côté de son manuscrit, un plan savamment dressé des réjouissances qu'il s'était promises; aussi s'entend-on entre congressistes hors du Congrès, avec une unanimité qui contraste quelque peu avec ce qui se passe dans les séances. N'avez-vous pas remarqué, du reste, l'intentionnelle perfidie que les organisateurs mettent dans le choix du pays où l'on se réunit d'habitude? Le moyen, je vous prie, de quitter l'Italie en emportant, pour prix de son voyage, des réflexions philosophiques sur la suppuration du conduit auditif externe, ou sur le rôle physiologique des replis tyro-aryténoïdiens supérieurs, ou même inférieurs? Je suis autant qu'un autre pénétré de l'utilité de ces sujets d'étude, et je reste toujours prêt à leur consacrer une existence de labeur et de méditation; mais, grand Dieu! que cette Italie est belle, et comme mon laryngoscope me paraissait une mince invention à côté des traces qu'ont laissées les siècles dans ce pays de merveilles! Je crois que s'il m'était permis de vous parler de la sacristie de la basilique de Saint-Marc, je trouverais dans la sincérité de mon enthousiasme quelques accents qui vous convaincraient à votre tour; mais, hélas! *non est hic locus;* libre aux congressistes en rupture d'emploi de chercher des impressions artistiques dans les sombres lagunes qui baignent la belle Venise, mais vos colonnes ne sont pas faites pour les recueillir.

Une fois engagé vers l'est, je subis bien vite l'attraction de la proximité du pays natal. La Vénétie est reliée actuellement à la Hongrie par une ligne de chemin de fer indépendante du réseau cisleithan de l'Autriche. En passant par l'Istrie et la Carinthie, et côtoyant la Croatie, j'ai pu pénétrer dans le sud-ouest de la Hongrie, longer le lac Balaton, cette petite mer intérieure, et arriver d'un seul bond dans la capitale. C'est la route, si je ne me trompe, qu'avaient prise les premiers envahisseurs de la vieille Pannonie, au delà de laquelle se trouvait le pays des Scythes. Quoi qu'il en soit, me voilà à Buda-Pesth, un peu étourdi de la rapidité de la course, mais surtout ému de me retrouver dans ce pays que j'ai quitté adolescent, et qui me voit reparaître les tempes singulièrement blanchies. Cette ville n'a pas moins changé que son enfant prodigue, mais la pierre, plus heureuse, a ses métamorphoses de retour; elle peut rajeunir entre les mains des humains qui passent. Ici tout paraît construit d'hier, tout est neuf, jusqu'au Danube, qui s'est paré d'une double ceinture coquette. Rien n'est plus vivant et plus actif que cette florissante cité; on y sent couler, dans les rues, la puissante sève d'une population jeune et remuante, qui paraît vouloir prendre d'emblée et d'assaut toutes les productions de la civilisation moderne. C'est une grande capitale au petit pied, quelque chose comme une réduction de Paris et de Constantinople, et tenant le milieu entre l'élégance moderne et le faste oriental, le tout étrangement entremêlé de rusticité. Il a bien son caractère original et primesautier, ce centre d'action d'une nation ancienne déjà dans le concert européen, mais ayant gardé toute l'impétuosité de la jeunesse par les luttes incessantes qu'elle a eu à soutenir contre l'envahissement de ses nombreux et puissants voisins. N'est-ce pas étrange de voir cette poignée d'hommes de race touranienne, isolée en Europe, maintenir haut et ferme leur indépendance à travers les siècles, au milieu d'immenses populations hostiles qui tendent à les noyer? Enclavés entre soixante millions de Slaves et quarante millions d'Allemands, les Hongrois, également éloignés des uns et des autres, ont gardé leur autonomie, leurs traditions et leur idiome, sans emprunter un seul mot aux langues des nations voisines. S'isolant volontairement par patriotisme et par dignité, fiers de leur histoire et fanatiques de leur sol imprégné « du sang de leurs ancêtres », comme dit l'hymne national, ils accusent leur indépendance avec une farouche jalousie, toujours prêts à s'immoler jusqu'à extinction en face du conquérant.

Ne me taxez pas de chauvinisme, si je vous dis qu'on a, en ce pays, de hautes visées et des aspirations qu'on réalise au prix des plus grands efforts. Il n'y a peut-être pas de pays en Europe où l'instruction publique soit aussi rationnellement organisée qu'en Hongrie. Gouvernement et parlement rivalisent d'initiative et de sacrifices quand il s'agit d'institutions d'enseignement. Un des plus imposants monuments de la capitale est la bibliothèque de l'université, dont les rayons m'ont paru amplement garnis. Je suis entré, au hasard, une après-midi, dans la grande salle aux proportions colossales, et j'étais quelque peu étonné de la trouver, en pleines vacances, bondée de lecteurs. Mais ce qui a attiré bien autrement mon attention, c'est l'hôpital des cliniques. La clinique médicale est sur le point d'être achevée et sera occupée cette année même (titulaire professeur Koranyi). La clinique chirurgicale est en plein fonctionnement depuis deux ans; elle a été projetée, organisée et installée par le professeur J. Kovacs, qui, chargé dans ce but spécial, dès 1867, par le gouvernement, d'une mission scientifique, a recherché, à travers l'Europe, tous les perfectionnements modernes, et est parvenu, à notre sens, à créer une maison hospitalière modèle, non seulement pour le bien-être des malades, ce qui a bien son prix, mais aussi au point de vue de l'enseignement, dont l'importance humanitaire n'est pas moindre.

Sur un vaste terrain destiné à recevoir toutes les cliniques de la Faculté, s'élève un pavillon en pierre de taille de 900 mètres carrés, réservé à la clinique chirurgicale. On accède au rez-de-chaussée par un grand portique, et par une porte latérale destinée à l'entrée des malades. Celle-ci conduit, d'une part, à une chambre d'épuration où le nouvel arrivant est dépouillé de ses vêtements qui sont soumis pendant assez longtemps à des vapeurs désinfectantes, et d'autre part à l'ascenseur muni d'un lit. Le malade est nettoyé, puis hissé dans la salle où il doit rester. Si son état le permet, on lui donne un bain, soit au pied de son lit, soit dans un cabinet attenant à la salle des malades. Il y a, en effet, une baignoire fixe et une baignoire mobile, cette seconde ingénieusement agencée, de façon à pouvoir être amenée toute pleine et préparée auprès du lit. Le malade qui doit subir une opération est transporté à l'amphithéâtre dans son lit même, toujours au moyen de l'ascenseur, sans qu'il ait un mouvement à faire ni un attouchement à subir.

L'amphithéâtre est inondé de lumière; le toit est entièrement vitré, et, de plus, le jour pénètre par de larges baies latérales avec une profusion éblouissante. Pour permettre les interventions chirurgicales même la nuit, en cas d'urgence, un immense lustre au gaz surplombe la table d'opération. On peut aussi, à volonté, et d'un seul coup de main, obscurcir la salle complètement ou partiellement, au moyen d'un système de stores à coulisses qui couvrent même le vitrage du plafond. L'opérateur est ainsi mis à même d'intercepter la lumière, selon ses besoins, du côté où elle le gêne.

La salle est exposée au midi et la ventilation se fait par un canal souterrain aboutissant au parc de la ville. En été, cette grosse colonne d'air, avant d'entrer dans la salle, traverse une pluie artificielle qui l'humecte et la rafraîchit; en hiver, elle passe, au contraire, à travers un espace chauffé par des tuyaux d'eau.

L'amphithéâtre peut recevoir 214 élèves rangés en fer à cheval sur de larges bancs de chêne, derrière lesquels se trouve un laboratoire d'histologie. Les pièces anatomiques provenant de l'opération peuvent ainsi, s'il y a lieu, être immédiatement soumises, soit à l'examen histologique, soit

aux préparations nécessaires à un examen ultérieur. C'est là une disposition d'une grande utilité. Que de fois, en effet, le produit d'une opération se trouve défiguré et rendu inapte à l'examen microscopique, par le temps qu'on a perdu en le transportant dans un laboratoire, sans compter que la pièce anatomique subit assez souvent, par le fait seul de ce transport, des altérations qui rendent plus difficile l'étude de sa structure.

Les dispositions scientifiques dont nous venons de parler n'ont pas fait perdre de vue les besoins matériels. C'est ainsi que de l'autre côté du laboratoire d'histologie (muni d'un grand nombre d'instruments fort bien placés par rapport au jour) se trouve le vestiaire des élèves, qui entrent par le portique. Ce vestiaire contient une série de petits box où chaque élève se débarrasse de tout ce qui, pendant les heures de la visite et du cours, pourrait le gêner : vêtements, instruments, livres, etc.

La table d'opération, installée d'après le système anglais, est munie de roues qui facilitent son déplacement dans tous les sens. Un dossier à articulations multiples reçoit, pour ainsi dire, l'empreinte du corps humain, et permet de donner au patient les directions et les attitudes les plus variées, selon les besoins de l'opérateur. Celui-ci trouve à la portée de sa main une armoire contenant les intruments, les bandages, et des robinets à eau chaude et à eau froide. Dans les cymaises les plus rapprochées de la table d'opération s'ouvrent des placards contenant de grands dessins schématiques qui servent aux leçons; en quelques coups de craie le professeur matérialise sa démonstration; car, il faut l'avouer, à Buda-Pesth comme ailleurs, les chirurgiens n'ont pas toujours de grandes aptitudes pour le dessin, qui, cependant rend l'exposé plus clair et en facilite singulièrement l'intelligence. On voit par ces détails jusqu'à quel point tout est prévu et combiné pour un enseignement donné sur le vif, et destiné à laisser dans l'esprit de l'élève des traces ineffaçables.

L'hôpital des cliniques a trois étages; à chacun se trouve une salle de 270 mètres carrés de superficie, haute de 5m,50, contenant 26 lits; chaque malade occupe donc un peu plus de 10 mètres carrés, et jouit d'un cube d'air plus que suffisant.

Chaque salle est pourvue d'une office où se trouve une petite usine au gaz contenant 16 compartiments destinés à tenir chauds les aliments qui, pendant la distribution, se refroidiraient sans cette précaution. C'est dans ces compartiments aussi que l'on prépare le goûter des malades (café, thé, soupe, etc.); et comme elles ne communiquent pas entre elles, on évite le mélange des odeurs entre les divers aliments.

Sous le chambranle des fenêtres sont agencées des boules chaudes destinées à chauffer les draps et les couvertures à l'arrivée des malades. Enfin, à l'une des extrémités de la salle qui sert à la toilette, se trouve une grande table de marbre munie de cuvettes à bascule.

Je ne voudrais pas entrer dans d'autres détails sur la ventilation, le chauffage, les water-closets et les vidanges; mon principal but ici est de vous décrire ce qui se rapporte à l'enseignement; permettez-moi cependant encore de vous signaler une disposition qui, au point de vue hygiénique, m'a paru avoir sa raison d'être. Deux gros cylindres creux en fonte partent des salles de malades et aboutissent au sous-sol; leurs ouvertures largement béantes se trouvent au niveau du parquet et reçoivent, l'une le linge sale, l'autre le produit du balayage. C'est par ce procédé simple que l'on évite le transport des immondices, des draps ensanglantés, etc., en même temps que l'on gagne du temps.

Circonstance particulière, hommes et femmes sont couchés dans les mêmes salles, et séparés seulement par une cloison basse s'ouvrant à deux battants, que ne ferment ni loquet ni serrure. Cette promiscuité témoigne, sans doute, de la pureté des mœurs hongroises; j'avoue cependant, est-ce la faute de mon expérience? que je n'ai pu réprimer un mouvement d'étonnement. J'appris alors que M. Kovacs, avec ce détachement des préjugés qui distingue les novateurs, a tenu à cette disposition, trouvant qu'hommes et femmes avaient meilleure tenue, et mettaient plus de réserve et de décence dans leur conduite, lorsqu'ils sont à côté les uns des autres. Autres lieux, autres mœurs : les excellentes sœurs qui desservent les services de cette clinique ne paraissent aucunement offusquées d'une disposition qu'elles auraient peut-être de la peine à considérer comme orthodoxe sous d'autres latitudes.

Une critique toutefois : sur le même terrain que la clinique se trouvent les amphithéâtres de dissection de M. le professeur Lenhossek, et, à une petite distance de là, un grand pavillon qui est l'institut anatomo-pathologique de la Faculté.

Il y a lieu de s'étonner que l'immense danger de ces étranges voisinages n'ait pas été compris par les hommes éminents qui ont si merveilleusement su concevoir et exécuter un établissement à la fois scientifique et humanitaire. On ne place pas impunément, à côté d'une clinique chirurgicale, des charniers humains, et je ne doute pas que le moment n'arrive où la nécessité de l'éloigner sera comprise.

Je ne voudrais pas clore cette description sans payer un tribut de reconnaissance aux confrères qui m'ont fait avec tant de bonne grâce les honneurs de l'hôpital; je suis heureux de nommer M. Bako, chef de clinique de M. Kovacs, absent; M. Koller et M. Krishaber, ancien *assistant* de la clinique, homonyme et parent de votre correspondant.

A quelque distance de la clinique se trouve l'institut physiologique, M. Jendrassik professeur. Il y a bon nombre d'années déjà, on m'avait communiqué à Paris les plans de cette installation, et je les soumis à Claude Bernard, qui s'en éprit au point qu'il les communiqua au ministre de l'instruction publique avec le désir de les voir exécuter au Muséum. Malgré la haute personnalité du postulant, ces plans ont dormi pendant longtemps dans les cartons du ministère, d'où je les ai à la fin retirés pour les renvoyer en Hongrie. Cet institut physiologique, qui est certainement un des mieux agencés de l'Europe, mériterait une description spéciale.

M. KRISHABER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

SUR LA RÉSISTANCE DES ANIMAUX DE L'ESPÈCE BOVINE AU SANG DE RATE, ET SUR LA PRÉSERVATION DE CES ANIMAUX PAR LES INOCULATIONS PRÉVENTIVES. Note de M. *A. Chauveau*.

J'ai constaté, comme vient de le faire M. Pasteur (*Comptes rendus*, 27 septembre 1880), l'exactitude des faits antérieurement connus sur la résistance des animaux de l'espèce bovine à l'inoculation de la bactéridie charbonneuse. Après m'être tenu pendant longtemps dans une certaine défiance à l'égard des résultats des inoculations de sang de rate pratiquées sur les sujets du pays de Chartres par l'Association médicale d'Eure-et-Loir, j'ai dû accepter ces résultats comme parfaitement exacts. En effet, j'en ai obtenu d'identiques sur un certain nombre de veaux du Charolais et de la Bresse. Jusqu'à présent même, le hasard a voulu que je n'aie pu réussir à tuer un seul de mes sujets d'expériences par les inoculations charbonneuses. Les bœufs français se sont donc montrés, dans mes expériences, aussi réfractaires à l'infection bactéridienne que les moutons de l'Algérie. J'ajoute qu'il en a été de même des bœufs algériens. Sur dix jeunes mâles inoculés à Alger dans le courant des mois de mars et avril derniers, j'ai obtenu les effets types que j'ai décrits sur le mouton, particulièrement les engorgements ganglionnaires et la fièvre constatée par

l'élévation de la température rectale; mais aucun sujet n'a été très sérieusement malade. En somme, cette force naturelle de résistance qui, dans l'espèce ovine, se montre, avec ce caractère de généralité, seulement sur nos moutons d'Algérie, paraît être beaucoup plus commune dans les diverses races de l'espèce bovine, tant françaises qu'algériennes...

En Algérie, contrairement à ce qu'on observe en France, c'est sur les sujets de l'espèce bovine que les maladies charbonneuses se montrent le plus fréquemment et font le plus de victimes. Le *sang de rate*, la *fièvre charbonneuse*, existent sur le bœuf avec toute leur gravité, et se rencontrent bien plus fréquemment que chez le mouton. Qu'est-ce qui favorise ainsi les effets de l'infection spontanée dans l'espèce bovine, si résistante à l'infection provoquée? Il faut nécessairement chercher la cause de la différence, soit dans le mode d'introduction du virus, soit dans des conditions qui modifieraient l'activité de l'agent infectieux et le rendraient plus apte à se développer dans l'organisme du bœuf. Les quelques expériences que j'ai faites en suivant cette direction m'autorisent à penser que l'explication ne saurait tarder à se laisser découvrir.

La résistance du bœuf au sang de rate rendant cet animal aussi apte que le mouton algérien à l'étude des inoculations préventives, je n'ai pas manqué de me servir aussi des animaux de l'espèce bovine, pour démontrer qu'une première inoculation à laquelle survit le sujet exerce une influence inhibitoire marquée sur les effets des inoculations subséquentes. C'est en 1879 (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, p. 853 à 870) que j'ai signalé cette influence pour la première fois sur le mouton. J'ai démontré alors que les troubles généraux, particulièrement celui qui est seul constant, c'est-à-dire la fièvre constatée par l'élévation de la température rectale, se montrent *à la suite de la première inoculation surtout* (*loc. cit.*, p. 869). Le 5 juillet 1880 (*Comptes rendus*), je signale de nouveau l'action préventive d'une première inoculation dans plusieurs passages d'une communication qui avait un autre objet, et où j'annonce une communication spéciale sur cette influence préventive. Je citerai un de ces passages, où il est question de trois moutons inoculés une deuxième et une troisième fois, et qui ne furent que très légèrement atteints : « Or, ces nouvelles inoculations avaient été faites... avec des quantités notables de virus très actif, qui auraient dû même produire des effets plus marqués, si ces trois sujets ne s'étaient trouvés, *par le fait de la première inoculation* (j'expliquerai plus tard pourquoi), dans des conditions favorables à l'immunité personnelle. » Enfin, le 19 juillet (*Comptes rendus*), je fais la communication particulière annoncée sur les inoculations préventives étudiées sur les moutons algériens.

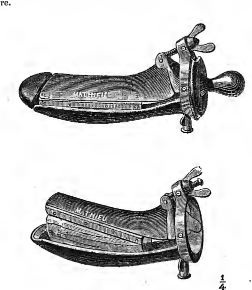
J'aurais pu joindre à cette communication mon étude des mêmes inoculations préventives étudiées sur l'espèce bovine; mais le fait fondamental de la non-récidive était suffisamment établi par mes expériences sur le mouton et par les faits que M. Pasteur avait observés, de son côté, en 1878, et qu'il a fait connaître dans la séance du 12 juillet 1880. J'ai donc cru devoir ajourner l'exposition de mes recherches sur le sang de rate du bœuf au moment où j'en aurais fini avec la série de mes communications sur le mouton, série interrompue par le temps des vacances, et que je reprendrai dans la prochaine séance.

C'est sur huit sujets de l'espèce bovine, quatre algériens et quatre charolais ou bressans, que j'ai étudié l'influence d'une première inoculation charbonneuse sur les inoculations subséquentes. Les faits observés ont été absolument identiques à ceux que j'avais constatés sur le mouton. Voilà donc huit nouveaux faits de non-récidive sur le bœuf, à ajouter à ceux que M. Pasteur a fait connaître dans la séance du 27 septembre. Je publierai ailleurs le détail des observations.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° des lettres de candidature de MM. Ernest Besnier et Legrand du Saulle, pour la section d'hygiène et de médecine légale; — de MM. Sarazin (de Bourges), Millot, Carpentier, pour le titre de membre correspondant; 2° une lettre de remerciement de M. le docteur Doyon (de Lyon), récemment élu membre correspondant national; 3° une lettre de M. le docteur Velasco (de Nice), accompagnant l'envoi d'un spéculum à valves, construit, sur ses indications, par MM. Mathieu fils. La forme courbe de cet instrument lui permet d'arriver sur le col utérin en suivant la courbure normale du vagin, et rend son application facile. Son bout utérin, taillé en bec de flûte, permet de ramasser le col déplacé, en même temps que l'ouverture de ses valves permet d'envelopper le col quel que soit son volume. Deux petites valves de corne articulées de chaque côté de la valve supérieure.



M. *Charcot* présente, de la part de M. le docteur Arthur Gamgee, un volume en anglais, intitulé : *Physiological Chemistry of the animal Body*.

M. *Oulmont* présente, au nom de M. le docteur Saucerotte, un opuscule intitulé : *Les médecins au théâtre depuis Molière*.

M. *Maurice Perrin* présente : 1° au nom de M. Gustave Jourdan, chef de bureau de la préfecture de la Seine, un exemplaire de la deuxième édition d'un ouvrage intitulé : *Législation sur les logements insalubres*; 2° au nom de M. le docteur Chauvel, les articles *Cystite* et *Gastrotomie*, extraits du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

M. *Constantin Paul* offre en hommage une brochure intitulée : *Du traitement du tremblement et des autres troubles de la coordination du mouvement par les bains galvaniques*.

OCCLUSION PNEUMATIQUE. — M. *Jules Guérin* dit qu'il renonce à présenter à l'Académie les observations qu'il avait annoncées dans la dernière séance, dans le but de répondre aux attaques dont sa méthode d'occlusion pneumatique avait été l'objet. « S'il manque quelque chose à cette méthode, dit-il, je remets au temps le soin de la compléter et de la faire triompher. »

SIMULATION D'ATTENTATS VÉNÉRIENS SUR DE JEUNES ENFANTS. — Voici le résumé d'un travail très intéressant présenté par M. *Fournier*.

1° Des faits existent en certain nombre auxquels on peut donner le nom collectif de simulation d'attentats criminels sur de jeunes enfants du sexe féminin. Ces faits consistent sommairement en ceci : production artificielle, sur une jeune enfant, de lésions vulvaires destinées à simuler les lésions d'un attentat, et imputation de cet attentat à un auteur imaginaire, dans un intérêt afférent au simulateur.

2° Cliniquement, il n'est pas impossible que ces lésions artificielles se trahissent par quelque particularité, quelque incident local, mais ce n'est là qu'une éventualité; et, en principe, comme en pratique, nous ne connaissons aucun signe clinique propre à différencier sûrement une inflammation vulvaire déterminée par simulation d'une inflammation vulvaire résultant d'un attentat criminel.

3° Dans les cas de cet ordre, la découverte de la stimulation ressortira moins des phénomènes cliniques que d'autres signes étrangers à l'art médical : attitudes, réponses, hésitations, contradictions de l'enfant, antécédents du simulateur, circonstances diverses de la cause, etc.

4° Que si le médecin, même dans l'exercice de sa profession, aboutit à dépister la ruse et à découvrir la vérité, il a plus que le droit, il a le devoir de confondre une accusation

criminelle et de sauvegarder l'honneur, la liberté, les intérêts d'un innocent.

5° Il importe à la sécurité de tous et à la dignité de l'art, qu'en pareilles affaires le médecin ne délivre de certificat constatant les lésions observées que sur l'invitation d'une autorité compétente ayant mission de les requérir; — et il n'importe pas moins que, dans les certificats requis de ce genre, le médecin se borne à décrire les lésions observées, sans s'aventurer dans une interprétation étiologique de ces lésions, interprétation dont les éléments lui sont presque toujours refusés par la clinique.

6° Des mobiles moraux d'ordre divers servent, en l'espèce, d'inspiration au simulateur; l'un des plus communs est une spéculation pécuniaire à laquelle on peut conserver la dénomination triviale, mais expressive, de *chantage au viol*.

7° Des inflammations vulvaires d'origines diverses, voire le plus habituellement spontanées, ont maintes fois servi de base à des imputations d'attentat, et il n'est pas sans exemple que ces imputations illégitimes aient pu sembler justifiées, soit par les réponses inconscientes des prétendues victimes, soit même par les imputations mensongères d'enfants prématurément perverties.

Traitement des abcès du foie. — M. *Félix Rochard* fait une communication sur le traitement des abcès du foie, par l'ouverture large et directe combinée avec la méthode antiseptique de Lister.

Les abcès du foie, si fréquents dans les pays chauds, ont, comme on sait, une extrême gravité. D'après les statistiques les plus favorables, la mort en est le résultat 80 fois sur 100. Quand on opère par les anciennes méthodes, la mortalité est encore de 68 pour 100. Les chirurgiens, quand ils consentent à ouvrir ces abcès, opèrent en général tardivement, attendant que l'œdème des parois, que la rougeur des téguments ou la fluctuation aient indiqué le point vers lequel le pus se dirige, et la mort ou l'ouverture à l'intérieur arrive souvent avant ce moment-là. Enfin, dans les cas où ils réussissent, la guérison est achetée au prix de quatre ou cinq mois de souffrance et de dangers.

La méthode usitée à l'hôpital de Shang-Haï et les faits qui en démontrent les résultats heureux ont été portés à la connaissance de M. Rochard par le docteur Louis Stromeyer Little, médecin de cet hôpital, et par un de ses opérés, le docteur A..., médecin de première classe de la marine.

Cette méthode consiste à limiter avec autant de précision que possible le siège de la collection purulente et à vérifier le diagnostic à l'aide de la ponction aspiratrice; puis à se servir de l'aiguille, comme d'un conducteur, pour les ouvrir très largement avec le bistouri, vider leur cavité et tout ce qu'elle renferme, et prévenir les accidents consécutifs par les injections antiseptiques, le drainage et le pansement de Lister.

De l'atténuation du virus du choléra des poules. — M. *Pasteur* donne lecture d'une note contenant quelques détails sur le procédé de vaccine dont il a été question contre le choléra des poules. Le mémoire de M. Pasteur sera publié dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* et dans les *Bulletins de l'Académie*. L'auteur n'ayant pas laissé son manuscrit au secrétariat, nous renvoyons notre analyse à la prochaine séance.

Métallothérapie. — M. *Burq* donne lecture d'un long mémoire à l'effet de montrer que tous les faits de métallothérapie publiés dans ces derniers temps avaient déjà été signalés par lui avant 1853.

Voici les conclusions formulées par l'auteur :

1° Nous avons reconnu et démontré le premier, il y a trente années environ, que, dans les névroses, et dans l'hystérie en particulier, les troubles périphériques de la sensibilité et de la motilité (l'anesthésie et l'amyosthénie) sont prédominants; qu'ils tiennent tous les autres, y compris les troubles de la nutrition et la chlorose qui s'ensuit fatalement, sous leur dépendance immédiate; qu'ils suivent la névrose dans toutes ses phases; qu'ils augmentent ou diminuent avec elle dans la même proportion; si bien que, comme une *sorte de pouls*, ils en mesurent à toute heure le degré par leur étendue et leur profondeur même, et peuvent être considérés aussi comme une *pierre de touche* placée à côté de la maladie pour indiquer quels sont les moyens les plus propres à la guérir.

2° Notre traité de 1853 témoigne tout particulièrement que, pour obéir à un besoin de notre esprit d'abord, puis pour nous créer d'autres ressources dans les cas trop fréquents, hélas! où la métallothérapie externe se montrait impuissante ou insuffisante, de l'année 1848 à celle de 1853, nous avons étudié successivement l'action du magnétisme animal, des métaux administrés à l'intérieur, des vésicatoires, des frictions et applications irritantes ou excitantes de toute nature, de la strygillation et de la flagellation avec des instruments spéciaux, de la cautérisation de l'hélix, du cathétérisme du tympan, de la balnéothérapie sous toutes ses formes, l'hydrothérapie en tête, de la gymnastique et de tous les exercices du corps, de l'électricité dynamique puisée aux sources les plus diverses, des bains électriques même ainsi qu'on les administre maintenant, de l'aimant sous forme de plaques aimantées semblables à celles qui eurent un moment tant de vogue à la suite du P. Hell et de l'abbé Lenoble, etc. L'électricité statique fut seule omise, à cause des appareils aussi encombrants que coûteux qu'elle nécessite, et de cette étude, faite toujours l'aiguille ou l'esthésiomètre et le dynamomètre à la main, il est résulté que ces agents ou moyens si divers qualifiés aujourd'hui d'esthésiogènes répondaient tous à la double loi ci-dessus, c'est-à-dire agissent dans le même sens que les applications métalliques, et qu'il ne saurait en être autrement pour tous ceux qu'il restait encore à découvrir.

Aujourd'hui c'est la xyloscopie, qui, sur ce dernier point, vient aussi nous donner raison. Demain ce sera probablement au tour de la flaroscopie, de la folioscopie, de la pétroscopie, etc.; car, qu'on le sache bien, ici tout paraît se tenir.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 22 octobre 1880. — présidence de M. Hillairet.

Intoxication par l'aconitine : M. Desnos. — Étude sur le coup de chaleur : M. Zuber (discussion). — Bruits pulmonaires dus aux battements du cœur : M. Dujardin-Beaumetz. — Kyste hydatique suppuré du foie : M. Blachez.

M. *Desnos*, à propos du procès-verbal de la dernière séance, rapporte qu'il y a quelques années il fut appelé par un de ses confrères auprès d'un malade atteint d'aortite avec accès d'angine de poitrine et présentant tous les symptômes de l'intoxication par l'aconitine. On administrait depuis longtemps à ce malade des granules d'aconitine, et il était arrivé à en prendre trois et quatre fois par jour sans éprouver d'autre effet physiologique qu'un grand soulagement à ses douleurs. Aux granules d'aconitine de Hottot, prescrits par le médecin, le pharmacien avait substitué ceux qu'il préparait lui-même; mais un jour, le malade, venant à manquer de son médicament habituel, s'en procura à la pharmacie Hottot, et ingéra, comme il le faisait chaque jour, trois ou quatre granules. C'est à ce moment qu'apparurent les accidents graves d'intoxication, qui se dissipèrent heureusement sous l'influence de frictions énergiques et d'excitants diffusibles. Ce fait est une preuve de plus de la différence d'action des alcaloïdes de diverses provenances.

M. *C. Paul* rappelle que l'hyoscyamine, telle qu'on la prépare, n'est pas un alcaloïde pur, mais bien un principe *alcaloïdique* sirupeux, mélangé de quelques cristaux; aussi croit-il qu'on devrait toujours indiquer, en la prescrivant, une provenance dont on connût le degré d'activité. De même, la teinture d'aconit ordinaire peut s'employer à la dose de 4 grammes et plus sans produire d'action bien appréciable; il en est tout autrement de la teinture de racine d'aconit des pharmacies anglaises, qui est très active et même toxique à une dose relativement faible.

— M. *Zuber* donne lecture d'un mémoire sur le *coup de chaleur*. Il rappelle les différences théoriques que l'on a voulu établir entre le coup de soleil et le coup de chaleur, c'est-à-dire entre les effets de la chaleur des rayons solaires et ceux de la chaleur obscure de l'atmosphère ambiante; ainsi que l'assimilation erronée d'accidents très différents avec cette affection toute spéciale; si bien que les Allemands en ont décrit quatre formes, et les Anglais trois formes distinctes. Il a réuni, pendant son séjour à Biskra, dix cas de ce genre qui ont servi de base à son travail. Dans ces dix observations, la nature de l'affection n'est pas douteuse : le seul accident que l'on pourrait confondre avec le coup de chaleur étant l'accès pernicieux palustre, inconnu à Biskra, surtout pendant la saison chaude, où l'aridité et la sécheresse du sol et de l'atmosphère sont absolues. L'inefficacité du sulfate de quinine, à forte dose dès le début, a d'ailleurs été toujours constatée. Les faits observés au Bengale par les auteurs anglais sont beaucoup moins simples, ce qui résulte peut-être de complications d'origine marécageuse. Ce n'est point pendant de longues marches ou des manœuvres pénibles que les accidents se sont produits, car à Biskra, à l'époque des chaleurs, les exercices sont supprimés; le soldat porte des vêtements de toile et rentre à la chambrée de dix heures du matin à quatre heures du soir pour faire la sieste; les hommes atteints étaient de faction, ou employés à des travaux peu fatigants dans les jardins, ou même couchés dans les chambrées. Tous les faits recueillis peuvent se diviser en deux groupes, suivant que l'individu frappé était ou non en transpiration; dans ce dernier cas, la peau fut trouvée parfois recouverte d'une sueur visqueuse peu abondante; mais ce n'est là qu'un phénomène morbide probablement agonique. Le premier groupe comprend six cas, tous mortels. Un soldat résidant à Biskra depuis trois ans, sort de la chambrée à trois heures après midi et rentre quelques instants après, titubant, criant qu'il étouffe; puis il tombe et perd connaissance; on constate une cyanose intense et la sécheresse absolue de la peau; le pouls est filiforme, la respiration très faible, et l'on n'entend qu'un murmure confus à la région précordiale; la veine basilique, ouverte, ne laisse écouler qu'une petite quantité de sang noir. Transporté à l'hôpital, le malade est placé dans la pièce la plus fraiche, où le thermomètre ne marquait que 36 degrés, mais il succombe le soir même. La température axillaire, prise à l'hôpital, était de 44 degrés, et s'est élevée, avant la mort, à 46 degrés! A l'autopsie, faite peu d'heures après, on trouve des ecchymoses sous-pleurales; le cœur petit, dur, sec, rétracté; rien dans le péricarde; la rate volumineuse; le cerveau hyperhémié, sans lésion intense. On apprit que cet homme s'était enivré la veille, mais paraissait le matin même en bonne santé. Ce jour-là, le thermomètre marquait, à l'ombre, 47 degrés, et le sirocco soufflait depuis quelque temps. Les cinq autres cas du même groupe sont presque identiques; tous ont pour caractères communs l'absence de sueur, la mort rapide et les lésions cardiaques déjà décrites. Le second groupe est composé de quatre cas dans lesquels les malades étaient en état de transpiration très marquée et n'ont pas succombé. L'un d'eux tomba privé de connaissance, tandis qu'il montait la garde à l'abri d'un mur; son corps était ruisselant de sueur, la dyspnée modérée, le pouls ample et rapide; la température axillaire, de 39°,4; il fut pris de vomissements et indiquait, en portant la main à sa tête, une céphalalgie intense. Trois jours après, il était guéri. Tous ces faits rappellent les résultats des expériences de M. Vallin sur les animaux. Lorsque l'équilibre cherche à s'établir entre la température du corps et celle de l'atmosphère, qui atteint fréquemment, à Biskra, 40 et 46 degrés, l'organisme lutte au moyen de la déperdition de calorique que produisent la sueur et son évaporation rapide. Si la peau reste sèche, l'équilibre tend à se réaliser, et cette hyperthermie considérable amène la coagulation du muscle cardiaque et peut-être du diaphragme. Le sang a été trouvé, dans tous les cas, très fluide et de coloration foncée; peut-être y a-t-il une lésion élémentaire constante. Des symptômes cérébraux peuvent se produire mais ils n'agissent pas comme cause principale des accidents; ils sont sans doute dus eux-mêmes à l'entrave apportée à une sudation normale du péricrâne par l'atmosphère confinée qui existe sous la coiffure du soldat. L'exercice musculaire qui élève la température du corps parfois de 2 degrés facilitera, d'ailleurs, l'apparition du coup de chaleur. Dans toutes les observations où la suppression de la sueur a été notée, il s'agissait d'individus alcooliques: l'alcool, et surtout certaines liqueurs alcooliques complexes, telles que l'absinthe, n'auraient-ils pas une action d'arrêt sur les nerfs sécrétoires des glandes sudorales? Les indigènes sont très rarement frappés; or, ils transpirent, en général, abondamment, et n'usent pas de boissons alcooliques. En résumé, les symptômes du coup de chaleur, dans les pays exempts de malaria, sont très simples; ils présentent deux formes cliniques: l'une caractérisée par l'hyperthermie, la dyspnée et les lésions spéciales du cœur, avec sécheresse de la peau; l'autre répondant à la congestion cérébrale et relativement bénigne. Elles ne dépendent pas de la nature du calorique, les rayons solaires directs n'étant pas indispensables pour les produire.

M. *Vallin* fait remarquer que ces faits sont d'une analogie frappante avec les résultats de ses expériences sur les chiens. Lorsque la température du corps atteignait 44 à 45 degrés, ces animaux mouraient par coagulation du muscle cardiaque; mais on n'a trouvé d'autre altération du sang que la disparition presque complète de l'oxygène, comme dans la mort par strangulation. Il a également constaté que les chiens attachés à une laisse et pouvant se mouvoir ne succombaient pas, le travail musculaire déterminant sans doute une transpiration qui luttait contre l'hyperthermie, ou l'animal recevant successivement les rayons solaires sur différentes parties de son corps; tandis que les chiens immobilisés sur une gouttière succombaient après trente-cinq minutes d'exposition au soleil. Lorsque le crâne est frappé par les rayons solaires, il y a sans doute une action sur les méninges, telle qu'on l'obtient expérimentalement avec une calotte renfermant de l'eau chaude: le cœur reste alors contractile et la mort résulte des troubles cérébraux; les accidents ne sont pas identiques, dans ce cas, à ceux qui résultent du séjour dans une atmosphère trop chaude.

M. *Zuber* ne croit pas cette distinction suffisamment fondée, le coup de soleil et le coup de chaleur se révélant par des symptômes identiques. Quant aux modifications du sang, il sait qu'en Allemagne des travaux entrepris sur ce sujet ont révélé des altérations globulaires.

M. *Constantin Paul* rappelle que les chauffeurs de la marine séjournent pendant quatre à six heures consécutives dans une atmosphère à 40 degrés et jusqu'à 46 degrés; ils ingèrent pendant ce temps une grande quantité d'eau, et l'abondante transpiration qui en résulte leur permet de lutter contre l hyperthermie. Dans le trajet de Marseille à Hong-Kong, un ingénieur descendu dans la caisse de chauffe, où la température s'élevait à 44 degrés, a vu sa température axillaire ne pas dépasser 39 degrés et même n'atteindre ce chiffre qu'un seul jour pendant la traversée de la mer Rouge, région dans laquelle la chaleur est excessive et oblige à embarquer

des nègres pour travailler au chauffage. A bord du transport *la Nièvre*, lors de son dernier passage en vue d'Aden, les chauffeurs, bien que soulagés par des nègres, ont été atteints de coups de chaleur dont la guérison n'a pu être obtenue qu'au moyen de la respiration artificielle pratiquée pendant quatre heures. Dans les étuves au Hammam, la transpiration est abondante et facile dans une atmosphère presque sèche, à 55 degrés; elle doit également se produire lorsqu'on passe dans les étuves à 71 et 91 degrés; mais l'évaporation est si rapide que la peau ne semble pas humide : c'est là sans doute ce qui permet de supporter une aussi haute température; cette transpiration est considérable, puisqu'on perd après une séance d'étuve 350 grammes et même jusqu'à 750 grammes et plus de son poids. Des œufs introduits pendant cinq minutes dans ces étuves ont été retirés non cuits, la déperdition d'eau dans l'atmosphère sèche ayant empêché leur température de s'élever suffisamment, ce qui ne peut arriver lorsqu'on les plonge dans l'eau chaude.

M. *Landouzy* croit qu'en essayant, dans le petit coup de chaleur l'action de la pilocarpine sur les nerfs sécrétoires des glandes sudorales, on pourrait élucider la pathogénie des accidents et peut-être instituer leur thérapeutique.

M. *Colin* fait remarquer que les observateurs anglais ont tous signalé, comme prodromes des accidents, la disparition de la sueur et l'augmentation considérable de l'urine; il ne pense pas que l'alcoolisme puisse être incriminé dans tous les cas. La chaleur excessive du canal de la mer Rouge est due aux montagnes qui l'encaissent et empêchent les mouvements atmosphériques; les passagers qui vont aux Indes, et même ceux qui sont rapatriés après un séjour plus ou moins long dans les pays chauds, sont parfois victimes du coup de chaleur, tout aussi bien que les chauffeurs.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit l'action de l'alcool tout autre que ne l'indique M. Zuber. Les chiens tués par ingestion d'alcool à dose toxique ont une abondante transpiration; d'ailleurs n'obtient-on pas la diaphorèse au moyen de breuvages alcooliques chauds : l'influence de la chaleur de la boisson ne serait pour le moins pas détruite par l'action de l'alcool.

M. *Landouzy* a vu dans l'alcoolisme chronique, le seul dont ait parlé M. Zuber, la sensibilité à l'action diaphorétique de la pilocarpine être presque nulle.

M. *E. Labbé* a soigné à la Maison de santé des officiers de marine ayant habité les Indes, et qui lui ont affirmé qu'aux colonies la suppression de la sueur est une cause de renvoi en France, cette suppression amenant toujours une dénutrition considérable, suivie ordinairement de dysenterie ou d'entérite chronique.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire avec excavation, épanchement pleurétique et déplacement du cœur. L'oreille appliquée dans le dos du malade perçoit des râles à rhythme cardiaque; et si cet individu suspend sa respiration tout en maintenant la bouche ouverte, on peut les entendre à distance. Des faits de ce genre ont été déjà signalés par M. Choyau.

M. *Blachez* présente des pièces anatomiques provenant d'un jeune homme de quinze ans mort de péritonite consécutive. A l'ouverture, au moyen du caustique de Vienne, d'un kyste hydatique suppuré du lobe gauche du foie, une ponction exploratrice avait donné issue à environ un verre de pus; mais l'écoulement s'étant suspendu, on fut obligé de retirer le trocart, et d'employer quelques jours après la pâte de Vienne pour ouvrir la poche; après cinq applications successives faites tous les deux jours en deux points différents, on pénétra dans le kyste; mais des symptômes de péritonite rapide se montrèrent et se terminèrent par la mort. L'autopsie a montré que l'ouverture faite sur la ligne médiane était circonscrite par des adhérences solides, mais que celles-ci faisaient défaut au pourtour de l'ouverture latérale. Ce fait est dû, pour M. Blachez, aux mouvements des parois abdominales dans la respiration, au niveau du rebord costal.

— A cinq heures un quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Corps étrangers du rectum. — Corps étrangers du conduit auditif. — Anévrysme de l'artère fémorale; insuccès de la compression; ligature par la méthode d'Anel; guérison.

M. *Verneuil* a communiqué, au nom de M. Bernard (de Cannes), dans la séance du 9 juin, deux observations de corps étrangers du rectum. La deuxième observation appartenait à M. Roustan (de Cannes), qui en a donné lecture dans la dernière séance : une rectification sera faite au procès-verbal.

— M. *Després* fait un rapport sur un mémoire de M. *Roustan* (de Montpellier), sur l'ablation des corps étrangers du conduit auditif. Il fait usage du petit stylet que M. Miot emploie pour enlever la cire des oreilles, et propose de généraliser ce procédé.

Mais on aura beau chercher des procédés pour extraire des corps étrangers non hygrométriques, rien ne vaut les injections d'eau tiède. Quand le corps étranger est depuis peu de temps dans le conduit, il est possible de l'extraire sans injection d'eau; mais les injections valent mieux. S'il y a inflammation du conduit, si le corps étranger est depuis longtemps dans l'oreille, les injections peuvent encore agir, mais il est difficile de se passer des instruments.

M. *Terrier*. Le procédé des injections est classique et tous les chirurgiens ont eu des succès; mais on ne réussit pas toujours, à cause de l'inflammation, ou bien parce que le corps étranger a pénétré dans la caisse.

Quand le corps étranger occupe absolument tout le conduit, les injections repoussent le corps au lieu de l'amener; avant d'injecter, il faut tâcher d'établir un pertuis entre la paroi et le corps, afin que l'eau puisse pénétrer derrière le corps étranger.

M. *Verneuil*. Quand l'insuccès de l'injection est avéré, il faut chloroformiser le malade avant de faire des recherches avec les instruments, de manière à éviter les mouvements de l'enfant.

M. *Farabeuf* a vu un enfant de cinq ans, ayant dans l'oreille un fragment d'épi d'orge; il ne songea point aux injections, mais bien à se servir de la pince, qui amena le corps étranger.

— M. *Poinsot* (de Bordeaux) a adressé à la Société une observation d'anévrysme de l'artère fémorale, traitée sans succès par diverses compressions, par la bande d'Esmarch. La tumeur, située dans le triangle de Scarpa, avait 10 centimètres de longueur; battements, expansion, bruit de souffle, etc. Ligature par la méthode d'Anel, à 8 centimètres de l'arcade crurale; pansement antiseptique; guérison.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HOUEL.

Pigmentation des cellules géantes dans la tuberculose : M. Cornil. — Température du thorax à l'état physiologique et dans les affections des voies respiratoires : M. Redard. — Températures périphériques et spécialement températures péricrâniennes dites cérébrales : M. Blaise. — Dilatation vasculaire réflexe par l'excitation du bout central du pneumogastrique : MM. Dastre et Morat. — Strongle géant dans une tumeur sous-cutanée : M. Mégnin. — Exhalation de l'acide carbonique par le poumon atteint de bronchite à la suite de l'inhalation d'acide sulfureux : M. Gréhaut. — Resserrement actif du poumon produit par l'irritation des bronches : M. François-Franck.

M. *Cornil*, après avoir rappelé que depuis huit ans environ on s'est beaucoup occupé des cellules géantes qui se trouvent dans les foyers tuberculeux, appelle l'attention de la Société sur la présence très fréquente dans ces mêmes cellules de dépôts de pigment. Cette imprégnation pigmentaire peut provenir des molécules charbonneuses introduites dans le poumon par la respiration ou de la matière colorante du sang. Dans les cas de tuberculose chronique à forme fibreuse, les cellules géantes qu'on rencontre dans les noyaux indurés sont pour ainsi dire incrustées dans la masse et solidifiées par le dépôt pigmentaire qu'elles renferment. Il y a pour elles une condition de longue durée dans cette fixation au sein des masses indurées.

— M. *Redard* a étudié avec un appareil thermo-électrique la température de la peau du thorax à l'état physiologique et dans la pneumonie et la pleurésie aiguës.

I. A l'état normal, la moyenne est de 33°,5 à 34 degrés, chiffre inférieur à celui qui a été indiqué par la plupart des observateurs ; ceux-ci se servaient de thermomètres maintenus avec une bande ou recouverts d'ouate : dans ces conditions on obtient toujours des chiffres trop élevés ; la température cutanée monte pour ainsi dire indéfiniment en se rapprochant de la température centrale. Il existe presque toujours une différence de 3, 4, 5 dixièmes de degré, quelquefois de 1 degré tout entier, entre les deux côtés du thorax.

II. Au point de vue pathologique, ces recherches ont conduit aux résultats suivants : Dans la pneumonie et dans la pleurésie aiguës unilatérales, la température est égale du côté sain et du côté malade : ceci est la règle générale. Quelquefois même on observe des différences de 2, 3 dixièmes de degré en faveur du côté sain. Parfois aussi on note dans la pneumonie une élévation du côté atteint ; mais *dans ce cas l'hyperthermie existe non seulement au niveau du foyer pneumonique, mais dans toute l'étendue du thorax, dans l'aisselle* (comme l'avait signalé Gubler), *au niveau du bras, des lombes*, etc. L'élévation unilatérale est moins fréquente dans la pleurésie aiguë que dans la pneumonie.

Dans les états fébriles, la température périphérique tend à se rapprocher de la température centrale, mais dans aucun cas la température thoracique n'a été supérieure à celles de l'aisselle et du rectum.

— M. *François-Franck* présente, au nom du docteur *Blaise*, chef de clinique à Montpellier, un important travail ayant pour titre : « Contribution à l'étude des températures périphériques, et particulièrement des températures dites cérébrales, dans les paralysies d'origine encéphalique ».

M. Blaise a divisé son travail en deux parties : l'une relative aux *températures péricrâniennes* dites cérébrales, l'autre aux *températures de l'aisselle et des membres ;* il a étudié les conditions physiologiques de ces deux séries de températures en s'appuyant sur les travaux antérieurs dont il donne une critique très complète, et sur ses propres recherches. Il arrive à conclure que de sérieuses réserves doivent être faites au sujet des rapports directs qui ont été admis entre la température péricrânienne et celle du cerveau lui-même ; cependant on pourra quelquefois tirer parti des indications périphériques dans l'étude clinique des affections cérébrales. Ce travail, qui intéresse à la fois les physiologistes et les cliniciens, est renvoyé à la Commission du prix Godard pour 1881.

— M. *Mathias Duval* lit, au nom de MM. *Dastre* et *Morat*, une note relative aux effets vasculaires produits par l'excitation du bout central du pneumogastrique dans des conditions variées. Si, après avoir enlevé le ganglion cervical supérieur d'un côté chez le chien, on excite le bout central du pneumogastrique correspondant, on voit se produire, du *côté opposé*, une dilatation vasculaire très nette de la muqueuse de la lèvre et de la joue. Vient-on à sectionner le tronc commun du pneumogastrique et du sympathique opposé au bout central du pneumogastrique qu'on a excité, en répétant l'excitation on n'observe plus la dilatation vasculaire croisée obtenue auparavant. « Ceci, disent les auteurs, prouve une fois de plus que la dilatation se fait par le sympathique, puisque, celui-ci étant interrompu, la dilatation directe disparaît du côté opéré, et que la dilatation croisée ou réflexe disparaît à son tour, lorsque l'on coupe ensuite le second cordon vago-sympathique. » MM. Dastre et Morat se contentent de signaler le fait, se réservant son interprétation et ses conséquences.

— M. *Mégnin* présente un strongle géant femelle, long de 80 centimètres, large de 1 centimètre, recueilli dans une tumeur mammaire voisine de l'ombilic, chez une chienne en lactation : la tumeur avait acquis le volume d'un œuf d'oie et fut débarrassée du parasite par une incision. C'est le deuxième exemple que M. Mégnin signale de strongle géant trouvé en dehors des reins et d'un autre point de l'appareil urinaire, appareil regardé jusqu'à présent comme l'habitat exclusif de ce parasite. Déjà l'année dernière il avait présenté à la Société un strongle géant trouvé complètement libre dans la cavité abdominale d'un chien sacrifié au laboratoire de M. Robin, et dont les reins, les uretères, la vessie et l'urèthre étaient parfaitement sains.

— M. *Gréhant* a comparé la quantité d'acide carbonique exhalé chez le chien à l'état normal et à la suite d'une inflammation de la muqueuse bronchique provoquée par les inhalations d'acide sulfureux. Normalement, pour 50 litres d'air respiré, le chien émet 3gr,1 d'acide carbonique ; quand on a produit la bronchite intense qui suit la respiration d'air chargé d'acide sulfureux, on constate qu'il n'y a plus que 2gr,2 d'acide carbonique exhalé par le même animal : la diminution est donc de 1/3 environ. Pour faire respirer l'acide sulfureux, M. Gréhant a employé des soupapes de Müller, en renouvelant à mesure qu'elle s'épuisait la provision d'acide sulfureux en solution dans l'eau du flacon où se fait l'inspiration.

— M. *François-Franck* a étudié les effets immédiats produits sur le poumon lui-même par les inhalations du même gaz irritant. Il a vu un manomètre en rapport avec la cavité pleurale et accusant une certaine dépression qui exprime la valeur de l'aspiration thoracique, indiquer une augmentation considérable de l'aspiration thoracique quand on insuffle de l'air chargé d'acide sulfureux dans la trachée. Les animaux étant curarisés, ce phénomène ne peut être mis sur le compte d'une modification dans le jeu des muscles thoraciques ou abdominaux ou du diaphragme : l'excès d'aspiration thoracique ne peut résulter que d'un *resserrement du poumon lui-même*. On prouve qu'il en est bien ainsi en comparant la pression à laquelle on doit soumettre l'air insufflé dans la trachée pour arriver à développer également le poumon, avant et après les insufflations : avant l'introduction du gaz irritant, une pression de 4 centimètres de mercure suffit pour déployer le poumon et dilater le thorax d'une quantité déterminée ; il faut doubler cette pression de l'air insufflé pour arriver au

même résultat après les inhalations irritantes. Enfin, le resserrement actif du poumon se démontre par la déformation des cartilages costaux qui s'aplatissent et se dépriment en dedans. M. François-Franck discutera plus tard le mécanisme de ce phénomène et indiquera les modifications vasculaires et cardiaques qui l'accompagnent : il se contente de signaler le fait à propos des expériences de M. Gréhant, sans chercher cependant entre la diminution de la capacité pulmonaire qu'il signale et la diminution de l'exhalation d'acide carbonique, étudiée par M. Gréhant, un rapport qu'il dit ne pas exister ; les troubles respiratoires qu'il vient d'indiquer étant les effets immédiats des inhalations, ceux qu'a exposés M. Gréhant étant secondaires et résultant des lésions de la muqueuse et de l'épithélium.

F.-F.

BIBLIOGRAPHIE

La folie à deux ou folie simultanée, avec observations recueillies à la clinique de pathologie mentale, par le docteur Emmanuel Régis, interne du service clinique de Sainte-Anne, lauréat de la Société médico-psychologique (prix Esquirol).

La *folie à deux,* dont M. Régis fait l'objet de sa thèse inaugurale, consiste, tantôt dans la communication, par un individu primitivement aliéné, de ses idées délirantes à une ou à plusieurs personnes de sa famille ou de son entourage, saines d'esprit ; tantôt dans la manifestation et le développement simultané d'un délire similaire et commun, chez deux individus véritablement aliénés, vivant ensemble ou dans une fréquentation habituelle.

Jusqu'en ces dernières années, aucun travail spécial, n'avait paru sur ce sujet. La science ne possédait que des faits épars et isolés, notamment deux observations; l'une, de M. Moreau (de Tours), insérée dans sa *Psychologie morbide,* l'autre, de M. Dagron, publiée dans les *Archives cliniques des maladies mentales,* 1862. Nous devons citer aussi un cas intéressant, relaté dans sa thèse (1868), par M. le docteur Maret, sous le titre significatif de *Délire en partie double.* C'est à MM. Lasègue et Jules Falret que revient le grand mérite d'avoir, les premiers, fait connaître et mis en lumière cette curieuse affection; de l'avoir longuement étudiée et savamment décrite, sous le nom qu'elle porte aujourd'hui : d'abord dans une communication verbale à la *Société médico-psychologique* (séances du 30 juin et du 28 juillet 1873), puis, quatre années plus tard, dans un remarquable mémoire inséré dans les *Annales médico-psychologiques* (novembre 1877). Depuis lors, M. Legrand du Saulle a publié un remarquable chapitre sur cette question, dans son *Traité du délire des persécutions.*

Dès l'abord, et pendant les deux courtes discussions qui suivirent la communication de MM. Jules Falret et Lasègue, à la Société médico-psychologique, MM. Baillarger et Lunier présentèrent certaines réserves et insistèrent sur la nécessité d'établir une distinction formelle entre deux ordres de faits bien différents, qui doivent être discernés et séparés dans l'étude de la folie à deux. En effet, d'une part, on observe des cas assez nombreux où une ou plusieurs personnes, vivant dans la compagnie et dans l'intimité d'un fou, finissent par se laisser persuader et convaincre, accepter ses idées fausses, croire à la réalité de ses hallucinations, sans pour cela devenir elles-mêmes aliénées, dans le sens pathologique et légal du mot ; ce sont le plus souvent des gens ignorants ou simples d'esprit, dupes d'un excès de crédulité. D'autre part, il existe des cas plus rares, où deux sujets, généralement héréditaires et prédisposés, sont atteints concurremment de folie, par suite de leur contact habituel et prolongé, et présentent la même forme et souvent le même degré de délire.

La thèse de M. le docteur Régis a pour principal objet de démontrer toute l'importance de cette distinction fondamentale, d'exposer les symptômes propres à chacun de ces deux ordres de faits, d'en faire ressortir les traits caractéristiques et les différences essentielles.

Pour arriver à justifier et à bien établir cette opinion, dont l'initiative et la priorité appartiennent à MM. Baillarger et Lunier, M. Régis consacre deux longs chapitres à la description des deux formes de la folie à deux.

Dans le premier chapitre, l'auteur esquisse à grands traits, mais avec beaucoup d'exactitude et de fidélité, d'après ses propres observations et celles de MM. Lasègue, Falret et Legrand du Saulle, le tableau de la première variété, la plus ordinaire, la plus fréquente, la plus connue, celle qui a été plus particulièrement décrite par MM. Lasègue et Falret, et dans laquelle un aliéné jouant le rôle de provocateur, de personnage *actif,* transmet, communique, impose pour ainsi dire, ses conceptions délirantes à un individu ordinairement moins intelligent que lui, et qui devient, dans ce duo pathologique, l'élément subordonné, l'organe soumis et *passif,* tout en restant dans les limites de la raison.

M. Régis examine successivement les conditions intellectuelles et morales des deux individus, leur façon de vivre vis-à-vis l'un de l'autre, la nature des idées communiquées, leur mode de transmission et de développement, leur marche, leur degré, leurs variations, et, enfin, l'effet produit sur chacun d'eux par la séparation. L'auteur insiste, à l'exemple de MM. Lasègue et Falret, sur un point caractéristique, à savoir que le malheureux influencé ne suit pas toujours son mauvais génie jusqu'au bout de ses divagations, et qu'il n'accepte, le plus souvent, et ne s'assimile de ses idées fausses que celles qui se rapprochent le plus de la vraisemblance. De là, une ligne de démarcation notable et même une différence capitale entre le créateur du délire et celui qui le reflète : l'un est vraiment atteint de folie ; l'autre n'en a que la surface et les apparences ; si bien qu'il suffit de le séparer et de l'éloigner de son congénère pour obtenir sa prompte guérison et dissiper son égarement passager. Il arrive quelquefois, dans cette première forme de la folie à deux, que l'aliéné actif associe à son délire, non seulement un seul individu, mais encore plusieurs personnes de son entourage intime.

Le deuxième chapitre est la partie la plus neuve, la plus originale, la plus intéressante de la thèse. Il renferme une étude approfondie et complète de la seconde forme de la folie à deux, de la *véritable,* de celle où les deux personnages sont atteints concurremment d'une folie franche, confirmée et marchant de concert. M. Régis, voulant contribuer à la solution de ce sujet encore controversé, et dont la discussion est toujours pendante, a exposé, dans son travail, les longues et persévérantes recherches spéciales qu'il a entreprises à cet effet, et la riche moisson de faits qu'il a recueillis pendant son internat à Ville-Evrard et à l'asile Sainte-Anne, dans le service de clinique mentale de M. le professeur Ball. Non content de ce contingent d'observations personnelles, l'auteur a puisé d'utiles documents dans les cas analogues, rapportés par MM. Moreau (de Tours), Dagron, Lasègue et Jules Falret, Baillarger, Lunier, Legrand du Saulle, Doutrebente, Magnan et Maret. C'est à l'aide de tous ces matériaux cliniques, de tous ces éléments de preuves, soigneusement analysés, comparés et commentés, que M. Régis a pu donner une description très exacte de cette folie à deux, dont le caractère essentiel consiste dans la coexistence et la simultanéité d'une même maladie mentale chez deux individus vivant étroitement unis. L'auteur s'est appliqué à éclaircir quelques points obscurs de l'étiologie et de la pathogénie de cette singulière affection, à déterminer son mode d'origine et d'évolution, son développement tantôt rapide, tantôt lent et progressif, sa marche parallèle chez les deux codélirants. Il a cherché à préciser la nature, le degré et les variations des manifestations délirantes communes, leurs diverses phases de rémission ou

de paroxysme; il a, enfin, signalé les particularités et les incidents étranges qui résultent du contact permanent, des influences mutuelles, du parfait accord et de l'étroite solidarité des deux aliénés, divaguant ensemble, déraisonnant à l'envi, faisant un continuel échange d'idées fausses et de conceptions extravagantes, et finissant par mêler leur délire individuel et le confondre en un seul et même délire.

L'auteur expose une relation très détaillée et très complète de cinq observations recueillies par lui dans le service de M. le professeur Ball, observations très probantes et pleines d'intérêt, qui ont été le point de départ, le principe et la base du travail actuel, et qui sont destinées aussi à démontrer et à confirmer, par une sanction clinique, la justesse et l'exactitude des opinions exprimées dans le second chapitre de la thèse, au sujet du vrai délire en partie double. On trouve la réalisation du type le plus accompli de ce délire similaire et concomitant dans ces cinq cas, très remarquables et très significatifs, dont deux se passent entre mari et femme, deux autres entre sœurs, et le cinquième entre frères.

Une étude attentive, une analyse minutieuse, une rigoureuse interprétation de ces faits concordants, a conduit M. Régis à assigner à la seconde variété de folie à deux les principaux caractères suivants : Deux individus, héréditaires et prédisposés à la folie, vivant en contact intime et prolongé, deviennent fous *simultanément*, sous l'influence de causes occasionnelles et déterminantes, agissant sur eux à la fois, au même moment et de la même façon. Ils sont ordinairement atteints au même degré. Ils ont exactement le même délire, qui est le plus souvent le délire de persécution, les mêmes hallucinations, le même langage pathologique; ils se livrent aux mêmes divagations et quelquefois aux mêmes actes désordonnés. La séparation n'a généralement aucune influence heureuse sur leur état mental, contrairement à ce qui s'observe dans la première variété de la folie à deux. Il existe encore d'autres signes distinctifs plus importants, sur lesquels l'auteur a longuement insisté dans le cours de sa démonstration.

Tous ceux qui liront cette thèse, sans idée préconçue, reconnaîtront, avec nous, que l'auteur a atteint son but principal, en démontrant et en établissant, par des preuves décisives empruntées à l'observation clinique, la distinction fondamentale, signalée pour la première fois par MM. Baillarger et Lunier, entre les cas de folie à deux où un seul des sujets est aliéné, l'autre n'étant simplement qu'influencé et dupe d'un excès de crédulité; et les cas où les deux sujets sont atteints concurremment d'une réelle et complète folie. D'après M. Régis, cette dernière forme mériterait seule le nom de *folie à deux*, parce qu'elle seule réunit la condition essentielle de la coexistence et de l'association de deux aliénés, condition qui manque à la première forme. Cette proposition nous paraît un peu trop exclusive. Nous croyons que, malgré les différences réelles et incontestables qui les séparent, il existe entre les deux variétés de folie à deux certaines analogies et certaines ressemblances qui les rapprochent et permettent de les réunir sous une dénomination commune, celle qui a été si bien choisie, dès l'origine, par MM. Lasègue et Falret, qui est consacrée par l'usage et universellement adoptée. Seulement, on pourra, pour marquer la distinction de chaque forme, ajouter à la première, comme l'ont déjà fait MM. Lasègue et Falret, la qualification de folie *communiquée*, et à la seconde, comme le propose M. Régis, la désignation de *folie simultanée*.

Pour achever et résumer notre appréciation sur cette thèse, nous dirons qu'elle a le mérite de répandre et de traiter à fond une question restée en suspens, d'y introduire des éléments précieux et des documents nouveaux, d'en élucider certains points obscurs et d'en avancer la solution définitive. Elle porte la marque d'un esprit judicieux et bon observateur, qui a déjà donné ses preuves dans deux autres remarquables mémoires, auxquels la Société médico-psychologique a décerné le prix Esquirol (1879) et le prix des Annales. (1880).

Le sujet de notre article nous fournit une occasion bien naturelle de constater l'impulsion toute récente, et déjà féconde, qui s'est produite dans l'étude, naguère encore si délaissée, de la folie; et cela, sous l'influence des belles conférences de M. le professeur Lasègue à l'Ecole de médecine, des leçons de M. Jules Falret à l'École pratique, des cours de clinique libre institués par Ferrus, Falret, Trélat et Baillarger, continués par leurs éminents élèves et successeurs, à la Salpêtrière, à Bicêtre et à Sainte-Anne. Ce mouvement va grandir encore, grâce à la création, longtemps désirée et enfin obtenue, d'une chaire de pathologie et de clinique mentales à la Faculté de Paris, grâce aussi au talent et au zèle du savant professeur qui a inauguré avec un brillant succès le nouvel enseignement. C'est, nous l'espérons bien, le commencement d'une ère de progrès, d'avancement et de prospérité pour la science psychiatrique en France.

A. L.

VARIÉTÉS

Réclamation. — M. le docteur Burq nous adresse, à propos d'un mémoire publié le 2 janvier dans la *Gazette hebdomadaire*, par M. le docteur Grasset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, sur la propriété esthésiogène des vésicatoires, une réclamation dont la substance se trouve être reproduite et développée dans la deuxième conclusion du travail qu'il a lu à l'Académie (voy. plus haut p. 714).

Faculté de médecine de Paris (Année scolaire 1880-81).

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre :

Physique médicale : M. Gavarret. — Physique biologique : Des phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. — Lundi, à cinq heures (petit amphithéâtre). — M. Gariel. — Physique générale : Actions moléculaires. — Chaleur. — Electricité. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Jaccoud. — Maladies des poumons et du cœur. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures.

Anatomie : M. Sappey. — Les appareils de la vie nutritive et les appareils de la génération. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures.

Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard. — Etiologie et pathologie générales : Contagion et infection. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Chimie médicale : M. Wurtz. — Chimie inorganique comprenant les applications à la médecine.—Mardi, jeudi, samedi, à midi

Pathologie chirurgicale : M. X... — Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures.

Opérations et appareils : M. Léon Le Fort. — Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des vaisseaux, des téguments et des os. — Amputations, résections. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures.

Histologie : M. Robin. — 1° L'anatomie générale : Les principes immédiats et les éléments anatomiques ; 2° Les humeurs normales et morbides du corps humain. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des maladies parasitaires.—Bibliographie : bibliographie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours de huit à dix heures du matin. — M. Lasègue, à la Pitié, tous les jours, de huit heures à dix heures du matin. — M. Hardy, à la Charité, tous les jours, de huit à dix heures du matin.— M. Potain, à Necker, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Parrot, à l'hospice des Enfants assistés, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, tous les jours, de huit à dix heures du matin

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, à la Charité, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de huit à dix heures du matin. — M. Trélat, à Necker, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Depaul, à la Clinique de la Faculté, tous les jours, de huit à dix heures du matin.

Conférences de médecine légale pratique : M. Brouardel, à la Morgue, tous les mardis, à quatre heures.

Anatomie. Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf. — Articulations, muscles, vaisseaux. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures et demie. (Ecole pratique, rue Vauquelin.)

COURS AUXILIAIRES

Cours auxiliaire de chimie médicale : M. Henninger, agrégé. — Biologie générale : Phénomènes chimiques de la digestion. — Mercredi, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale : M. de Lanessan, agrégé. — Zoologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à deux heures (grand amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Dieulafoy, agrégé. — Maladies du larynx, des bronches, de la plèvre et des vaisseaux. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. Berger, agrégé. — Maladies de l'abdomen, du rectum et des organes génitaux. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire d'accouchements : M. Pinard, agrégé. — Dystocie. — Chirurgie obstétricale. Manœuvres. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (petit amphithéâtre).

Cours auxiliaire de physiologie : M. X...

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique : M. Ollivier, agrégé. — Anatomie pathologique de l'appareil digestif. — Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (petit amphiéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, directeur des travaux anatomiques. — Enseignement de l'ostéologie : Dissection. — Démonstrations quotidiennes d'anatomie par les prosecteurs. — Tous les jours, étude et dissection, de midi à quatre heures. — Démonstration dans chaque pavillon, de une à quatre heures.

Physiologie : M. Laborde, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations de physiologie.

Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'histologie.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histoire naturelle. — Lundi, jeudi (1re série); mardi, samedi (2e série), de neuf à onze heures.

Chimie médicale : M. Willm, chef des travaux. — Manipulations chimiques. — Mardi, jeudi, de une à trois heures; mercredi, vendredi, de huit à dix heures.

Physique médicale : M. Gay, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques de physique. — Conférences de physique. — Mardi, jeudi, samedi, de quatre à six heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des travaux. — Exercices pratiques et démonstrations d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Paris. — Les pavillons de dissection de l'Ecole pratique seront ouverts à partir du vendredi 5 novembre 1880, tous les jours, de midi à quatre heures, sous la direction de M. Farabeuf, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne d'anatomie, à une heure, dans chaque pavillon.

1° Les exercices de dissection sont obligatoires, pendant toute la durée du service d'hiver, pour tous les étudiants de deuxième et troisième année, c'est-à-dire pour tous ceux qui ont de cinq à douze inscriptions. Ces élèves sont tenus de prendre part aux exercices de dissection et doivent se faire inscrire, du 3 au 18 novembre, au bureau du chef du matériel de l'Ecole pratique, tous les jours, de midi à quatre heures. Les étudiants qui n'ont pas encore disséqué ont à subir un examen préalable d'ostéologie. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le jour même de l'ouverture des pavillons.

Les exercices de dissection sont facultatifs pour les étudiants ci-après : A. Elèves de quatrième année; — B. Elèves ayant seize inscriptions. — Ces étudiants, s'ils désirent prendre part aux travaux pratiques d'anatomie, devront se munir d'une autorisation du doyen et se faire inscrire ensuite au bureau du chef du matériel de l'Ecole pratique, du 3 au 18 novembre. Les docteurs français et étrangers sont soumis aux mêmes formalités.

3° Passé le 18 novembre, nul ne pourra être admis aux travaux pratiques d'anatomie sans une décision spéciale.

4° La mise en séries sera faite par les soins du chef des travaux anatomiques, dans l'ordre suivant : A. Elèves de deuxième et de troisième année. — B. Elèves ayant seize inscriptions. — C. Elèves de quatrième année. — D. Docteurs français et docteurs étrangers.

Nul ne peut être admis à s'inscrire à l'Ecole pratique pour la dissection, s'il ne présente : 1° sa carte d'admission aux travaux pratiques, délivrée par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance détachée du registre à souches constatant le payement des droits. Les bureaux de la Faculté seront ouverts, pour la délivrance de ces pièces, du 3 au 18 novembre, de midi à quatre heures.

Mortalité a Paris (42e semaine, du vendredi 15 au jeudi 21 octobre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 914, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 17. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 29. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 5. — Méningite (tuberculeuse et aiguë), 39. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 154. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 29. — Pneumonie, 52. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon, 47; au sein et mixte, 32; inconnu, 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 92; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 60; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 20. — Causes non classées, 7.

Bilan de la 42e semaine. — La semaine se résume en deux mots : *état stationnaire général*, avec une atténuation notable des affections épidémiques les plus graves : *fièvre typhoïde* (27 décès au lieu de 37), *variole* (17 au lieu de 28), *diphthérie* (29 au lieu de 34); mais augmentation des décès par suite de *rougeole* (13 au lieu de 6) : cette dernière aggravation, vu les suites bronchiques si fréquentes de la rougeole, se rattache sans doute à l'augmentation simultanée des décès par *bronchite* (29 au lieu de 17) et par *pneumonie* (52 au lieu de 43). Cependant, malgré cette aggravation des affections catarrhales bronchiques, les décès par *athrepsie*, bien plutôt liés aux températures élevées, ont encore diminué, et ne donnent plus cette semaine que 83 décès enfantins alors qu'on en comptait 228 dans la 30e semaine (fin juillet), seulement 54 dans la 19e (mai), et moins encore en janvier. Ces rapides et profonds changements, selon les saisons, dans les décès enfantins par défaut de nutrition, indiquent clairement que nulle autre cause de mort n'est plus profondément sous l'influence des conditions du milieu, et, par suite, que nulle autre ne peut être aussi victorieusement combattue par l'hygiène, etc.

Cette semaine, sur 79 décès enfantins par athrepsie, dont le mode d'alimentation m'est donné, j'en trouve seulement 32 d'enfants nourris au sein, soit seul, soit aidé du biberon (mixte), et 47 de petits enfants alimentés autrement.

En ce qui concerne la part respective des quartiers, je ferai remarquer seulement que si la variole a diminué à peu près partout, cependant les quartiers des *Quinze-Vingts* et de *la Roquette* continuent à en être le siège de prédilection.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 4 novembre 1880.

Académie de médecine : LE VACCIN ATTÉNUÉ DU CHOLÉRA DES POULES. — ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DU CHARBON. — LE SECRET MÉDICAL. — TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE. — ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE LA RAGE. — LE DISCERNEMENT EN MATIÈRE CRIMINELLE.

Le vaccin atténué du choléra des poules. — Etiologie et prophylaxie du charbon.

Nous n'avons point à rappeler ici les diverses communications faites par M. Pasteur sur l'affection vulgairement appelée *choléra des poules*. Dans les cinq premières propositions qui résument ces travaux avec la précision que l'éminent académicien apporte à tous ses écrits, plusieurs faits considérables se trouvent énoncés. Le choléra des poules est une maladie virulente, constituée par un parasite microscopique qu'on multiplie aisément par la culture en dehors du corps des animaux que le mal peut frapper. De là, la possibilité d'obtenir le virus à l'état de pureté parfaite et la démonstration irréfutable qu'il est seul agent de maladie et de mort. Ce virus offre des virulences variables. Tantôt la maladie est nécessairement et rapidement mortelle; tantôt, après avoir provoqué des symptômes morbides d'une intensité variable, elle est suivie de guérison. Dans sa dernière communication, M. Pasteur démontre, avec la plus satisfaisante rigueur, que les différences que l'on constate dans la propriété du virus peuvent être artificiellement provoquées. Pour y parvenir, il prend, dans le sang d'une poule qui a succombé à la forme chronique du choléra, un virus qui, l'expérience le démontre, est à son degré maximum de virulence. Il fait des cultures successives de ce virus, à l'état de pureté, dans du bouillon de muscles de poule, en prenant chaque fois la semence d'une culture dans la culture précédente, et constate que cette virulence ne change pas d'une manière sensible lorsque les ensemencements successifs sont à peu près contemporains. Lorsque, au contraire, l'intervalle entre ces cultures successives devient de plus en plus grand, les phénomènes observés sont différents. Après un mois, six semaines, deux mois, on peut déjà reconnaître à certains signes comme un affaiblissement du virus inoculé. La rapidité de la mort est moins grande ; le virus semble avoir perdu son caractère foudroyant; mais les animaux succombent toujours. Après trois, quatre, cinq, huit mois et plus, les différences dans les virulences successives s'accusent, en décroissant de plus en plus et, après un temps suffisamment long, on obtient un virus tellement atténué qu'il donne une maladie bénigne et préserve de la maladie mortelle. Résultat plus surprenant encore, ces virus atténués se conservent avec leur intensité propre dans les cultures successives qu'on peut en faire. Chose également intéressante, un intervalle d'ensemencement qui suffit pour faire périr un virus atténué respecte un virus plus virulent qui peut bien en être atténué de nouveau, mais qui n'en meurt pas nécessairement. En résumé donc, il suffit d'espacer suffisamment les périodes d'ensemencement du virus pour l'atténuer au point de le rendre incapable de déterminer autre chose qu'une maladie bénigne. M. Pasteur ne s'est pas arrêté à cette constatation d'un fait capital dans l'histoire des maladies virulentes. Il s'est efforcé de déterminer la cause de la diminution de la virulence, et il est arrivé à ce résultat que c'est l'oxygène de l'air qui affaiblit et finit par éteindre la virulence. La démonstration qu'il en donne paraît être des plus pro-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le jubilé Pirogoff. — Sœurs de charité improvisées avec succès en Russie. — Un résultat des congrès de médecine : Création de maisons d'éducation pour les jeunes aveugles en Russie.—Programme de la Commission italienne pour l'étude des alcaloïdes cadavériques. — Questions d'intérêts professionnels : Un médecin condamné pour exercice de l'art vétérinaire ; demande de dommages intérêts pour avoir pratiqué une autopsie sans le consentement de la famille. — Moyen très simple d'avoir toujours un spéculum en main.

Il y eut cinquante ans le 2 octobre dernier que notre éminent confrère le docteur Nicolas Pirogoff entra dans la profession, et toutes les classes de la population russe se sont empressées de saisir cette occasion de témoigner à leur illustre compatriote leur estime et leur affectueuse admiration. *La Voix* écrit à ce sujet que le nom de Pirogoff est associé à toute réforme qui a été effectuée en Russie depuis un demi-siècle pour venir en aide à l'humanité souffrante. « On l'a vu, dit ce journal, s'oubliant lui-même, prodiguer ses soins aux blessés sur le champ de bataille pendant la guerre franco-allemande, et aux blessés et aux malades dans nos camps pendant la dernière guerre avec la Turquie.» La Russie sait apprécier dignement un homme qui a tant fait pour elle, et la nation joindra sa voix à celle du Conseil médical du ministre de l'intérieur, qui a fait parvenir à M. Pirogoff l'adresse suivante : « Nous remplissons l'agréable devoir de vous exprimer, en qualité de membre honoraire du Conseil, nos plus sincères félicitations à l'occasion du cinquantième anniversaire de votre carrière scientifique, et de payer notre tribut d'admiration à vos mérites. Le Conseil médical espère vous voir vivre encore de longues années pour le plus grand avantage de la science et pour l'honneur et la gloire de notre pays. »

bantes. Les cultures obtenues avec un virus très virulent, contenues dans des tubes de verre quelles remplissent aux deux tiers ou aux trois quarts de leur volume et qui sont fermés à la lampe d'émailleur, restent toujours, même après dix mois, semblables à celles du début, d'une virulence égale à celle du virus qui a servi à préparer les tubes fermés. Nous le répétons, ces expériences si nettes, si précises, prouvent jusqu'à l'évidence que l'on peut, dans une maladie virulente des mieux caractérisées, isoler et cultiver le virus, l'atténuer progressivement et déterminer, par son inoculation, une maladie non plus inévitablement et rapidement mortelle, mais bien une maladie bénigne, susceptible cependant de conférer l'immunité et de pousser la préservation assez loin pour que l'inoculation du virus le plus virulent ne produise plus du tout d'effet.

Nous nous associons sans aucune réserve aux conclusions que M. Pasteur tire de ces remarquables expériences. Il reste acquis à la science que, sous l'influence de l'action de l'oxygène de l'air, on peut lentement mais sûrement atténuer un virus. Il est probable que cette atténuation indique une vitalité moindre du microbe que M. Pasteur démontre être l'agent de la virulence. Mais si l'on rapproche les faits observés par M. Pasteur et les conclusions qu'il a légitimement déduites des faits cliniques observés chaque jour, et si l'on cherchait, dès aujourd'hui, à établir quelques analogies entre la maladie vulgairement appelée choléra des poules, et les maladies virulentes propres à l'espèce humaine, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., voire la syphilis, il est certaines réserves qui s'imposeraient à l'esprit du médecin. Ces réserves ne sembleront-elles pas légitimes si l'on réfléchit que, en ce qui concerne le charbon, l'action de l'oxygène de l'air paraît inefficace, puisque le sol imprégné de bactéridies charbonneuses reste si longtemps apte à transmettre la maladie avec toute sa violence? Il nous semble donc difficile de déduire dès aujourd'hui de ces expériences et de ces faits d'observation des conclusions relatives aux lois qui régissent les maladies épidémiques; et nous n'en voulons retenir que l'espérance très légitime d'arriver un jour à pouvoir isoler, puis cultiver, enfin atténuer pour les inoculer, les virus de certaines maladies propres à l'espèce humaine. Ce serait là un progrès si considérable, qu'il suffirait à immortaliser le nom de celui qui en aurait indiqué la réalisation. Mais il est une autre réflexion que nous voudrions surtout soumettre à M. Pasteur. Dans sa sixième conclusion il s'exprime de la manière suivante: « Sans vouloir rien affirmer présentement sur les rapports des virus varioleux et vaccinal humains, il est sensible par les faits précédents que, dans le choléra des poules, il existe des états du virus qui, relativement au virus le plus virulent, font l'office du vaccin humain relativement au virus varioleux. Le virus vaccin proprement dit donne une maladie bénigne, la vaccine, qui préserve d'une maladie plus grave, la variole. Pareillement, le virus du choléra des poules présente des états de virulence atténuée qui donnent la maladie et non la mort, et dans de telles conditions que, après guérison, l'animal peut braver l'inoculation du virus très virulent. La différence est grande cependant, à certains égards, entre ces deux ordres de faits, et il n'est pas inutile de remarquer que, sous le rapport des connaissances et des principes, l'avantage est du côté des études sur le choléra des poules : tandis qu'on discute encore sur les relations de la variole et de la vaccine, nous avons la certitude que le virus atténué du choléra dérive du virus très virulent propre à cette maladie ; qu'on passe directement du premier de ces virus au second; en un mot, que leur nature fondamentale est la même. »

Ces paroles que nous avons tenu à reproduire textuellement nous rappellent les différentes assertions émises par M. Pasteur alors qu'il déclarait avoir trouvé le vaccin du choléra des poules, et qu'à ce propos il soutenait que ses recherches sur le choléra des poules invitaient « à se demander si le virus varioleux ne peut être transformé en virus vaccin autrement qu'en passant par les animaux ». (Séance du 18 juin *Bull. de l'Acad.*, p. 529.) Or il nous semble qu'en atténuant le virus du choléra des poules, en déterminant une *cholérine* et non plus un choléra, M. Pasteur a réalisé expérimentalement ce que produisaient les médecins antérieurs à Jenner, alors qu'ils inoculaient la variole en choisissant pour ces inoculations préventives des sujets atteints de varioles bénignes ou de varioloïdes. Il a déterminé des phénomènes analogues à ceux que l'on a parfois essayé de produire par les syphilisations. On supposait qu'il existe des syphilis bénignes et des syphilis graves, et l'on essayait, en inoculant un virus naturellement atténué, de préserver de l'infection qui serait déterminée par un virus à son maximum d'activité. Mais tandis que les médecins varioliseurs et syphilisateurs provoquaient souvent des maladies graves et ne connaissaient aucune méthode efficace pour atténuer le virus dont ils se servaient, M. Pasteur indique cette méthode au moins en ce qui concerne le choléra des poules. C'est là un progrès considérable. Peut-on cependant donner le nom de

---

— L'état actuel des esprits tend à réduire de plus en plus le rôle des sœurs de charité dans les établissements hospitaliers. Les raisons sur lesquelles on s'appuie pour demander cette réforme ne concernent pas toutes le bien du service; c'est à ce dernier point de vue, qui nous préoccupe seul ici, que nous croyons devoir faire connaître un fait récent arrivé en Russie et favorable, il faut le reconnaître, à l'institution de *sœurs laïques*.

De 1877 à 1880, la diphthérie a exercé de grands ravages dans le district de Tchiquirine, gouvernement de Kiew; le nombre des malades a parfois atteint le chiffre de 6000 à la fois. Dans ces circonstances, l'assistance médicale dont est habituellement pourvu un district, c'est-à-dire un médecin et six assistants, se montra d'une déplorable insuffisance, et le docteur Soukatchew, médecin du district en question, prit d'excellentes mesures pour parer à la difficulté. Il proposa de former un corps de femmes de bonne volonté pour donner leurs soins aux malheureux malades, de les instruire sur la manière générale de traiter un cas de diphthérie, de leur fournir des médicaments, et de les distribuer dans les villages où l'épidémie régnait et qui étaient dépourvus de secours médicaux. Il voulait improviser ainsi un corps d'infirmières qui suppléeraient les médecins dans les endroits où ceux-ci ne pouvaient aller que rarement. Cette proposition fut soumise aux autorités locales et acceptée avec empressement.

M. Soukatchew entreprit lui-même l'éducation des femmes qui se présentèrent comme volontaires, et se déclara très satisfait des aptitudes de ses élèves. On leur apprit à observer les signes de la maladie, à employer certains modes de traitement, à séparer les malades des sujets sains, à désinfecter les maisons (en brûlant les vêtements ou le linge infectés); elle devaient en outre tenir les médecins au courant des progrès de l'épidémie. Cette conduite fut si bien appréciée des habitants du district, que lorsque plus tard il arriva un détachement sanitaire composé de sœurs de

vaccin à ce virus atténué dont l'activité et l'énergie sont variables, et qui confère une immunité dont la durée n'a point encore été expérimentalement établie? Le virus vaccin agit autrement que le virus variolique atténué. Toujours ou presque toujours semblable à lui-même, il détermine, quelle que soit sa provenance, une maladie qui se caractérise dans l'immense majorité des cas par une éruption *locale*, qui ne provoque qu'une faible réaction fébrile, qui évolue en huit jours et se transmet de bras à bras avec les mêmes caractères et la même intensité. Par la culture du vaccin sur la génisse, on arrive donc à obtenir un virus toujours semblable à lui-même et produisant toujours une immunité assez longue. Pour prouver que la vaccine n'est qu'une variole atténuée, il faudrait, par l'inoculation aux animaux de la variole humaine, déterminer toujours la vaccine, c'est-à-dire le *cowpox* et le *horse-pox*. Et, ce résultat obtenu, il serait non moins intéressant de rechercher si l'on ne pourrait, par une culture spéciale du virus vaccin, lui conférer des propriétés plus virulentes et déterminer alors, comme on l'observe dans certains cas, des éruptions généralisées ; ce serait la contre-partie des expériences réalisées par M. Pasteur au sujet du choléra des poules. Jusqu'à ce jour les médecins ont un moyen empirique de cultiver le vaccin ; c'est de l'inoculer aux animaux. Si M. Pasteur venait à montrer qu'en cultivant directement le virus variolique, en l'ensemençant dans un liquide approprié, puis en l'exposant à l'air pendant un certain temps, on arrive à déterminer par son inoculation des symptômes toujours identiques à ceux que produit la vaccine, il aurait rendu un immense service à la science et à l'humanité.

L. Lereboullet.

Le secret médical.

Nous avons relu avec attention, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, la très intéressante communication faite dans l'avant-dernière séance par M. A. Fournier. Comme à l'audition, la partie de ce mémoire relative au secret professionnel nous a paru appeler quelques observations. On sait ce dont il s'agit. Un homme est accusé de viol sur une enfant, qui est amenée à l'hôpital Saint-Louis. M. Fournier conçoit des doutes sur la vraie nature du désordre observé du côté des parties génitales, et obtient de l'enfant l'aveu que les lésions résultent de frictions exercées à l'aide d'une brosse dure par sa propre mère. C'est dans ces conditions que notre confrère déclare s'être regardé comme entièrement dégagé de l'obligation du secret médical.

Il ne faudrait pas se couvrir ici de cette circonstance particulière que le fait se passait dans un hôpital, où le médecin n'avait été mandé ni par la malade elle-même, qui était d'ailleurs mineure, ni par sa mère. Le hasard qui rapproche un patient et un médecin dans un établissement public fait naître l'obligation du secret tout aussi bien que des relations volontaires. Ce qu'il faut plutôt remarquer, c'est que le secret découvert par M. Fournier n'était pas celui de la petite victime, mais bien celui de la mère infâme qui avait tenté de faire servir son enfant à une ignoble spéculation ; et c'est à elle en réalité que son indignation d'honnête homme a refusé le bénéfice de son silence. Mais ce qui est, suivant nous, sujet à réserves, c'est la règle générale qu'il semble vouloir tirer de ce cas particulier. Le serment d'Hippocrate me touche, dit-il ; mais « entre le silence professionnel dont je pourrais faire bénéficier un scélérat et la préservation, la protection que je dois à un honnête homme, mon choix est tout fait. Enrayer une machination criminelle et, au besoin, la dénoncer à la société en vue de sauvegarder un innocent, me semble constituer un *devoir* social auquel je n'ai pas le droit, quoique médecin, de me dérober. »

Bien des confrères approuveront cette doctrine, et déjà même, séance tenante, une partie de l'Académie l'a accueillie par des marques non équivoques d'adhésion. Pourtant examinons.

Le serment d'Hippocrate, nous n'y attachons pas, sur ce point, une importance exagérée. A quoi engage-t-il ? Simplement à taire ce qu'on a pu voir ou entendre dans l'exercice ou *même en dehors de l'exercice* de son ministère, et *qui n'a pas besoin d'être divulgué*. L'engagement, on le voit, est assez élastique ; il ne porte manifestement que sur cette qualité ou cette vertu de tout homme bien élevé, mais plus particulièrement imposée au médecin, qu'on appelle la discrétion. C'est comme un précepte détaché du *De decenti habitu*. Mais à côté du serment il y a quelque chose de plus formel, de plus précis et de plus impératif : c'est l'article 378 du Code pénal, interdisant au médecin la révélation des secrets qu'on lui confie ; il y a de plus l'interprétation de la jurisprudence, d'accord en cela avec le sentiment moral, qui étend la prescription légale aux secrets qui ne résultent pas d'une confidence, et que le médecin a découverts dans l'exercice de sa profession.

Or la thèse de M. Fournier pourrait avoir le danger de met-

---

charité exercées, les habitants manifestèrent une préférence marquée pour les sœurs improvisées.

— On apprendra avec plaisir que les derniers congrès internationaux ont déjà porté leurs fruits en Russie. A la suite des communications et discussions sur les maladies des yeux et la cécité, le gouvernement russe a acquis la conviction que les jeunes aveugles sont, dans la plupart des cas, aussi capables d'être élevés et instruits d'une manière utile que leurs camarades plus heureux. Actuellement, bien que tout le monde sache qu'il y a des milliers d'enfants aveugles en Russie, il n'y a, dans tout l'empire, que quatre institutions destinées à en prendre soin et à les instruire, et capables de contenir ensemble une centaine de pensionnaires. Il est question, pour le moment, de former une Société pour l'éducation et l'instruction des jeunes aveugles; et comme travail préliminaire, on a envoyé à Dresde une institutrice pour y étudier le mode d'instruction mis en pratique dans cette ville.

— Nous avons dit dans une de nos précédentes chroniques qu'une Commission avait été instituée en Italie à l'effet d'étudier les propriétés et les caractères distinctifs des ptomaïnes ou alcaloïdes cadavériques. En France, cette question a été également l'objet d'études très intéressantes de la part de MM. Brouardel et Boutmy. A la dernière session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Reims), M. Boutmy a exposé les résultats auxquels son collaborateur et lui étaient déjà arrivés. (Voy. *Gaz. hebd.* du 3 septembre 1880, n° 36, p. 581.) La commission italienne s'est réunie à Rome à la fin du mois dernier. Après avoir nommé comme président le professeur Selmi, qui a la plus grande expérience du sujet, et comme secrétaire le professeur Mosso, on formula les propositions suivantes qui constituent en quelque sorte le programme des travaux que devra exécuter la Commission :

1° Dans quelles conditions du cadavre se forment les substances vénéneuses? Quelle est la nature et établir

tre trop à l'aise la conscience du médecin dans bien des circonstances analogues à celles où il s'est lui-même trouvé. Un meurtrier se blesse dans la lutte avec sa victime ; ou (si l'on veut un exemple où la simulation joue un rôle, et comme il s'en produisait un récemment devant les tribunaux), un commis infidèle cache en lieu sûr l'argent dont il est dépositaire et se blesse pour faire croire à une attaque de voleurs. Le blessé s'adresse à un médecin et lui fait connaître la vérité, ou le médecin la découvre. Personne ne mettra en doute, pas même M. Fournier, que le secret médical soit ici de stricte obligation. Il y a véritablement contrat moral entre le coupable malade et vous qui avez consenti à lui donner vos soins. Mais la justice informe ; elle s'égare et met la main sur un innocent. Est-ce que le contrat de tout à l'heure a cessé pour cela d'exister ? Est-ce que le principe sur lequel il repose ne reste pas le même ? Est-ce que votre engagement moral envers le patient était conditionnel ? Est-ce que vous l'aviez prévenu que telle ou telle conjoncture pourrait se présenter qui vous amènerait à le rompre ? Non ! Avec Barth au Congrès médical de 1845, avec Trébuchet dans ses écrits, avec beaucoup de jurisconsultes éminents, nous regardons ce genre d'obligation comme absolu et fermé à tout accommodement. Ne perdons pas de vue que l'article 378 du Code pénal, s'il peut avoir en certains cas exceptionnels, nous ne le contestons pas, de fâcheuses conséquences, est dans son esprit, dans sa teneur, dans l'immense majorité de ses applications, la sauvegarde de l'honneur des familles, en même temps qu'il consacre la dignité de la profession médicale. Or, il est impossible de livrer à la diversité des appréciations individuelles l'obéissance à la loi, et surtout à une loi de cette importance.

Mais, si je ne parle pas, un innocent va payer pour le coupable ! C'est ce que nous allons voir. En attendant, nous ferons remarquer que cette fâcheuse alternative n'est pas unique dans la vie professionnelle du médecin. On le consulte, à l'occasion d'un mariage, sur la santé d'un de ses clients, qui est syphilitique. Son devoir est de se taire ; l'auteur de *La syphilis dans le mariage* le sait mieux que personne. Cependant, si l'union se contracte, ce qui va en résulter sera plus lamentable, nous ne craignons pas de le dire, qu'une erreur judiciaire en matière criminelle ; car là aussi il y aura des victimes : d'abord la femme, qui peut-être, elle aussi, sera condamnée par une opinion égarée, et qui eût souvent préféré à son sort la mort elle-même ; puis les enfants sortis de ces deux sources impures. Heureusement, de telles conséquences ne sont pas fatales. C'est au médecin à chercher dans son expérience, dans les ressources de son esprit, dans son action sur son client, les moyens de les prévenir. Dans l'espèce qui nous occupe, il y en a plus d'un. Que le médecin s'adresse au criminel ; que, *sauf à régler ensuite sa conduite sur son devoir professionnel*, il se déclare décidé à ne pas se prêter à la condamnation d'un innocent ; qu'il fasse appel à ce qui reste ou ce qui peut être réveillé de bons sentiments au fond des cœurs les plus pervers. Pourquoi réussirait-il moins dans cette tâche, avec la possibilité d'une évasion dont il n'a pas à s'occuper, que le juge d'instruction ou de cour d'assises, auxquels il arrive si souvent d'obtenir du criminel, au risque d'une condamnation prochaine, la rétractation d'accusations fausses et intéressées. Ce procédé échoue-t-il ? Il en reste un autre, qui est la menace formelle d'une dénonciation, avec cessation immédiate de tout soin médical. Dans l'hypothèse enfin où prière et menace seraient également sans effet, l'innocent restant toujours en péril, on n'oserait plus blâmer un médecin qui, après avoir rompu toute relation avec le coupable, irait trouver l'autorité judiciaire pour l'avertir, sous la réserve du secret professionnel, qu'elle fait fausse route. Si cette démarche elle-même pouvait encore être considérée, à certains égards, comme une dénonciation indirecte, au moins ne serait-elle pas une violation ouverte, préméditée, de la loi, et aurait-elle son excuse dans les tentatives faites pour l'éviter.

On dit souvent que la médecine est un sacerdoce. Le médecin est donc un prêtre ; et dès lors il doit se conduire comme le prêtre, auquel rien n'arrache jamais un secret appris dans l'exercice de son ministère.

A. Dechambre.

Traitement des abcès du foie.

La gravité des abcès du foie, comme l'a fort bien dit M. Jules Rochard (et non Félix Rochard, ainsi qu'on l'a imprimé par erreur au compte rendu de l'Académie, p. 714), est telle que, d'après les statistiques les plus favorables, la mort en est le résultat dans 80 cas sur 100. L'intervention chirurgicale peut seule diminuer cette mortalité effrayante et l'abaisser à 48 ou 50 pour 100. Mais les procédés qui permettent d'intervenir rapidement et d'éviter les accidents auxquels peut donner lieu l'ouverture de l'abcès sont encore

---

les caractères chimiques et physiologiques capables de permettre de distinguer les ptomaïnes des alcaloïdes végétaux et des autres substances vénéneuses de nature organique ? — 2° Comment se développent les produits toxiques dans les parties de cadavre conservées dans l'alcool, de manière à pouvoir faire la preuve et la contre-épreuve ? — 3° Quelle est la plus petite dose de poison capable de tuer un animal, et cette dose peut-elle être retrouvée dans l'animal lui-même par l'analyse chimique ? — 4° Quelles sont les modifications des effets physiologiques produits par les substances toxiques au point de vue de leur dose, de leur mode d'administration et des espèces d'animaux ? — 5° Quelle est la quantité d'une substance toxique donnée qu'on peut extraire d'un animal, en proportion de celle qui fut administrée pour produire la mort ? — 6° Quelles sont la résistance et les modifications que peuvent subir les substances toxiques pendant le processus de putréfaction ? — 7° Si la constitution chimique des substances toxiques peut être altérée par les opérations nécessaires pour les extraire des cadavres et pour les purifier. — 8° De quelle manière et jusqu'à quel point, dans les extraits cadavériques, les matières hétérogènes qui restent unies aux substances toxiques ingérées influent pour modifier les relations chimiques et les propriétés physiologiques ? — 9° Quelles modifications dans les effets physiologiques et dans les relations chimiques sont produites par le mélange de deux ou de plusieurs substances toxiques ?

La Commission ayant reconnu que la partie la plus étendue et la plus laborieuse des études à faire incombait particulièrement aux chimistes, manifesta unanimement le désir de s'adjoindre de nouveaux membres : les docteurs Icilio Guareschi et Pietro Spica, professeurs de chimie pharmaceutique et de toxicologie aux universités de Turin et de Padoue.

Comme il était impossible que les commissaires pussent exécuter ces travaux vastes et multiples dans la même ville et dans le même laboratoire ; comme d'autre part il était utile que certaines recherches se fissent dans des conditions va-

très discutés. « Une méthode qui permettrait d'agir de bonne heure, d'opérer presque à coup sûr et de guérir en un mois, constituerait donc, dit M. J. Rochard, un progrès considérable. » Ce progrès peut-il être regardé comme réalisé par la méthode du docteur Louis-Stromeyer Little, médecin de l'hôpital de Shang-Haï? Il nous paraît difficile de l'affirmer, en raison du petit nombre d'observations sur lesquelles elle peut baser ses espérances; mais il faut reconnaître que la rapidité de la guérison, dans les trois cas analysés par M. Rochard, plaide en faveur du procédé opératoire qu'il recommande. Ce procédé consiste à vérifier, à l'aide d'une ponction exploratrice, le siège de la collection purulente, « puis à se servir de l'aiguille comme d'un conducteur pour ouvrir très largement l'abcès avec le bistouri, vider sa cavité de tout ce qu'elle renferme et prévenir les accidents consécutifs par des injections antiseptiques, le drainage et le pansement de Lister ». Le diagnostic de l'abcès du foie étant bien établi, et l'on pourra trouver à cet égard, dans la savante communication de M. J. Rochard, des indications très précises, il est encore assez difficile de décider de l'utilité ou des dangers d'une intervention chirurgicale. La ponction capillaire du tissu du foie, les expériences de M. Lavigerie et l'observation si concluante de M. Jaccoud le démontrent jusqu'à l'évidence, est le plus souvent inoffensive; on peut donc tenter de vérifier le diagnostic par la ponction exploratrice toutes les fois que l'abcès a déterminé un changement de forme et de volume du foie. Mais l'abcès ayant été reconnu, faut-il, avant de tenter une ponction même aspiratrice, attendre la formation d'adhérences solides? Faut-il même, comme le conseillait Trousseau, s'efforcer de provoquer la formation de ces adhérences par l'acupuncture? C'est là une question qui nous semblait résolue par l'expérience, mais que les objections faites à M. J. Rochard par MM. Depaul et Blot nous obligent à discuter de nouveau. La formation d'adhérences solides dans toutes les maladies du foie est très difficile à réaliser artificiellement. Dans les abcès du foie comme dans les kystes hydatiques, les applications de potasse caustique, destinées à provoquer ces adhérences avant l'évacuation du pus (procédé de Récamier), ne réussissent pas toujours; l'observation communiquée par M. Blachez à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (*Gaz. hebd.*, p. 716) le prouve jusqu'à l'évidence. Nous avons nous-même vu dans un cas semblable les adhérences ne se produire qu'incomplètement et très tardivement. Enfin nous ne connaissons point de symptôme qui permette d'affirmer que des adhérences solides fixent les parois d'un abcès à la paroi abdominale. D'ailleurs tous les procédés, quels qu'ils soient, imaginés dans ce but sont très lents, et chacun sait que, dans les cas d'abcès du foie, il est souvent nécessaire d'agir très rapidement. D'autre part, les procédés qui ont pour but de provoquer ces adhérences ont parfois un résultat fâcheux. « Si l'on considère, dit M. Boinet, que les adhérences, en fixant le foie contre la paroi abdominale, empêchent la rétraction et la cicatrisation du foyer, on comprendra, et plusieurs faits l'ont démontré, que le foie ne pourra jamais reprendre sa position normale, attendu qu'il se trouve retenu et que, quand même le foyer s'est notablement réduit, il reste une cavité de dimensions variables dont l'occlusion devient plus difficile. » Enfin, et c'est là le point essentiel, l'expérience a prouvé que l'on peut vider un abcès du foie sans adhérences préalables et éviter la péritonite, à la condition de maintenir le blessé dans une immobilité presque absolue.

La méthode de Cambay, adoptée par Ranald Martin, Cameron et Ramirez, et celle de M. Dutrouleau, ont réussi assez souvent déjà pour que l'on puisse déclarer que l'existence d'adhérences n'est pas indispensable au succès de l'opération. Or, si dans les deux premiers faits cités par M. J. Rochard, il est probable que, en raison de l'ancienneté de l'affection, il existait une adhérence entre la paroi de l'abcès et la paroi abdominale, dans la troisième observation il est plus que probable qu'aucune adhérence n'avait pu s'établir, et cependant la guérison a été le résultat de l'habile intervention du docteur Little. Dans ses recherches sur le traitement des abcès du foie, M. Boinet conseille de débuter par la ponction capillaire avec aspiration, qui peut à elle seule guérir certains abcès généralement récents (l'observation de M. Moutard-Martin en est la preuve); si après plusieurs ponctions on constate que le pus se reproduit, il faut, dit M. Boinet, chercher à obtenir un écoulement continu du pus, soit par la sonde à demeure (procédé de Cambay), soit par l'ouverture par les caustiques. M. Rendu, qui cite ces conclusions de M. Boinet, manifeste une prédilection plus marquée pour la ponction avec un gros trocart et l'établissement d'une canule à demeure. Les larges incisions que pratique M. Little, et surtout l'application du pansement de Lister et l'emploi d'injections antiseptiques, paraissent encore préférables, et nous pensons que les résultats qu'il annonce et qu'a si bien fait valoir son éloquent interprète, M. J. Rochard, inspireront à tous les chirurgiens de l'armée et de la marine le désir d'imiter sa pratique. L. Lereboullet.

---

riées de climat et de milieu, on décida qu'une partie des recherches se feraient dans les diverses régions où résidaient les commissaires. C'est pourquoi on établit cinq centres d'études où devraient être simultanément abordés les problèmes susénoncés, savoir : à Turin, les professeurs Mosso et Guareschi; à Padoue, les professeurs Spica et Lazzeretti; à Bologne, le professeur Selmi; à Rome, les professeurs Moriggia et Toscani; à Palerme, le professeur Paterno.

S'il restait encore en France quelques-uns de ces esprits par trop optimistes qui pensent que la science est faite depuis longtemps et qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, nous les engagerions volontiers à aller passer l'hiver en Italie, et à visiter, chemin faisant, les laboratoires où les chimistes italiens, mille fois plus honorables que ceux du temps des Borgia, s'efforcent d'extraire de notre pauvre humanité les poisons qu'elle fabrique en elle-même. Peut-être ne seraient-ils pas convaincus, mais nous ne doutons pas que, s'ils voulaient bien prendre la peine de raconter à nos compatriotes ce qu'ils auraient vu, ceux-ci ne s'empressent de se mettre à l'œuvre pour résoudre de leur côté les problèmes posés par la Commission italienne.

— Pendant qu'on étudiait les ptomaines, la vieille maladie charbonneuse faisait des siennes en Italie. Ceci, par parenthèse, constitue encore une lacune de notre science médicale, puisqu'il paraît que, un animal étant dépouillé et vidé, on ne peut reconnaître à l'œil nu s'il est mort ou non du charbon. Renvoyé aux esprits optimistes de tout à l'heure. Quoi qu'il en soit, ce *desideratum* fut cause qu'un médecin a été condamné, provisoirement du reste, pour avoir voulu faire le vétérinaire. Je ne sais s'il en serait de même en France; mais je suis sûr que, le cas échéant, nos vétérinaires, qui se font assez souvent encore condamner pour exercice illégal de la médecine, ne manqueraient pas de se gausser de nous.

L'Imparziale, de Florence, rapporte que dernièrement s'est réuni à Rome le Conseil supérieur de santé, érigé en

— Nous ne pouvons que signaler aujourd'hui deux communications écoutées avec le plus vif intérêt dans la dernière séance : l'une de M. Léon Colin, sur l'inoculation et la prophylaxie de la rage ; l'autre de M. le docteur Pénard (de Versailles), sur la mesure du discernement en matière criminelle. A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Du lavage de l'estomac dans quelques maladies de cet organe et principalement dans la dilatation de l'estomac, par M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Cochin.

(Fin. — Voyez les numéros 43 et 44.)

III

Nous avons reconnu que les maladies chroniques de l'estomac, considérées au point de vue du pronostic, étaient les unes bénignes et curables, les autres nécessairement fatales et devant leur incurabilité à une lésion le plus souvent cancéreuse de cet organe. C'est tout au plus s'il convient d'appliquer la qualification de bénignes aux premières, car tout le monde sait combien la dyspepsie (et les cas de dyspepsie avec dilatation sont les plus graves) se montre ordinairement tenace et rebelle aux moyens de traitement que nous cherchons à lui opposer.

Ce n'est pas que ces moyens nous manquent; et s'il est vrai, comme on le dit, que la richesse de la thérapeutique d'une maladie est en proportion du petit nombre de guérisons obtenues, on est bien en droit de ranger la dyspepsie et ses diverses variétés parmi les plus difficiles à guérir.

Les principales indications sont tirées des symptômes qui servent eux-mêmes à déterminer ces variétés. La flatulence, c'est-à-dire les éructations gazeuses et acides, ainsi que les spasmes qui les accompagnent, sont en général combattus par les alcalins, le bismuth, le charbon de Belloc, etc. Pour exciter l'appétit, on a recours aux amers et aux toniques; et la paralysie qui amène la dilatation de l'estomac réclame l'emploi des préparations de noix vomique ou de strychnine et même l'électricité.

Des précautions particulières du côté du régime; quelques moyens généraux, comme l'hydrothérapie et les eaux minérales, complètent la médication.

Or, qu'arrive-t-il le plus souvent ? c'est que, malgré un traitement bien institué, malgré toutes sortes de soins pris par le malade pour ne pas s'écarter des règles qui lui sont tracées, la maladie n'en persiste pas moins. Des soulagements temporaires et des rechutes se succèdent; puis un moment arrive où l'estomac se met à fonctionner de plus en plus mal, le malade s'affaiblit, son état nerveux s'aggrave, et aux symptômes pénibles qu'il éprouve s'ajoute encore un découragement profond partagé trop souvent par le médecin lui-même.

N'est-ce pas le tableau fidèle de ce que nous observons journellement chez nos malheureux dyspeptiques, surtout chez ceux où la dilatation vient encore ajouter un degré de plus de gravité à la maladie? La dilatation de l'estomac devient du reste, dans ces cas, une source d'indications particulières, car il importe par-dessus tout de relever l'énergie contractile de cet organe. L'insuffisance des moyens thérapeutiques employés jusqu'ici pour le combattre a donné naissance à une nouvelle méthode de traitement que nous allons étudier maintenant.

Kussmaul, en 1867, fit part au Congrès de Francfort-sur-Mein d'une nouvelle manière de combattre la dilatation de l'estomac, consistant à introduire une bougie dans cet organe, à en vider le contenu au moyen d'une pompe aspirante et à en laver les parois avec un liquide approprié.

L'auteur, dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine* (*Traitement de la dilatation de l'estomac au moyen de la pompe stomacale*, 1870, t. XV, p. 445 et 557), indique comme il fut conduit à cette pratique. Ce fut chez une jeune fille atteinte depuis longtemps d'accidents dyspeptiques graves et d'une dilatation stomacale énorme, qui, après des vomissements copieux, conservait un état évident de réplétion de l'estomac, comme il arrive pour la vessie quand on urine par regorgement. Mais comme on constatait en même temps à travers la paroi abdominale la contraction péristaltique de l'estomac, l'idée lui vint d'en évacuer artificiellement le contenu, dans le but :

1° D'obtenir cette évacuation plus complète, sans les angoisses et sans les efforts qui accompagnaient les vomissements;

2° D'éviter que la réplétion de l'organe n'amenât un accroissement de la dilatation;

3° Enfin d'essayer l'application sur la muqueuse stomacale d'un traitement plus rationnel et plus efficace.

Le succès couronna d'une manière inespérée les premières tentatives de Kussmaul. Sa méthode fut bientôt adoptée par ses collègues Niemeyer et Bartels, et plus tard par Liebermeister dans les cliniques de Tübingen et de Kiel.

C'est bien à Kussmaul que revient l'honneur d'avoir le premier employé la pompe stomacale dans le traitement de certaines maladies de l'estomac. Il n'est pas cependant l'inventeur du procédé opératoire ni de l'instrument; celui-ci existait depuis longtemps dans l'arsenal chirurgical.

---

cour de justice pour juger en appel un médecin d'une commune de Toscane. Celui-ci, à la requête d'un propriétaire-fermier, était allé visiter une génisse qu'on disait morte de suffocation, pour constater si la viande pouvait être livrée à la consommation publique. Le médecin, sur la simple inspection des chairs, et sur la déclaration de la cause de la mort, qu'il n'avait aucune raison de supposer fausse, pensa que la viande pouvait être vendue, et ajouta qu'il n'hésiterait pas à en manger lui-même.

La viande fut donc vendue; mais quelques jours après, les personnes qui avaient écorché la génisse pour la vendre, et diverses autres qui en avaient mangé, furent atteintes de pustule maligne, et deux d'entre elles moururent.

On fit un procès au médecin, qui fut condamné par le Conseil sanitaire provincial à la suspension de ses fonctions, avec imputation de négligence, pour n'avoir pas reconnu un cas de charbon qui s'était propagé d'une espèce animale à l'espèce humaine.

Le médecin en appela de cette sentence et fut défendu par un vétérinaire qui le fit acquitter. (Je me demande, sans oser me répondre, ce qu'il fût advenu d'un vétérinaire défendu par un médecin.) — En effet, le Conseil supérieur de santé confia le rapport de l'affaire au chevalier Girolamo Cocconi, professeur de médecine vétérinaire à l'université de Bologne, membre extraordinaire du Conseil. Le rapporteur soutint que le médecin était incapable de reconnaître une affection charbonneuse chez un animal dépouillé de sa peau et de ses viscères, et prouva en outre la parfaite bonne foi de notre confrère, trompé lui-même par celui qui lui déclara que la génisse était morte de suffocation.

Le Conseil supérieur de santé accueillit à l'unanimité les conclusions du rapporteur, cassa par suite la sentence du Conseil sanitaire provincial, mais confirma le blâme des premiers juges, parce que le médecin avait accepté une mission qui ne convenait pas à sa condition, et pour laquelle il n'était pas compétent.

Sans parler de Boërhaave qui conseillait déjà l'injection de liquides dans le ventricule, nous voyons un médecin français, Casimir Renault, proposer, dès 1802, dans sa thèse inaugurale (*Essai sur les contre-poisons de l'arsenic*, Paris, an X), de vider mécaniquement la cavité de l'estomac. « Rien n'est plus facile à imaginer, disait-il, car les mêmes instruments mis en usage pour la remplir peuvent servir à la désemplir. »

Les expériences de Dupuytren et de quelques médecins anglais, plusieurs faits cliniques, vinrent démontrer à la fois l'utilité et l'innocuité de la méthode qu'on ne pensait toutefois à appliquer qu'au traitement des empoisonnements. Ce côté de la question a été parfaitement traité dans un mémoire important de Lafargue intitulé : *De la déplétion mécanique de l'estomac au moyen de la pompe stomacale, dans le traitement des empoisonnements* (*Bulletin de thérapeutique*, t. XII, p. 307, 340, 1837).

Ainsi, ni l'évacuation des liquides de l'estomac, ni la manière de la pratiquer, n'étaient chose nouvelle; mais le mérite de Kussmaul fut de se servir de cette méthode pour traiter une affection jusque-là justiciable des seuls moyens médicaux, la dilatation stomacale. Il y ajouta le lavage des parois de l'estomac et l'application d'un traitement local; ce fut un progrès considérable dans la thérapeutique de ces maladies, car ce procédé donna d'excellents résultats.

On voit, en effet, dans les observations publiées par l'auteur et par ses imitateurs, que, lorsque la dilatation était curable, le succès a été complet et rapide; mais que, dans les cas même où la guérison n'était pas possible, à cause d'un cancer du pylore par exemple, toujours un grand soulagement a été obtenu, et les progrès de dépérissement ont été momentanément arrêtés.

La méthode de Kussmaul était déjà assez répandue en Allemagne lorsqu'il la fit connaître en France. Le temps n'était guère propice aux nouveautés scientifiques, surtout pour celles qui nous arrivaient de l'autre côté du Rhin; le fait eut cependant quelque retentissement, mais ce ne fut que très exceptionnellement que nous mîmes en usage ce mode de traitement.

Cependant, en 1873, M. Louradour-Ponteil, sous le titre : *Etude sur l'étiologie et la pathogénie des dilatations de l'estomac et sur leur traitement*, publiait dans sa thèse inaugurale un exposé assez complet de la question, sans parvenir toutefois à la tirer de l'oubli dans lequel elle semblait tombée.

Il faut arriver à l'ingénieuse application du siphon faite par M. Faucher au lavage de l'estomac, pour voir l'attention des médecins éveillée sur cette pratique qui jusque-là avait semblé présenter, à côté d'avantages incontestables, des inconvénients sérieux. L'appareil de M. Faucher soumis à l'Académie de médecine (séance du 25 novembre 1879), par son auteur, n'est connu que depuis peu de temps; le malade dont j'ai rapporté l'observation est l'un des premiers chez qui il ait été appliqué dans nos services d'hôpitaux.

Avant de décrire le procédé de M. Faucher, revenons à la méthode de Kussmaul qui est encore, à l'étranger du moins, le plus généralement en usage. Voici en quoi elle consiste :

1° Introduire dans l'estomac une sonde œsophagienne;

2° Appliquer sur cette sonde, directement ou avec l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc, une pompe aspirante ou tel instrument capable d'en remplir l'office ;

3° Après avoir retiré par l'aspiration le liquide contenu dans l'estomac, injecter une certaine quantité d'eau de Vichy ou de solution de soude que l'on retire ensuite avec les débris d'aliments et les mucosités qui peuvent y être restés.

Il est facile de se rendre compte de l'utilité d'un pareil mode de traitement.

La possibilité d'extraire les liquides accumulés dans l'estomac permet de le débarrasser à volonté de matières dont les qualités nocives sont évidentes; de là un soulagement immédiat procuré au malade et bien des symptômes pénibles écartés. En second lieu, elle enlève à la fibre musculaire cette surcharge qui lui faisait perdre une partie de son ressort; la dilatation de l'organe est ainsi diminuée. Enfin, elle favorise la régularité du travail digestif en empêchant les aliments d'être noyés dans un excès de liquides sécrétés par la muqueuse malade et peu favorables à la digestion.

Aux avantages de la soustraction mécanique des matières accumulées s'ajoutent, d'autre part, ceux des injections qu'on pratique dans l'estomac. Ces injections permettent le lavage complet de sa cavité et l'emploi de moyens directs de traitement.

Un simple lavage débarrasse la muqueuse des détritus et des enduits qui la recouvrent; il excite en outre les contractions de la tunique musculeuse, deux conditions qui facilitent la digestion. L'usage des solutions alcalines, et de l'eau de Vichy en particulier, suivant la pratique de Kussmaul, augmente l'efficacité de ces lavages; les alcalins, en effet, aident à la dissolution des mucosités et agissent favorablement comme modificateurs des sécrétions gastriques.

Par le lavage de l'estomac avec les solutions alcalines, on traite directement l'affection locale; bien des remèdes peuvent être ainsi portés sur la muqueuse, et satisfaire aux diverses indications du traitement. C'est ainsi que Kussmaul, outre les solutions bicarbonatées sodiques, a souvent employé aussi celles d'hyposulfate et de borate de soude et d'eau créosotée. Des solutions de nitrate d'argent, d'acide phénique, de chloral, etc., ont été également injectées dans l'estomac dans le but d'arrêter les fermentations, de détruire les sar-

---

N'est-ce pas là le cas de rappeler la morale de la fable :

Chacun son métier
Les vaches seront mieux gardées.

Pendant que nous en sommes aux intérêts professionnels, racontons ce qui vient d'arriver à notre confrère le docteur William Carson (de Cincinnati), pour avoir pratiqué l'autopsie d'un client qu'il n'avait ni tué ni guéri. La veuve du défunt, à laquelle il n'avait pas demandé l'autorisation de procéder à l'examen *post mortem*, lui intenta un procès, demandant 5000 dollars, soit 25000 francs, de dommages-intérêts, pour avoir blessé *ses sentiments* en agissant ainsi. La Cour, considérant qu'à proprement parler le défunt n'avait pu être blessé dans *sa personne* par l'autopsie, et que la loi n'admettait pas le cas où les sentiments pouvaient être plus ou moins froissés par une telle action, débouta la trop sensible veuve de sa demande et rendit son jugement en faveur du médecin.

— Terminons par un sujet plus pratique.

La *Gazette médicale de Chicago* nous indique un moyen très simple de remplacer le *spéculum de Sims*. La malade étant couchée sur le côté, le médecin se place derrière, et, enfonçant l'index et le médius dans le vagin, tire sur la commissure postérieure. De cette manière on voit le col de l'utérus et le vagin presque aussi bien qu'avec le spéculum. Cette manière de faire peut être très utile dans certaines circonstances où l'on aurait besoin d'un spéculum et où l'on ne peut s'en procurer : par exemple pour faire le tamponnement en cas d'hémorrhagie subite, ou lorsqu'on est appelé en consultation dans un endroit éloigné et qu'il est nécessaire, pour des motifs imprévus, d'examiner les organes génitaux internes.

L. H. Petit.

cines ou de combattre l'irritation chronique de la muqueuse stomacale.

Kussmaul se servait, pour l'extraction des liquides, de la pompe stomacale de Weiss, fabricant d'instruments à Londres, qui l'a imaginée en 1825. Les pompes de différents modèles et à double effet, celles de Collin, Mathieu et autres, la remplacent parfaitement. Il m'est arrivé assez souvent de me contenter de la seringue à hydrocèle pour cette opération.

A côté des avantages que nous venons de faire ressortir, il faut signaler certains inconvénients assez sérieux, moins imputables peut-être à la méthode elle-même qu'aux procédés mis en usage pour l'appliquer.

Ainsi la nécessité de pratiquer fréquemment le cathétérisme avec un corps dur comme la sonde œsophagienne devient une cause d'inflammation de la muqueuse de ce conduit qui peut obliger à en suspendre l'emploi. On l'a aussi accusée de blesser quelquefois les parois de l'estomac.

La pompe stomacale a aussi ses inconvénients. Je ne dirai rien de son prix assez élevé, de la facilité avec laquelle elle se dégrade, malgré les soins de propreté nécessaires; ces objections ne méritent pas de nous arrêter. Mais l'usage même de la pompe a provoqué, dans un certain nombre de cas, des accidents assez graves, tels que la pénétration par aspiration de lambeaux de la muqueuse de l'estomac dans les fenêtres de la sonde (observations de Ziemssen), et des hémorrhagies assez importantes produites par le même mécanisme (Wiesner).

On peut en général prévenir ces accidents en ayant soin d'injecter préalablement une petite quantité d'eau et de plonger la sonde suffisamment loin pour atteindre la couche de liquide. Ces précautions, cependant, ont été quelquefois insuffisantes. Aussi, tout en adoptant la méthode de Kussmaul, bon nombre de médecins se sont-ils ingéniés à en améliorer le procédé opératoire.

C'est à supprimer l'action de la pompe qu'on s'est surtout appliqué, ce qui a conduit à remplacer l'aspiration faite avec cet instrument par une aspiration plus douce et plus régulière obtenue avec le jeu d'un siphon.

Ainsi Jürgensen, après avoir introduit la sonde stomacale, adapte à celle-ci un tube de caoutchouc d'une longueur de 1 mètre à 1 mètre 1/2, appelé à faire l'office de siphon. Schiffner, Hodgen, Ziemssen, se servent également de tubes élastiques appliqués directement sur la sonde. Mais chacun d'eux emploie des moyens différents pour amorcer le siphon.

Jürgensen fait pour cela monter le malade sur une chaise, puis l'engage à déglutir et à tousser. Par ces efforts le siphon s'amorce, son jeu s'établit et l'écoulement dure jusqu'à ce que l'estomac soit vidé.

Hodgen remplit préalablement d'eau tout l'appareil et fait plonger l'extrémité du tube dans un vase plein de liquide. En élevant ou en abaissant le vase par rapport au niveau de l'estomac, le liquide y pénètre ou en est évacué.

Ziemssen, qui a abandonné la pompe stomacale après les accidents qu'il a rapportés, adopte le siphon et verse l'eau au moyen d'un entonnoir en élevant le tube au-dessus de la tête du malade. Le tube rempli et plongeant dans le liquide de l'estomac, on comprime le bout du tuyau qu'on abaisse en le portant rapidement dans un vase situé à terre. L'écoulement du liquide en dehors de l'estomac se fait sans aucun effort du malade.

Nous voyons donc, en Allemagne où le lavage de l'estomac est fréquemment pratiqué, la méthode du siphon se substituer à celle de la pompe avec des résultats aussi favorables et moins d'inconvénients pour le malade.

En France, cependant, cette médication continuait à n'être appliquée qu'assez rarement, et nous trouvons, dans les ouvrages les plus récents, des auteurs très autorisés se montrer fort réservés à son endroit. M. Leven, qui l'a essayée l'un des premiers, et qui a eu de nombreuses occasions de l'employer, dit que personne jusqu'à présent ne peut porter un jugement précis sur sa valeur et que la plus grande incertitude règne encore à son égard (*Traité des maladies de l'estomac*, p. 442). M. Dujardin-Beaumetz dit que, pour sa part, il n'a fait que deux ou trois fois le curage de l'estomac, et que les résultats ne l'ont pas enthousiasmé (*Clinique thérapeutique, Traitement des maladies de l'estomac*, p. 416).

Ce jugement sur le lavage de l'estomac par la méthode de Kussmaul sera bientôt cassé, s'il ne l'est déjà, par les auteurs mêmes qui l'ont porté, grâce à une amélioration nouvelle et très importante dans la manière de faire ce lavage. Elle consiste dans la suppression de la sonde œsophagienne, qui se trouve remplacée par un tube élastique, mou et souple, destiné à faire office de siphon. C'est à un interne des hôpitaux, M. Faucher, qu'on doit ce nouveau procédé opératoire qui simplifie et facilite singulièrement le lavage de l'estomac.

Appelé à faire ce lavage dans un cas de gastrite ulcéreuse chronique, avec dilatation et séjour dans la cavité stomacale de liquides en fermentation, M. Faucher fit un premier essai avec la sonde œsophagienne, le tube et l'entonnoir (méthode de Ziemssen). L'introduction fut pénible, amena des efforts de vomissements, et la sonde fut retirée toute couverte de mucosités sanguinolentes. Mêmes résultats une seconde fois. L'idée vint alors à M. Faucher d'employer un tube mou. Il prit un tube de caoutchouc anglais, dit caoutchouc rouge, de 1m,50 de longueur, de 12 millimètres de diamètre extérieur environ et à parois épaisses (2 millimètres), de sorte que le tube pouvait se courber sans effacer son calibre. A l'une des extrémités la paroi était percée d'un œil latéral, pour suppléer à l'orifice du tube s'il venait à se boucher; à l'autre extrémité était adapté un entonnoir de verre ou de métal, d'une capacité de 500 grammes environ.

Tel est l'appareil dont M. Faucher se servit dès le commencement de 1878, et qu'il présenta l'année suivante à l'Académie de médecine, après en avoir donné la description dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, septembre 1879. La suppression de la sonde œsophagienne, la facilité avec laquelle les malades arrivent à pratiquer eux-mêmes le lavage de l'estomac, ont fait immédiatement adopter cet appareil : c'est aujourd'hui le seul employé dans nos hôpitaux.

Pour rendre à chacun la justice qui lui est due, disons qu'à Vienne M. Oser emploie pour les lavages de l'estomac un procédé analogue, remplaçant aussi, ce qu'ignorait M. Faucher, la sonde œsophagienne par un tube souple.

Voici comment l'opération se pratique avec l'appareil de M. Faucher :

Le tube légèrement humecté avec de l'eau (quelques-uns emploient à tort des corps gras : huile, glycérine, vaseline, dont les malades se dégoûtent facilement), le malade prend l'extrémité libre de ce tube, la porte dans le pharynx, et la pousse légèrement en faisant un mouvement de déglutition; il répète un certain nombre de fois ces mouvements de déglutition en guidant le tube avec la main; celui-ci pénètre assez rapidement, et le malade s'arrête quand il voit près des lèvres une marque tracée à 45 ou 50 centimètres de l'extrémité libre, alors couchée le long de la grande courbure de l'estomac.

Pour amorcer le siphon, le malade verse dans l'entonnoir de l'eau alcaline, et après l'avoir rempli l'élève au-dessus de sa tête, jusqu'à ce que le liquide ait pénétré presque tout entier; à ce moment il abaisse l'entonnoir au-dessous du niveau de l'estomac, au-dessus d'une cuvette; on voit aussitôt l'entonnoir se remplir du contenu de la cavité stomacale, et l'on constate qu'il revient une quantité de liquide plus considérable que celle qui a été introduite, entraînant des résidus de digestion.

L'opération est répétée un certain nombre de fois, et autant qu'il est nécessaire, jusqu'à ce que l'eau revienne presque limpide.

Tel est le manuel opératoire, d'après la description donnée par M. Faucher lui-même. Mon expérience, dans des faits

déjà assez nombreux, m'a permis de constater, comme il l'affirme, que dès les premières séances les malades arrivent à déglutir assez facilement le tube œsophagien; que bientôt il ne provoque aucune nausée, et que les malades ne tardent pas à montrer une grande habileté pour vider l'estomac et favoriser le jeu du siphon. Un léger effort, quelques contractions abdominales, suffisent pour rétablir l'écoulement des liquides lorsque le siphon cesse d'être amorcé par l'introduction de gaz ou obstrué par des débris d'aliments.

J'ai donné des détails assez étendus sur la méthode de M. Faucher, parce que son application facile, son innocuité complète, la possibilité pour le malade de répéter l'opération autant qu'il est nécessaire et au moment le plus convenable, en font un moyen de traitement bien préférable à celui de Kussmaul, dont il n'a pas les inconvénients et dont il remplit toutes les indications.

Les résultats favorables obtenus avec la pompe stomacale le sont également avec le procédé du siphon. Le tube mou qui remplace la sonde œsophagienne permet d'en étendre beaucoup les applications.

Jusqu'ici le lavage de l'estomac n'avait guère été employé que dans les cas de dilatation de l'estomac, c'est-à-dire qu'on cherchait d'abord à provoquer l'évacuation, pour répondre à l'indication formelle de ne pas laisser stagner dans la poche stomacale distendue des liquides en excès et plus ou moins altérés; le traitement local de la muqueuse malade ne venait qu'en seconde ligne. Aujourd'hui, je n'hésite pas, pour ma part, à me servir de ce moyen comme agent thérapeutique dans diverses variétés de dyspepsie ou de troubles gastriques, qu'il y ait ou non dilatation de l'estomac.

L'utilité du lavage de l'estomac, dans les cas de dilatation, ne fait pas question; les faits abondent pour les dilatations que j'ai appelées curables, par opposition aux dilatations incurables consécutives au cancer ou à des lésions graves de l'estomac. Même dans ces cas, ce sera souvent un grand soulagement pour le malade de ne pas attendre le vomissement et de le débarrasser des restes d'une digestion qui ne peut pas franchir le pylore. Les deux observations rapportées dans ce travail sont des exemples de ce genre.

Pour les dyspepsies invétérées qui ne se compliquent pas cependant de dilatation stomacale, le lavage est un moyen précieux de modifier presque à volonté les sécrétions gastriques et la contractilité de la tunique musculaire.

Avec de l'eau alcalinisée, on dissout les mucosités qui forment enduit à la surface de la muqueuse et on favorise la sécrétion du suc gastrique; avec des lavages répétés à l'eau froide, on fait une sorte d'hydrothérapie locale qui stimule l'organe malade, en réveille les contractions et le tonifie. L'effet est souvent presque immédiat; au bout de quelques jours ou de quelques semaines, une augmentation notable de poids et le relèvement des forces viennent démontrer l'efficacité du traitement.

Peut-on, dès à présent, formuler les indications du lavage de l'estomac? Ce serait assurément prématuré. Qu'il nous suffise aujourd'hui de montrer que nous sommes en possession d'une excellente méthode pour le pratiquer; mon but sera rempli si ce travail contribue à vulgariser un mode de traitement encore peu connu et peu employé, qui est appelé, à mon avis, à réaliser un progrès considérable dans la thérapeutique des affections de l'estomac (1).

(1) Depuis l'époque où j'étudiais cette question dans mes conférences cliniques, la pratique du lavage de l'estomac s'est répandue dans les hôpitaux; plusieurs de nos collègues en ont obtenu les meilleurs résultats. Je compte moi-même trois nouveaux succès dans des formes graves de dyspepsie. La Société de thérapeutique vient de mettre le lavage de l'estomac à son ordre du jour. MM. Dujardin-Beaumetz, N. Gueneau de Mussy, Féréol, C. Paul, et moi-même, avons apporté dans la discussion les résultats de notre expérience à ce sujet. Ils confirment entièrement les propositions émises dans ce mémoire, et permettront probablement d'établir d'une manière plus précise les indications du lavage de l'estomac.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

De l'atténuation du virus du choléra des poules, par M. *L. Pasteur*. — C'est la communication que l'auteur a faite à l'Académie de médecine dans la séance du 26 octobre, et que nous n'avions pu reproduire en l'absence du manuscrit.

Le moment est venu de m'expliquer sur l'assertion capitale qui fait le fond de la plupart des propositions précédentes, à savoir qu'il existe des états variables de virulence dans le choléra des poules.

Prenons pour point de départ le virus du choléra dans un état très virulent, le plus virulent possible, si l'on peut ainsi dire. Antérieurement, j'ai fait connaître un curieux moyen de l'obtenir avec cette propriété. Il consiste à aller recueillir le virus dans une poule qui vient de mourir, non de la maladie aiguë, mais de la maladie chronique. J'ai fait observer que le choléra se présente quelquefois sous cette dernière forme. Les cas en sont rares, quoiqu'il ne soit pas très difficile d'en rencontrer des exemples. Dans ces conditions, la poule, après avoir été très malade, maigrit de plus en plus et résiste à la mort pendant des semaines et des mois. Lorsqu'elle périt, ce qui a lieu peu de temps après que le parasite, localisé jusque-là dans certains organes, a passé dans le sang et s'y cultive, on observe que, quelle qu'ait été la virulence originelle du virus au moment de l'inoculation, celui qu'on extrait du sang de l'animal qui a mis un si long temps à mourir est d'une virulence considérable, qui tue ordinairement dix fois sur dix, vingt fois sur vingt.

Cela posé, faisons des cultures successives de ce virus, à l'état de pureté, dans du bouillon de muscles de poule, en prenant chaque fois la semence d'une culture dans la culture précédente, et essayons la virulence de ces cultures diverses. L'observation démontre que cette virulence ne change pas d'une manière sensible. En d'autres termes, si nous convenons que deux virulences sont identiques lorsque, en opérant dans les mêmes conditions sur un même nombre d'animaux de même espèce, la proportion de la mortalité est la même dans le même temps, nous constaterons que pour nos cultures successives la virulence est la même.

Dans ce que je viens de dire, j'ai passé sous silence la durée de l'intervalle d'une culture à la culture voisine, ou, si l'on veut, la durée de l'intervalle d'un ensemencement à l'ensemencement suivant, et son influence possible sur les virulences successives. Portons notre attention sur ce point, quelque minime que paraisse son importance. Pour un intervalle d'un à huit jours, les virulences successives n'ont pas changé. Pour un intervalle de quinze jours, même résultat. Pour un intervalle d'un mois, de six semaines, de deux mois, on n'observe pas davantage de changement dans les virulences. Toutefois, à mesure que l'intervalle grandit, on croit saisir parfois, à certains signes de peu de valeur apparente, comme un affaiblissement du virus inoculé. Par exemple, la rapidité de la mort, sinon la proportion dans la mortalité, subit des retards. Dans les diverses séries inoculées, on voit des poules qui languissent, très malades, souvent très boiteuses, parce que le parasite, dans sa propagation à travers les muscles, a atteint ceux de la cuisse; les péricardites traînent en longueur; des abcès apparaissent autour des yeux; enfin le virus a perdu, pour ainsi dire, de son caractère foudroyant. Allons donc encore au delà des intervalles précités, avant la reprise et le renouvellement des cultures. Portons leurs durées à trois, à quatre, à cinq, à huit mois et plus, avant d'étudier la virulence des développements du nouvel être microscopique. Cette fois, la scène change du tout au tout. Les différences dans les virulences successives, qui jusque-là ne s'accusaient pas ou qui s'accusaient d'une manière douteuse, vont se traduire maintenant par des effets considérables.

Avec de tels intervalles dans les ensemencements, il arrive que, à la reprise des cultures, au lieu de virulences identiques, c'est-à-dire de mortalité de dix poules sur dix poules inoculées, on tombe sur des mortalités descendantes de neuf, huit, sept, six, cinq, quatre, trois, deux, une sur dix; et quelquefois même la mortalité est absente, c'est-à-dire que la maladie se manifeste sur tous les sujets inoculés et que tous guérissent. En d'autres termes, dans un simple changement du mode de culture du parasite, dans le seul fait d'éloigner les époques des ensemencements, nous avons une méthode pour obtenir des virulences progressivement décrois-

santes, et finalement un vrai virus vaccinal, qui ne tue pas, donne la maladie bénigne et préserve de la maladie mortelle.

Il ne faudrait pas croire que pour toutes ces atténuations les choses se passent avec une fixité et une régularité mathématiques. Telle culture qui attend depuis cinq ou six mois son renouvellement peut montrer une virulence toujours considérable, tandis que d'autres de même origine seront déjà très atténuées après trois ou quatre mois d'attente. Nous aurons bientôt l'explication de ces anomalies, qui ne sont qu'apparentes. Souvent même il y a comme un saut brusque d'une virulence encore fort grande à la mort du parasite microscopique et pour un intervalle de peu de durée : en passant d'une culture à la suivante, on est surpris par l'impossibilité de tout développement; le parasite est mort. La mort du parasite est d'ailleurs une circonstance habituelle et constante toutes les fois qu'avant la reprise des cultures on laisse s'écouler un temps suffisant

Et maintenant l'Académie connaît le véritable motif du silence dans lequel je me suis renfermé, et pourquoi j'ai réclamé la liberté d'un délai avant de l'informer de ma méthode d'atténuation. Le temps était un élément de ma recherche...

Au point où nous sommes arrivés, une importante question se présente, celle de la cause de la diminution de la virulence.

Les cultures du parasite se font nécessairement au contact de l'air, parce que notre virus est un être aérobie et qu'à l'abri de l'air son développement n'est pas possible. Il est donc naturel de se demander tout d'abord si ce ne serait pas dans le contact de l'oxygène de l'air que réside l'influence affaiblissante de la propriété de virulence. Ne se pourrait-il pas que le petit organisme qui constitue le virus, restant abandonné en présence de l'oxygène de l'air pur, dans le milieu de culture où il vient de se multiplier, subisse quelques modifications qui se montreraient permanentes quand on soustrairait l'organisme à l'influence modificatrice? On peut, il est vrai, se demander en outre si quelque principe de l'air atmosphérique, autre que l'oxygène, principe chimique ou fluide, n'interviendrait pas dans l'accomplissement du phénomène, dont l'incomparable étrangeté autorise toutes les suppositions.

Il est aisé de comprendre que la solution de ce problème, au cas où elle relèverait de notre première hypothèse, celle d'une influence de l'oxygène de l'air, est assez facilement accessible à l'expérience : si l'oxygène de l'air, en effet, est l'agent modificateur de la virulence, nous pourrons vraisemblablement en avoir la preuve par les effets de la suppression de sa présence.

A cette fin, pratiquons nos cultures de la manière suivante. Une quantité convenable de bouillon de poule étant ensemencée par notre virus très virulent, remplissons-en des tubes de verre aux deux tiers, aux trois quarts, etc., de leur volume; puis fermons ces tubes à la lampe d'émailleur. A la faveur de la petite quantité d'air restée dans le tube, le développement du virus va commencer, circonstance qui se traduit pour l'œil par un trouble croissant du liquide; le progrès de la culture fait peu à peu disparaître tout l'oxygène contenu dans le tube. Alors le trouble tombe, le virus se dépose sur les parois et le liquide de culture s'éclaircit. Il faut deux ou trois jours pour que cet effet se produise. Le petit organisme est désormais à l'abri du contact de l'oxygène, et il restera dans cet état aussi longtemps que le tube ne sera pas ouvert. Que va-t-il advenir cette fois de sa virulence? Pour plus de sûreté dans notre étude, nous aurons préparé un grand nombre de tubes pareils, et simultanément un nombre égal de flacons de la même culture, mais librement exposés au contact de l'air pur. Nous avons dit ce qu'il advient de ces cultures exposées au contact de l'air; nous savons qu'elles éprouvent une atténuation progressive de leur virulence : nous n'y reviendrons pas. Parlons seulement des cultures en tubes fermés, à l'abri de l'air. Ouvrons-les, l'un après un intervalle d'un mois, et après avoir fait une culture par ensemencement d'une portion de son contenu, essayons-en la virulence; l'autre après un intervalle de deux mois, et ainsi de suite pour un troisième, un quatrième, etc., tube, après des intervalles de trois, de quatre, de cinq, de six, de sept, de huit, de neuf, de dix mois. C'est là que je me suis arrêté pour le moment. Il est remarquable, l'expérience le prouve, que les virulences sont toujours semblables à celle du début, à celle du virus qui a servi à préparer les tubes fermés. Quant aux cultures exposées à l'air, on les trouve mortes ou en possession des plus faibles virulences.

La question qui nous occupe est donc résolue : c'est l'oxygène de l'air qui affaiblit et éteint la virulence.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DE L'ACTION EXERCÉE SUR L'AGENT INFECTIEUX PAR L'ORGANISME DES MOUTONS PLUS OU MOINS RÉFRACTAIRES AU SANG DE RATE; CE QU'IL ADVIENT DES MICROBES SPÉCIFIQUES INTRODUITS DIRECTEMENT DANS LE TORRENT CIRCULATOIRE PAR TRANSFUSIONS MASSIVES DE SANG CHARBONNEUX. Note de M. *A. Chauveau.*

Que devient la bactéridie charbonneuse chez les sujets qui résistent à son influence destructive? Quelles modifications subit cet agent dans ses caractères zoologiques et physiologiques, dans ses propriétés infectantes? En un mot, quelle est l'action de l'organisme doué de l'immunité sur le microbe spécifique du sang de rate? Deux sortes d'expériences ont été consacrées à l'étude de ces questions. Dans les unes, on a agi sur des animaux dont la résistance naturelle, renforcée par un certain nombre d'inoculations préventives, avait été ainsi élevée à un point plus ou moins rapproché du maximum, et l'on a injecté dans les veines une notable quantité de sang charbonneux frais, riche en bâtonnets. On a réalisé de cette manière des conditions de lutte entre un organisme ultraréfractaire et un nombre prodigieux d'agents infectants. Dans les autres expériences, on a pris, au contraire, des animaux qui n'avaient subi aucune préparation, et l'on a cherché à les infecter, avec un très petit nombre d'agents charbonneux, par les procédés ordinaires de l'inoculation sous-épidermique ou sous-dermique. C'est aux premières expériences que cette note est consacrée...

D'après ces expériences, voici ce qui arrive aux bactéridies charbonneuses introduites par transfusion du sang dans l'organisme des sujets réfractaires au sang de rate, quand la résistance de cet organisme est considérable et renforcée encore par de bonnes inoculations préventives :

1° Les bâtonnets introduits dans l'appareil circulatoire ne tardent pas à disparaître du sang; quelques heures après la transfusion, il n'est plus possible d'en trouver. Après la mort, la recherche des bactéridies dans le sang est également infructueuse. Cependant, dans le cas de mort rapide, les caillots du cœur peuvent en contenir quelques-unes douées de leur activité infectieuse.

2° Si les bâtonnets disparaissent du sang, ce n'est pas parce qu'ils s'y détruisent; ils sont arrêtés d'abord dans le réseau capillaire des poumons, puis dans celui de quelques autres organes parenchymateux, où ils sont entraînés par le torrent de la circulation générale. On retrouve très facilement ces microbes dans le poumon et la rate, quand l'empoisonnement déterminé par la transfusion du sang charbonneux est rapidement mortel; comme ceux des caillots du cœur, ils jouissent encore alors de leur vitalité et peuvent être inoculés avec succès.

3° Quand l'animal survit plus de trois jours à cet empoisonnement, les bactéridies disparaissent alors du poumon et de la rate comme elles ont disparu du sang, et les sujets d'expérience peuvent recouvrer la santé.

4° Ainsi, non seulement il ne se fait aucune prolifération bactéridienne dans les milieux d'élection, la pulpe splénique, le sang; mais les bactéridies introduites par milliards dans ces milieux ne tardent pas à y être détruites, après avoir passé probablement par une série de phases d'activité infectieuse graduellement décroissante.

5° L'inaptitude de l'organisme à l'entretien de la vie bactéridienne n'est cependant pas complète; une région au moins fait exception : c'est la surface de l'encéphale. Les bactéridies entraînées et accumulées dans le réseau de la pie-mère peuvent y vivre et s'y développer, en produisant une inflammation mortelle. Mais le développement s'opère avec des caractères tout particuliers : élongation et inflexion des bâtonnets, apparition de spores, caractères qui tendent à se rapprocher de ceux de la prolifération bactéridienne dans les cultures artificielles, ou, *après la mort*, sous certaines conditions de température et de milieu, dans les organes et le sang des sujets qui succombent au vrai sang de rate. Ce sont des caractères qui ne s'observent jamais *pendant la vie* sur ces derniers animaux; la multiplication des bactéridies se fait toujours alors par scission en courts bâtonnets.

6° L'activité infectieuse de ces bactéridies de la pie-mère est considérable et contraste avec la stérilité du sang des autres parties du corps. Nonobstant, d'après ce qui précède, on ne peut pas considérer comme absolument parfaite cette singulière réceptivité locale conservée dans un organisme doué de l'immunité générale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit une lettre de M. Brouardel, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. *Blot* présente, au nom de M. le docteur Charpentier, un ouvrage intitulé : *De l'hydramnios, et en particulier de l'hydramnios aigue*.

M. *Laboulbène* présente une brochure intitulée : *Médecine cantonale. Rapport du Comité consultatif sur le service pendant l'année 1879*, par M. Abord, secrétaire général.

M. *Verneuil* présente, au nom de M. le docteur Nepveu, un volume intitulé : *Mémoires de chirurgie*.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE, A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL. — M. *Depaul* dit qu'il a beaucoup regretté de ne pas être présent à la séance dernière, lorsque M. Rochard a fait son intéressante communication sur le traitement des abcès du foie.

Il a observé un fait analogue il y a quelques années, et il croit que ce fait pourra figurer utilement à côté de ceux qui ont été publiés par son collègue.

En septembre 1875, pendant un voyage qu'il fit dans l'Amérique du Sud, M. Depaul a remarqué sur le navire un passager qui lui paraissait très souffrant. Dans le courant du voyage, le médecin du paquebot le pria de le voir avec lui ; il accepta, et voici dans quel état il le trouva lors de son premier examen :

Le malade était venu en France avec son frère pour se faire soigner. Après avoir consulté plusieurs médecins, il n'obtint aucune amélioration et se décida à retourner dans son pays.

M. Depaul constata que la région du foie était gonflée et que le foie dépassait de plus de quatre travers de doigt à droite le bord costal. Il existait depuis longtemps de la fièvre hectique accompagnée de frissons. Un jour, il crut sentir une fluctuation profonde. L'examen pratiqué de nouveau et fait avec le médecin du bord et un médecin passager confirma ce diagnostic.

La palpation et la percussion pratiquées avec soin semblaient indiquer l'existence d'adhérences entre le foie et la paroi abdominale. M. Depaul proposa alors de faire une large incision ; le malade s'y refusa d'abord, mais il finit par consentir, ainsi que son frère.

On pratiqua une large incision de 3 ou 4 centimètres et, après s'être assuré de l'existence des adhérences du foie avec la paroi abdominale, on arriva sur le foyer de l'abcès. Il s'échappa alors un filet de matière purulente d'une fétidité excessive et dans lequel nageaient des flocons huileux, probablement constitués par de la bile. Il s'écoula environ 400 grammes de pus. On fit ensuite des injections avec de la liqueur de Labarraque et de l'eau de guimauve. L'état général fut d'abord extrêmement grave et on crut un instant perdre le malade. Cependant, après cinq à six jours, la fétidité du pus diminua, et une amélioration notable survint. Au bout de dix jours, M. Depaul était arrivé à destination et le malade continua sa route. Il apprit plus tard que la guérison était rapidement survenue et que, un mois après l'opération, le malade était hors de danger.

M. Depaul fait remarquer que la méthode de Lister n'a pas été employée.

M. *Rochard* dit qu'il croit que, dans les cas qu'il a communiqués à l'Académie, la méthode de Lister a contribué à assurer et surtout à hâter la guérison, attendu que dans 20 cas d'opérations semblables faites par le même chirurgien sans application de cette méthode, tous les sujets avaient succombé.

M. *Blot* pense qu'on eût pu facilement trouver l'explication des faits, en pratiquant l'autopsie des vingts malades qui ont été opérés et qui ont succombé. Je crois que les opérateurs ont été plus adroits que prudents. Ils sont tombés sur des cas dans lesquels il existait des adhérences, quoiqu'ils ne se soient nullement inquiétés de ce point particulier.

M. *Rochard*. Je fais remarquer qu'il n'existait pas d'adhérences sur le troisième malade opéré par M. Little ; il s'agissait d'un énorme abcès survenu très rapidement et largement ouvert avant que les adhérences aient eu le temps de se former.

Il ajoute que, dans la majorité des cas, il est difficile de constater l'existence des adhérences, et que le chirurgien peut opérer même lorsqu'il existe des doutes sur ce point.

DE LA MESURE DU DISCERNEMENT EN MATIÈRE CRIMINELLE. — Tel est le titre d'un travail très intéressant et très applaudi, communiqué par M. le docteur *Pénard*, de Versailles.

L'auteur se résume en disant que nulle matière au monde n'est plus délicate, plus scabreuse, et n'engage autant la responsabilité de l'expert que la mission de décider si un inculpé, quels que soient ses actes, est en jouissance ou en perdition de sa raison ; s'il a la faculté ou la disposition du discernement intellectuel ; si, *flagrante delicto*, il agissait en criminel, en rebelle à la société et à ses lois, ou si, comme le chien enragé qui s'ignore, il a lancé un coup de croc, mortel peut-être, mais inconscient, déplorable dans ses conséquences, non incriminable dans ses intentions.

Si le prétendu coupable est un fou avéré, il faut en avoir pitié; mais ce n'est pas assez, comme médecin nous avons plus à faire ; notre imprescriptible devoir sera de le secourir, de le protéger, car c'est un malade ! Or, pour servir, pour défendre nos malades, nous irons jusqu'au sacrifice de nous-même, et ce ne sera pas alors trop de notre science, de nos convictions réfléchies, des ardeurs de notre conscience et de notre probité, pour faire plier la loi devant la maladie, la loi si inflexible pourtant !

Mais, si dans l'inculpé nous ne reconnaissons pas un vrai fou, s'il s'agit d'un simulateur, d'un faux malade, pas de pernicieuse indulgence ; démasquons-le hardiment, complètement, au nom de la société qui nous a confié plein pouvoir. Arrière les faux bonshommes et les faux malades !

ÉTIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DU CHARBON. — M. *Bergeron* donne lecture, au nom de M. *Pasteur*, d'un travail contenant quelques nouvelles observations sur l'étiologie et la prophylaxie du charbon.

L'auteur reproduit dans ce mémoire une note écrite tout entière de la main de M. le baron de Seebach, ancien ministre de Saxe à Paris ; les faits qu'elle relate sont la confirmation éclatante de l'étiologie du charbon que M. Pasteur a exposée récemment, en son nom et au nom de ses collaborateurs MM. Chamberland et Roux. La cause de l'infection qui s'empara des troupeaux de M. de Seebach ressort des faits que ces observateurs ont publiés récemment sur la culture du parasite charbonneux, auteur des cadavres d'animaux enfouis, et sur les germes nés de cette culture profonde, que les vers, par leurs déjections, ramènent à la surface du sol et sur les plantes qui y poussent. Elle ressort également de cette décisive expérience où quatre moutons ayant été parqués sur une fosse contenant une vache charbonneuse enfouie plus de deux ans et trois mois auparavant, à deux mètres de profondeur, un des quatre moutons mourait le huitième jour de son habitation sur la fosse, présentant toutes les lésions du charbon spontané et le sang rempli de filaments du parasite charbonneux.

M. Pasteur rappelle enfin que toutes les tentatives qu'il a faites avec ses colloborateurs pour donner le charbon à des cobayes, soit avec la terre de la surface de cette fosse, soit avec les déjections des vers, ont eu des résultats positifs.

INCUBATION DE LA RAGE. — M. *Léon Colin* communique une très intéressante observation de rage humaine dont la période d'incubation a été tout à fait insolite. Il s'agit d'un sous-officier d'artillerie qui, après être entré successivement

à l'infirmerie de son corps, puis à l'hôpital militaire de Vincennes, a été définitivement transféré au Val-de-Grâce, où il est mort quelques heures après son entrée. Cet homme avait été mordu en Algérie par un chien enragé, le 2 novembre 1874, et ce n'est que quatre ans et demi après qu'il a présenté les symptômes de la rage à laquelle il a succombé. L'autorité militaire a demandé à M. Colin si la mort, dans ce cas, a été la conséquence de la morsure dont a été atteint ce sous-officier, dans des circonstances qui permettaient d'assimiler ce fait à un fait de guerre remarquable par l'héroïque bravoure déployée par la victime.

M. Colin s'est livré à une enquête minutieuse qui l'a conduit à admettre les conclusions suivantes :

1° C'est bien par un chien enragé que ce soldat a été mordu en Algérie, puisque le camarade auquel il a porté secours a succombé quarante jours après à la rage.

2° Depuis cette inoculation, subie en novembre 1874, il n'a éprouvé aucun accident.

3° Les antécédents du malade, les symptômes observés, les lésions, éliminent toute présomption d'alcoolisme.

M. Colin s'est donc cru autorisé à délivrer un certificat affirmatif sur le genre de mort de ce sous-officier et sur le rapport des accidents ultimes avec les morsures subies cinq ans auparavant.

En terminant, M. Colin signale la fréquence de la rage en Algérie, fréquence qu'il attribue à l'incurie des municipalités, qui négligent d'appliquer les règlements de police contre les chiens errants.

M. *Bouillaud* félicite M Colin de son intéressante communication.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Compression par la bande d'Esmarch pour la cure des anévrysmes. — Corps étranger du conduit auditif.— Rétrécissement de l'intestin grêle ayant nécessité l'entérotomie. — Présentation d'un malade; luxation des genoux.

M. *Verneuil*, à propos de l'observation de M. Poinsot, lue dans la séance précédente, dit qu'on a passé sous silence les accidents amenés par la compression avec la bande d'Esmarch, pour la cure des anévrysmes; sur 45 observations il y a 2 cas de mort.

Le premier cas est rapporté par le docteur Vayer (de New-York). Anévrysme du creux poplité. Deux séances de compression élastique, l'une de quatre heures, l'autre de sept heures; sphacèle des orteils; mort. A l'autopsie, on trouve le sac rempli de caillots. Phthisie pulmonaire avancée; athéromes des artères. La mort a été causée par l'excès subit de pression refoulant le sang vers un cœur altéré par la dégénérescence graisseuse. Les reins étaient très congestionnés. En lançant subitement dans la circulation un litre de sang de plus, on a pu amener aussi la congestion rénale, comme cela arrive quand on fait la transfusion et qu'on injecte une quantité de sang trop considérable.

Deuxième observation. Anévrysme spontané et à marche rapide de l'artère tibiale antérieure. Un médecin donna un coup de bistouri par erreur; hémorrhagie. La bande d'Esmarch est appliquée pendant une heure. Le jour suivant, nouvelle séance; gangrène des orteils, puis de la jambe; mort. Ici le choix du traitement avait été malencontreux.

M. *Sée*. L'auteur de la méthode recommande de ne pas laisser la bande plus d'une heure, et dans la première observation on a fait une séance de quatre heures et une séance de sept heures : voilà de quoi expliquer la mort.

— M. *de Saint-Germain* a été appelé dernièrement près d'un enfant qui s'était introduit un bouton en porcelaine dans le conduit auditif. Les injections d'eau tiède ne donnèrent aucun résultat. L'enfant fut chloroformisé : alors M. de Saint-Germain engagea la pointe d'un crochet à broder dans un trou du bouton et put faire l'extraction.

— M. *de Saint-Germain* lit un rapport sur un travail de M. Desnaux (de Puy-l'Evêque) : *Traitement du phimosis congénital*. Le procédé consiste à diviser le limbe antéro-supérieur du prépuce avec un fil conduit par une aiguille courbe et serré énergiquement. La ligature se détache du cinquième au huitième jour.

— M. *Nicaise* lit un travail sur le rétrécissement de l'intestin grêle consécutif à la hernie étranglée. Un homme de quarante-cinq ans entra le 28 septembre à l'hôpital Laennec. En 1875 il avait été opéré d'une hernie étranglée. Depuis il avait eu souvent la diarrhée.

Dans les premiers jours d'octobre, on constata un peu de fièvre et de la douleur dans la région inguinale droite. Le 11, malaise et vomissements. Le 15, vomissements bilieux. Le 17, vomissements fécaloïdes. Le 18 octobre, 30 grammes d'huile de ricin furent administrés; une selle à sept heures; à huit heures, nausées, vomissements, dyspnée; état général grave; refroidissement des extrémités. A six heures du soir, le malade est au plus mal; la face est grippée, la langue est froide, les yeux caves; pouls très faible, voix éteinte. Les selles étaient formées de mucus; pas d'urine dans la vessie.

Rien aux anneaux; douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse. Le ventre n'est pas ballonné. On constate tous les signes d'une occlusion intestinale. M. Nicaise diagnostique un rétrécissement de l'intestin. La hernie étranglée était à droite, et c'est là qu'on trouve la douleur et la matité.

Croyant à un rétrécissement ancien, M. Nicaise se décida pour l'opération de Nélaton. Il fit une incision au-dessus de l'arcade crurale droite; l'anse qui se présenta était remplie de matières; avec la main, le chirurgien visita les anneaux et rechercha les brides. L'entérotomie fut pratiquée sur l'anse qui se présentait; issue d'un liquide ayant à peine l'odeur intestinale. Pendant la nuit, ni vomissements, ni selles, ni miction.

Le 19, l'état général était toujours très mauvais; il s'écoulait peu de liquide par la plaie opératoire. Le malade meurt à dix heures du matin.

A l'autopsie, l'épiploon forme bride avec la cicatrice de la kélotomie. On trouve sur l'intestin grêle un rétrécissement considérable siégeant à 3m,10 du pylore. Le bout inférieur est étroit, le bout supérieur est dilaté en ampoule et ses parois sont épaissies. Le rétrécissement admet à peine le bout du doigt. L'incision était située à 20 centimètres au-dessus du point rétréci. Le contenu de l'ampoule était formé de grains de raisins, d'os de mouton et de peaux de haricots.

Le rétrécissement a eu pour point de départ la hernie inguinale étranglée. Le point rétréci est au niveau du sommet de l'anse formée par l'accolement de deux parties de l'intestin.

Influence du purgatif sur le développement des accidents. L'inconvénient du rétrécissement était combattu par l'hypertrophie du bout supérieur. Un purgatif fut prescrit. Le même jour survinrent des phénomènes d'occlusion; sous l'influence des mouvements péristaltiques, les débris non digérés se sont accumulés au niveau du point rétréci.

M. *Sée*. Si M. Nicaise avait eu sous les yeux l'anse malade, il eût peut-être agi plus activement. L'entérotomie perd de son crédit, et on se rallie plutôt à la laparotomie, qui permettrait de faire la résection de l'anse malade.

M. *Terrier*. Au point de vue des symptômes, il est curieux de voir des accidents d'étranglement aigu survenir en même temps qu'il y a des selles; cela est expliqué par le

siège du rétrécissement non loin du pylore. Il y avait deux partis à prendre, faire la laparotomie ou l'entérotomie. Le malade étant très affaibli, M. Nicaise a reculé devant une grande opération et a voulu s'en tenir à l'entérotomie. Pour la recherche de l'obstacle, il fallait faire la laparotomie. Quant à la résection de l'intestin, cette opération n'a pas encore été faite assez souvent pour qu'on soit autorisé à la pratiquer couramment.

M. *Nicaise* avait l'intention de faire l'entérotomie tout en recherchant s'il existait des brides résultant de l'opération de la hernie étranglée. Quant à la résection de l'intestin, elle n'eût pas donné de bons résultats, car la suture du bout rétréci au bout dilaté eût été impossible. Quand le rétrécissement est récent, quand il ne doit pas y avoir disproportion entre les bouts, la résection est possible. N'y aurait-il pas autre chose à faire? On pourrait, tout en faisant la laparotomie, amener l'anse à la plaie, l'y fixer, faire l'entérotomie et placer là l'entérotome de Dupuytren.

— M. *Le Dentu* présente un malade qui a été pris par une courroie de transmission. A droite, il avait une luxation complète du genou, tibia en avant, fémur en arrière. A gauche, luxation du tibia réduite par l'interne, tibia en arrière et fémur en avant. A droite, il reste maintenant une infirmité causée par le tiraillement du nerf sciatique : paralysie partielle des mouvements et de la sensibilité à la jambe, et troubles trophiques consécutifs.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Sur la source du travail musculaire : M. Sanson. — Du vitellogène dans la forme Diporpa comparée à la forme Diplozoon : M. J. Chatin. — Acide salicylique du salicylate de soude mis en liberté par l'acide du suc gastrique : M. Hallopeau. — Développement des arcs branchiaux : M. Cadiat. — Observations sur la respiration de quelques poissons marins : M. Ch. Richet. — Système nerveux de la tortue : M. Vignal. — Bourdonnement d'oreilles : M. Boudet de Pâris. — Invagination intestinale et ascarides chez un pigeon : M. Mégnin.

M. *Sanson* présente un travail imprimé (publié dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, octobre 1880) sur la *source du travail musculaire*. Pour M. Sanson, « l'hypothèse qui fait dériver la chaleur animale et le travail musculaire de la chaleur dégagée dans l'économie par la combinaison directe du carbone et de l'hydrogène des aliments, des tissus et des humeurs, avec l'oxygène de l'hémoglobine introduit par la respiration, n'est plus admissible dans l'état actuel de la science. Il est extrêmement probable que le dégagement de l'énergie, dans la machine animale, est dû, sinon en totalité, du moins en partie, à des phénomènes de dissociation analogues à ceux qui se passent dans les fermentations proprement dites qu'on attribue à l'activité des organismes cellulaires dits ferments figurés. Il ne paraît pas y avoir dans l'économie de véritables combustions, et en tout cas point de combinaison entre le carbone des principes immédiats et l'oxygène respiratoire donnant de l'acide carbonique et dégageant de la chaleur qui serait la source du travail musculaire. »

— M. *J. Chatin*. Parmi les différences déjà signalées entre la forme *Diporpa* et la forme *Diplozoon*, quelques-unes auraient une importance supérieure, puisque les caractères qui les déterminent sont relatifs aux dispositions de l'organisation interne et de l'appareil sexuel en particulier. Il est un organe qui, dans la forme Diporpa, se distingue souvent avec une netteté suffisante : c'est le *vitellogène*, dont M. Van Beneden a depuis longtemps signalé la prompte évolution dans divers genres voisins : de toutes les parties sexuelles, le *vitellogène* est celle qui se montre la plus rapide dans sa différenciation, sinon dans son instant d'apparition : c'est sur les formes principales revêtues successivement par le vitellogène que M. Chatin a porté son attention. L'étude organogénique qu'il a pu faire lui a permis de réduire à leur juste valeur les dissemblances plus apparentes que réelles admises par certains naturalistes.

— M. *Hallopeau* ayant constaté que le salicylate de soude est dédoublé par l'acide chlorhydrique employé au même degré de concentration que l'acide du suc gastrique, a fait sur trois chiens, avec le concours de M. Ch. Richet, des expériences qui le conduisent à admettre la production d'un dédoublement semblable dans l'estomac : l'acide salicylique du salicylate de soude ingéré avec les aliments est mis en liberté par le suc gastrique. En agitant les liquides de l'estomac avec de l'éther qui dissout l'acide salicylique, on obtient une solution donnant la coloration caractéristique avec le perchlorure de fer. Ce fait étant établi, M. Hallopeau considère que, tout aussi bien que l'acide salicylique lui-même, son composé sodique peut être administré dans le but de détruire les principes infectieux contenus dans les voies digestives.

— M. *Cadiat* présente une tête de mouton monstrueuse qui offre un grand intérêt au point de vue de l'étude du développement des arcs branchiaux : ces arcs ayant subi un retard considérable dans leur évolution, on retrouve avec détails des dispositions qui sont d'une observation difficile chez l'embryon. C'est ainsi que le maxillaire inférieur est représenté par deux bourgeons non soudés entre eux, et soudés au maxillaire supérieur : chez l'embryon cette disposition n'existe qu'au début du développement du premier arc branchial.

La précocité du développement de l'oreille interne et son indépendance par rapport à l'oreille moyenne et l'oreille externe sont bien évidentes sur la pièce que présente M. Cadiat : on voit en effet, au-dessous du premier arc branchial, une large fente, entièrement tapissée par la peau, et qui se continue sur les côtés avec l'oreille *externe* parfaitement développée ; cette fente correspond aussi au pharynx, à la trompe d'Eustache et à l'oreille moyenne. D'autre part, le rocher avec les différentes parties de l'oreille interne est complètement développé.

Un fait que M. Cadiat avait déjà établi d'après des recherches embryogéniques directes, se trouve confirmé par l'examen des rapports que la même fente sous-jacente au premier arc branchial présente avec l'appareil respiratoire : on voit que le conduit respiratoire prend naissance au niveau de cette fente, aux dépens de laquelle se développent l'oreille moyenne et l'oreille externe.

Enfin l'étude du deuxième arc branchial montre que cet arc correspond bien à l'appareil hyoïdien tel que l'a compris Geoffroy Saint-Hilaire, c'est-à-dire comme un appareil suspenseur de l'arbre respiratoire.

— M. *Ch. Richet* a étudié les conditions qui produisent l'asphyxie chez les poissons marins placés dans différentes conditions.

Ses principales conclusions sont les suivantes : 1° Les poissons pêchés dans la mer à certaines profondeurs (plus de 30 mètres) et placés dans un aquarium, restent pendant deux jours et plus dans un état de demi-asphyxie, jusqu'à ce qu'ils aient pris l'habitude de respirer dans ce nouveau milieu. 2° Quand on les conserve dans un vase rempli d'eau non aérée, ils meurent plus vite si le vase est allongé (éprouvette) que s'il est plat (cristallisoir), ce qui s'explique par l'épaisseur plus considérable dans le premier cas de la couche d'eau chargée d'acide carbonique. 3° Les animaux les plus petits meurent les premiers, ce qui tient à une délicatesse plus grande de leur système nerveux. 4° Les poissons de mer mis dans l'eau douce meurent au bout d'une demi-

heure environ. Mais si on ajoute une quantité même très limitée d'eau de mer (1/50 par exemple), ils survivent pendant très longtemps. 5° Ils vivent très longtemps dans de l'eau douce contenant 10 à 15 grammes par litre de sulfate de soude ou de magnésie.

— M. *Malassez* présente, au nom de M. Vignal, une note sur le *système nerveux de la tortue mauresque*.

Les nerfs arrivant à la partie postérieure du cœur forment en arrière du sinus, à la face postérieure et sur les côtés des oreillettes, à la base du ventricule, trois plexus ganglionnaires anastomosés entre eux et contenant deux espèces de cellules, les unes bipolaires placées sur le trajet même des tubes nerveux, les autres unipolaires appendues latéralement aux tubes. C'est dans le ventricule que prédominent les cellules bipolaires ; les cellules unipolaires sont surtout abondantes dans les oreillettes. Les filets terminaux se perdent dans les muscles des oreillettes ou du ventricule.

M. Vignal a répété sur le cœur de la tortue les expériences que M. Ranvier avait faites sur le cœur de la grenouille : il est arrivé aux mêmes conclusions générales, à savoir que le ventricule contient surtout des ganglions moteurs, et les oreillettes des ganglions modérateurs ; d'après les faits anatomiques indiqués plus haut, le rôle de ganglions moteurs serait plutôt attribuable à ceux qui contiennent des cellules bipolaires, le rôle de ganglions frénateurs à ceux qui renferment des cellules unipolaires.

— M. *Boudet de Pâris* fait une communication contenant l'exposé détaillé de ses expériences sur les causes du bourdonnement d'oreilles : ces expériences seront publiées prochainement dans les Comptes rendus de la Société de biologie. Elles ont amené l'auteur aux conclusions suivantes : 1° Parmi les causes du bourdonnement d'oreilles, il convient de faire entrer en ligne de compte le renforcement du bruit musculaire par une caisse de résonnance. 2° La formation de cette caisse de résonnance est obtenue pathologiquement ou expérimentalement par l'occlusion de l'une des cavités naturelles de l'appareil auditif, c'est-à-dire par l'obstruction du conduit externe et de la trompe d'Eustache.

— M. *Mégnin* présente l'intestin d'un pigeon rempli d'ascarides et offrant une invagination de plus de 1 centimètre. La lésion existe dans le premier quart de l'intestin grêle, et c'est la portion antérieure qui est invaginée dans la portion postérieure. Cette dernière est considérablement dilatée par suite de la présence de plusieurs centaines d'ascarides (*Ascaris maculosa*) tassés dans son intérieur : cette dilatation a été elle-même la cause de l'invagination.

F.-F.

REVUE DES JOURNAUX

Cas de parésie vaso-motrice du cerveau guérie par les courants continus, par M. R. R. Good.

L'auteur expose les heureux effets de l'application des courants continus « appliqués au sympathique cervical et spécialement dirigés sur le ganglion cervical supérieur » (?), chez un malade qui, à la suite d'une chute, présentait les principaux symptômes suivants : pupille droite dilatée, vaisseaux de la rétine dilatés (surtout du côté droit), langue présentant des stries longitudinales sur ses bords, battements du cœur un peu irréguliers, respiration saccadée, inclinaison de la tête sur l'épaule gauche ; le malade se plaignait de l'absence de sommeil, de perte de la mémoire, de torpeur intellectuelle, de diplopie, de nausées, etc. N'ayant constaté aucune lésion du cœur ou des gros vaisseaux, aucune cause d'obstacle à la circulation en retour, M. Good pensa que « la congestion capillaire était évidemment due à une parésie idiopathique des vaso-moteurs », et dès lors institua le traitement galvanique, qui fut suivi du succès que nous avons dit. Resterait à discuter la valeur du diagnostic. (*Medical Times and Gazette*, 2 octobre 1880.)

Kyste de l'écorce du cerveau observé pendant quatre ans. Autopsie, par M. William Carter (de Liverpool).

Dans le mémoire original on trouve des détails circonstanciés sur les phénomènes présentés pendant la vie par la malade, dont M. W. Carter a pu faire l'autopsie, après l'avoir observée pendant quatre ans avec le docteur Barnes. Voici le résumé de l'observation. Cette malade fut prise d'une attaque soudaine d'hémianesthésie, avec perte du mouvement du même côté ; elle présenta plus tard, à diverses reprises, des accès d'épilepsie unilatérale avec perte de connaissance, et une seule fois un accès généralisé suivi de coma. A la suite de cet accès elle conserva une contracture des muscles fléchisseurs des doigts de la main gauche, avec impuissance motrice incomplète du membre inférieur correspondant. Des troubles visuels très caractérisés affectèrent surtout l'œil gauche : quand elle écrivait, il lui arrivait souvent de superposer deux lignes. (Voir l'original pour la description détaillée.)

A l'autopsie, on trouva un kyste qui comprimait, sans la détruire, la circonvolution pariétale ascendante droite, laquelle formait en réalité le rebord antérieur du kyste. La tumeur s'étendait en arrière et en bas, occupant l'espace compris entre la circonvolution pariétale ascendante et le gyrus angulaire, ayant détruit la seconde circonvolution occipitale et l'extrémité supérieure des circonvolutions temporo-sphénoïdales supérieure et moyenne. La moitié droite du bulbe avait subi une certaine atrophie. La moelle a été réservée pour un examen ultérieur.

M. W. Carter discute avec soin les rapports que peuvent présenter les accidents observés pendant la vie avec les lésions cérébrales, en invoquant les recherches de Ferrier, Hughlings-Jackson, etc. Cette discussion représente la partie la plus intéressante du mémoire, mais ne saurait être résumée ici : nous ne pouvons que la signaler à l'attention. (*Medical Times and Gazette*, 2 octobre 1880.)

Sur un remarquable souffle cardiaque perceptible à distance, sans lésion sérieuse du cœur, par M. W. Osler.

On connaît de nombreux cas d'affections du cœur dans lesquels on a pu entendre des souffles à une certaine distance de la poitrine. L'observation de M. Osler est remarquable en ce que le souffle ne paraît s'accompagner d'aucune maladie grave du cœur et présente une excessive variabilité. Ebstein (*Deutsch Arch.*, 1878), qui a recueilli un grand nombre d'observations de souffles perceptibles à distance, a trouvé seulement trois ou quatre cas du genre de celui que rapporte M. Osler : deux de ces cas sont relatés par Stokes ; un troisième s'est présenté chez un collègue d'Ebstein, le professeur Baum, de l'année 1854 à l'année 1858 ; à l'époque où Ebstein a écrit son travail (1878), Baum jouissait d'une excellente santé : le souffle avait complètement disparu. Baum lui-même a observé le même fait chez un prêtre. L'observation de Osler vient donc fournir un cinquième cas de souffle cardiaque intense, sans aucun autre symptôme d'affection du cœur ou des vaisseaux. L'auteur ne propose aucune interprétation pathogénique ; il se contente de faire remarquer que dans trois cas sur cinq il s'agissait de sujets nerveux, dont deux femmes anémiques et un jeune homme. (*Medical Times and Gazette*, 9 octobre 1880.)

Tumeur de la couche optique.

Un homme de bonne santé habituelle, après avoir éprouvé quelques troubles passagers du mouvement dans la main droite, perdit bientôt complètement l'usage de cette main; huit jours après, le membre inférieur du même côté s'affaiblit au point de rendre la marche à peu près impossible. On constata qu'il présentait en outre une diminution considérable de la sensibilité du membre supérieur droit, de la partie moyenne de l'avant-bras jusqu'à la main inclusivement; de même pour le membre inférieur, anesthésie à partir du genou jusqu'au pied. L'œil droit est affaibli; la pupille de ce côté, dilatée; névrite optique des deux côtés, surtout avancée à droite. Pas d'autres accidents : cœur, poumon, tube digestifs, sains. Après quelque temps de séjour à St Mary's Hospital, dans le service du docteur Sievelling, le malade fut pris de coma et mourut subitement.

A l'autopsie, congestion des couches superficielles du cerveau, circonvolutions affaissées; liquide abondant dans les ventricules; nombreux petits kystes des plexus choroïdes. La couche optique et une partie du noyau intraventriculaire du corps strié sont détruits par une tumeur volumineuse, ferme, irrégulière, divisée en deux lobes, et qui paraît être, soit une gomme, soit une masse tuberculeuse. (*Medical Times and Gazette*, 2 octobre 1880.)

Travaux à consulter.

Un nouveau nématode de l'homme, par M. Dabesiu. — Trouvé dans le péritoine d'une femme de trente-cinq à quarante ans, sur laquelle on ne possède aucun renseignement. Ver allongé (14 centimètres sur 3,5) à ouverture buccale munie de six papilles. L'auteur propose le nom de *Filaria peritonæi hominis* pour ce nouveau nématode, dont on trouvera le dessin dans une planche qui accompagne le mémoire. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

De quelques cas rares de maladies du cœur, par M. Lindman. — 1° Observation de rupture des valvules aortiques à la suite d'un effort. Douleur subite et violente suivie de cyanose, de dyspnée, plus tard de tous les signes d'insuffisance aortique compliquée de rétrécissement — Indications bibliographiques des cas connus jusqu'à ce jour. — 2° Observation de rétrécissement du « cône artériel de l'aorte, » les valvules elles-mêmes étant intactes. Lésion probablement congénitale caractérisée par un souffle systolique couvrant tous les bruits. Nous ne connaissons jusqu'ici que trois cas de ce genre: on en trouvera l'indication dans ce travail. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXV.)

Un cas d'anévrysme de l'artère basilaire, par M. Schmidt. — Symptômes de tumeur cérébrale : affection non reconnue pendant la vie. On se rappelle que Griesinger et Lebert s'étaient efforcés de faire entrer cette maladie dans le cadre pathologique et lui reconnaissaient des symptômes particuliers. Cette tentative n'a pas eu et ne pouvait avoir de succès d'après l'auteur. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 21.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Modifications des bruits du cœur dans la cirrhose du foie, par M. le docteur Laurent. — Thèse, 1880.

C'est en 1875 que M. Gangolphe attira le premier l'attention sur le bruit ou souffle mitral dans l'ictère. Deux ans après, M. Fabre, de Marseille, examinant cette question dans ses leçons cliniques, attribuait les phénomènes cardiaques de la cirrhose à l'action des acides biliaires sur le sang et sur la fibre musculaire cardiaque.

En 1878, M Potain s'occupa de l'influence des affections gastro-hépatiques sur le cœur, et la communication qu'il fit à ce sujet au Congrès pour l'avancement des sciences donna lieu à des discussions intéressantes. Attribuant à une augmentation de tension dans l'artère pulmonaire la dilatation du cœur droit et l'insuffisance tricuspide qu'il rencontrait en pareil cas, M. Potain expliquait cette lésion et les bruits assez variables auxquels elle donne lieu par un spasme vasculaire, résultat d'un acte réflexe partant de l'organe malade et venant exciter les vaso-moteurs des artérioles pulmonaires. On trouvera dans la *Gazette hebdomadaire* (mai et juin 1880) un excellent travail de notre collaborateur M. F.-Franck sur le même sujet.

M. Laurent revient sur cette question avec une vingtaine d'observations, dont plusieurs lui sont personnelles, et fait une exposition critique des différentes théories émises pour expliquer les modifications des bruits du cœur dans la cirrhose. Il rapporte ces modifications à deux causes qui peuvent agir isolément ou se combiner : la dilatation du cœur droit résultant de la tension exagérée du sang dans l'artère pulmonaire (Potain) et un état exagéré d'hydrémie et d'hypoglobulie.

Nous avons été frappé, en lisant ces observations, du peu de constance des signes stéthoscopiques au point de vue de leur localisation et des modifications souvent à peine sensibles que notent les observateurs. On sait, d'autre part, que les affections les plus graves du foie peuvent évoluer sans provoquer aucune manifestation cardiaque, et l'on serait bien souvent porté à mettre uniquement en cause l'état anémique ou cachectique des malades pour expliquer tous ces troubles cardiaques.

Manuel de laryngoscopie et de laryngologie, par M. le docteur Cadier. — Paris, 1880. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce manuel résume les leçons faites avec succès par l'auteur en 1878 et 1879.

Il est assez singulier de voir M. Cadier établir une confusion complète entre les angines et les affections du larynx. La plus grande partie du livre, en effet, est consacrée à la description des différentes angines. S'il est vrai que, dans beaucoup de cas, les maladies du larynx débutent par des angines ou coïncident avec elles, il ne l'est pas moins que, dans des cas au moins aussi nombreux, les angines évoluent sans provoquer du côté du larynx aucune manifestation sérieuse. C'est ce qu'on voit journellement dans la plupart des amygdalites, dans l'angine herpétique, variolique, scarlatineuse. La description de ces maladies n'a qu'une part fort accessoire dans les études de laryngoscopie auxquelles le livre semble tout d'abord consacré. Le laryngoscope n'a rien à voir en pareil cas, et son application est souvent impraticable. Dans le traité de M. le professeur Lasègue, que l'auteur cite avec raison comme une œuvre magistrale, il n'est question du laryngoscope que dans les cas, où le larynx est atteint, lorsque l'angine se complique de laryngite, ce qui est loin d'être constant.

Cette réserve faite, le livre de M. Cadier se recommande par des indications pratiques fort utiles sur le traitement des maladies de l'arrière-gorge et du larynx. L'auteur y recommande un nouveau laryngoscope donnant plus de lumière que les autres instruments du même genre et d'une application plus facile.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Montpellier. Concours. — Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 30 octobre 1880, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante par suite de la démission de M. Fonssagrives. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Traitement a domicile. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique informe MM. les médecins du XVIIe arrondissement que, le dimanche 14 novembre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins — Une élection de cinq médecins du même ordre aura lieu lieu le dimanche 14 novembre à la mairie du Xe arrondissement.

Conseil municipal. Nouvel hôpital. — Dans la séance du 21 octobre, plusieurs membres du Conseil municipal se sont plaints qu'aucune mesure n'eût encore été prise pour la démolition de l'annexe de l'Hôtel-Dieu et la conversion d'un des postes-casernes en hôpital. L'hiver approche, et le nouvel hôpital serait on ne peut plus utile.

Association générale. — M. le docteur Auguste Brun, caissier de l'Association générale, vient de recevoir les sommes suivantes

pour la caisse des pensions viagères : MM. Diday et Doyon (de Lyon), 500 francs; Hérard, 100 francs; Auguste Saint-Martin (legs), 1000 francs; Henri Roger et Pénard, 150 francs; Anonyme, 20 francs; Henri Roger et Leroy des Barres, 40 francs; total, 1810 francs.

Association française. — L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa dixième session au mois d'avril 1881, pendant la semaine de Pâques, dans la ville d'Alger, sous la présidence de M. le professeur Chauveau, de Lyon. M. Janssen a été nommé vice-président : M. Maunoir, secrétaire général, et M. Émile Trélat, vice-secrétaire général.

Congrès de bienfaisance. — Le Congrès international de bienfaisance de Milan, dans sa séance de clôture, tenue le 5 septembre, a décidé, conformément au vœu émis par M. le docteur Passant, que le prochain Congrès international se tiendra à Paris, en 1882.

Service de santé militaire. — Par décret en date du 16 octobre 1880, ont été promus dans le cadre des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* M. Guillemin (Isidore-Frédéric), en remplacement de M. Azaïs, décédé.

2° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Choix.) M. Mounier (François-Xavier-Rodolphe-Henri), en remplacement de M. Rioublant, retraité. — (Ancienneté.) M. Paloque (Aimé-François-Marie-Antoine), en remplacement de M. Delune, retraité. — (Choix.) M. Augarde (Pierre-Samuel-Achille), en remplacement de M. Massie, retraité. — (Ancienneté.) M. Laurens (Pierre-Anne-Marie-Ferdinand-Dieudonné), en remplacement de M. Couquet, retraité. — (Choix,) M. Brachet (Jean-Pierre-Aimé-Sicaire), en remplacement de M. Guillemin, promu.

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier : M. le docteur Blondeau (Alexis-Joseph), inspecteur du service des enfants assistés de la Côte-d'Or.

L'Amérique équinoxiale par le docteur Crevaux. — On lit dans divers journaux : « Des nouvelles intéressantes sont parvenues à Paris du docteur Crevaux, le courageux voyageur chargé d'une mission scientifique par le gouvernement français. Après avoir exploré le Maroni, l'Oyapock, le Yary, le Parou, l'Ica et le Yapura, M. Crevaux continue sans encombre ses explorations dans l'Amérique équinoxiale. »

Épidémie typhique en Suisse. — On lit dans le *Journal de Genève :* « Il règne à Altorf, depuis quelque temps, une épidémie de typhus dont sont atteintes, dans ce moment, quarante personnes. On en attribue la cause à l'état de malpropreté du courant d'eau qui traverse le chef-lieu uranais, qui, à l'heure qu'il est, ne possède encore aucune distribution d'eau potable. D'autres, cependant, prétendent que la maladie a été motivée par de la viande de cheval suspecte dont auraient mangé deux familles indigentes de la localité. »

Nécrologie. — On annonce que M. Marcel Mossé, ancien élève du Val-de-Grâce, externe des hôpitaux de Paris, vient de mourir à Perpignan.

Mortalité a Paris (43e semaine, du vendredi 22 au jeudi 28 octobre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants.— Nombre total des décès : 892, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 18. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 28. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 5. — Méningite (tuberculeuse et aiguë), 32. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 46. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 48. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon, 24; au sein et mixte, 33; inconnu, 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 79; de l'appareil circulatoire, 45; de l'appareil respiratoire, 55; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 7.

Bilan de la 43e semaine. — Nous continuons à être soumis à la faible mortalité générale constatée pendant les semaines précédentes, et, ce qui est encore plus rassurant, les maladies contagieuses persistent à présenter les chiffres amoindris des meilleures semaines passées. La fièvre typhoïde est la seule affection zymotique dont les décès se soient accrus (49 décès typhiques au lieu de 27 ou 37 dans les semaines précédentes), mais la garnison de Paris continue à paraître singulièrement préservée, puisque sur ces 49 décès typhiques un seul lui appartient!

Les décès enfantins par athrepsie continuent à décroître de semaine en semaine (62 au lieu de 83 et 93 des semaines avant. Voyez notre dernier bulletin). On ne compte cette semaine que 182 décès de 0 à 5 ans pour les légitimes, alors qu'il y en avait 206, 216,... dans les semaines précédentes. Cependant il est assez curieux de constater que ce dégrèvement est bien moins constant et moins prononcé pour les enfants illégitimes, qui ont fourni 60 décès dans cette 43e semaine, au lieu de 50 et 66 dans les précédentes. Pourtant ce sont là des oscillations assez faibles, sans doute passagères et de peu de valeur.

Enfin, nous appellerons l'attention de nos lecteurs sur une nouvelle donnée du Bulletin agrandi. (Plusieurs arrondissements (IIe, IIIe, VIIe, XIIIe et XVIIe) ne nous ont pas envoyé leurs relevés, ou tout au moins ne nous les ont pas transmis en temps utile.)

On remarquera que sur les 202 enfants relevés comme envoyés en nourrice, il n'y en a que 103 que l'on s'est proposé de faire nourrir au sein.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin. Thèse présentée au concours d'agrégation par le docteur L. Hirigoyen. 1 vol. in-8 avec figures. Paris, Germer Baillière. 4 fr.

Hypothèses actuelles sur la constitution de la matière. Thèse présentée au concours d'agrégation par le docteur M. Hanriot. 1 vol. in-8 avec figures. Paris, Germer Baillière. 3 fr.

L'eau froide, ses propriétés et son emploi principalement dans l'état nerveux, par le docteur Adolphe Bloch. In-18 de 170 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Projet d'organisation du service de santé de la Compagnie du canal interocéanique de Panama. Lettre à M. le comte Ferdinand de Lesseps, par le docteur Louis Companyo. In-8 de 137 pages avec figures. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr.

Traité pratique des affections cutanées ou maladies de la peau, basée sur un nouveau traitement, par le docteur Charles Brame. Grand in-8 de 128 pages et 1 planche coloriée. Paris, F. Savy. 4 fr.

Rôle chimique des ferments figurés, par le docteur A. Chapuis. Grand in-8 de 172 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchement, par le docteur R. Lefour. 1 vol. in-8 de 330 pages avec figures dans le texte, 58 tableaux et 2 planches lithographiques hors texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Le corps de Wolff. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en anatomie et physiologie, par le docteur F. Viault. 1 vol. in-8 de 170 pages avec 25 figures dans le texte et 1 planche lithographique hors texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

De la métallothérapie. Ses origines et les procédés thérapeutiques qui en dérivent, par le docteur H. Petit. In-8 de 67 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 11 novembre 1880.

LES MÉTHODES EN THÉRAPEUTIQUE. — *Académie de médecine :* NÉPHRECTOMIE : LÉON LE FORT. — INCUBATION DE LA RAGE.

Les méthodes en thérapeutique.

(Premier article.)

On ne sera point surpris de nous voir attacher plus d'importance et consacrer un article plus étendu que ne le comporte d'ordinaire une analyse bibliographique, à l'*Introduction* que M. le professeur Ch. Bouchard vient d'écrire en tête de la traduction française du *Traité de thérapeutique* de Nothnagel et Rossbach. C'est, en effet, une bonne fortune pour la critique médicale que de pouvoir apprécier longuement une étude sur la méthode en thérapeutique, alors surtout que, dans un petit nombre de pages, aussi bien pensées que bien écrites, on peut trouver l'exposé de toute une doctrine, l'appréciation très précise et très rationnelle de toutes les théories que l'on invoque journellement pour arriver à traiter les maladies. M. Bouchard déclare qu'il a surtout songé à éveiller des idées, à faire penser et réfléchir. Il n'a voulu, dit-il, « que tracer des linéaments de doctrine médicale ». Certes, nous croyons que les idées qu'il a développées « ne nuiront au progrès scientifique de personne et pourront être utiles à la conduite médicale »; mais nous pensons aussi que, par la manière dont il les a mises en relief, en rajeunissant, en rendant plus facilement acceptables les doctrines émises par ses prédécesseurs, et surtout en sachant concilier sa méthode avec l'état incomplet et nécessairement progressif de la science médicale, M. Bouchard a réussi à tracer un programme de thérapeutique bien plus acceptable que les précédents. Il suffira, pour s'en rendre compte, de jeter un coup d'œil sur les causes qui ont accentué entre les thérapeutistes les divergences doctrinales, de faire voir ce qu'étaient, il y a quelques années encore, les principes défendus par les maîtres les plus autorisés, et de montrer ensuite qu'une doctrine plus large et plus conciliante répond mieux à tout ce qu'exigent à la fois la science et la pratique.

Depuis l'origine de la médecine, et surtout depuis le commencement de ce siècle, deux tendances opposées, exclusives l'une de l'autre, semblaient diviser les thérapeutistes. Les uns, considérant les maladies comme des *êtres*, cherchaient à les combattre par des médicaments *spécifiques*. Ignorant absolument dans quelle voie se pourraient efficacement diriger leurs recherches, ils hésitaient, adoptant successivement toutes les médications prônées par ceux qui les avaient essayées les premiers. L'*empirisme* le plus aveugle a été, vu l'état incomplet de la pathologie, le résultat de cette tendance. Les autres, au contraire, ne voyaient dans la maladie qu'un *accident*. Ils niaient l'action spécifique du médicament, et prétendaient n'intervenir que pour replacer l'organisme dans des conditions favorables au retour naturel de la santé. Leur but était dès lors d'étudier attentivement l'action *physiologique* des agents de la matière médicale, et d'essayer successivement tous les médicaments destinés à provoquer les réactions salutaires de la *nature médicatrice*. Mais il arriva bientôt que, leurs efforts étant convaincus d'impuissance, deux camps ennemis s'installèrent en face l'un de l'autre. D'un côté, l'on continua l'essai des médicaments qui, pour une raison ou pour une autre, semblaient destinés à combattre certains symptômes, et l'on aboutit à un empirisme plus scientifique peut-être, mais non moins

---

FEUILLETON

La Médecine publique dans l'antiquité grecque.

(Fin. — Voyez les numéros 43 et 44.)

Abordons maintenant une question sur laquelle le mémoire s'arrête longuement et entre dans des développements intéressants. Qu'est-ce que c'était que l'ἰατρεῖον, l'officine du médecin? Tout le monde sait qu'un des livres hippocratiques a pour titre l'OFFICINE; mais pour prendre une connaissance entière de la chose, il est nécessaire de consulter quelques passages d'autres livres, que M. Littré a pris soin de noter dans la table analytique de son édition. L'officine était le local où le médecin donnait des consultations, pansait les plaies, réduisait les fractures, etc.; on devait y trouver, en conséquence, des médicaments, des objets de pansement, des appareils mécaniques, des lits même et certaines conditions d'aménagement, propres surtout à rendre la pratique des opérations plus commode et plus sûre. D'un passage de Galien, sur lequel l'auteur appelle l'attention, il résulte que dès le temps d'Hippocrate, et sans doute plus anciennement, un local de ce genre, avec tous les moyens de traitement, était mis par les villes à la disposition des médecins publics (*In Hipp., lib. de méd. offic. comm.*, l. VIII, éd. Kuhn). Or, quel usage faisait-on de l'officine? Était-ce un simple lieu de consultation? Non, puisqu'on y réunissait ustensiles, appareils, instruments, et qu'on y pratiquait les opérations. C'était quelque chose d'analogue aux *salles de consultation* de nos hôpitaux, où l'on va non seulement chercher des conseils, mais aussi des secours immédiats; non ceux de la pharmacie, puisqu'on n'y délivre pas de médicaments comme dans les officines grecques, mais ceux de la chirurgie. L'iatrion était-il quelque chose de plus? Y recevait-on des malades à demeure? Les pauvres seuls y entraient-ils, ou avec eux les

sujet à l'erreur que l'empirisme des *spécificistes*. De l'autre, on arriva, après quelques déceptions, au scepticisme le plus absolu. L'anatomie et la physiologie pathologiques, en montrant l'évolution progressivement fatale d'un assez grand nombre de maladies, contribuèrent à rendre plus générale, au moins sur les bancs de l'École — car il en est tout autrement quand on se trouve en face des nécessités de la pratique journalière — ce mépris apparent de la thérapeutique, qui fut d'abord la conséquence des luttes entreprises contre les exagérations du *physiologisme*. Ne voyons-nous point encore, chaque jour, des médecins satisfaits des résultats obtenus en anatomie pathologique et en séméiologie, naturalistes passionnés, observateurs sagaces, ne s'appliquant qu'à perfectionner l'art du diagnostic? Très heureux de pouvoir bien reconnaître une lésion, localiser dans une région déterminée le siège du mal, en prédire à l'avance l'évolution naturelle et les conséquences fatales, ils se sont désintéressés de toutes les questions de thérapeutique. « On a assisté, dit M. Bouchard, à ce spectacle : les élèves apprenant les lésions et les signes des maladies, omettant de se renseigner sur le traitement; des médecins passant un temps considérable à démêler les symptômes et à poser le diagnostic; puis, oubliant de formuler un traitement, ou accomplissant cette obligation importune par bienséance, à la hâte et à la légère, comme un vain cérémonial. Assurer le diagnostic, constater les lésions cadavériques, c'était le but de l'activité médicale; traiter n'était plus qu'une concession aux exigences et aux préjugés du public. » Et, en face de ces médecins, qui nient l'action du médicament ou ne songent point à la rechercher, n'en voyons-nous point d'autres, exclusivement préoccupés de découvrir, comme seuls agents thérapeutiques vraiment efficaces, des spécifiques, des contre-poisons, des parasiticides destinés à tuer les microbes, qu'ils regardent comme seuls capables de donner naissance aux maladies les plus diverses? Le scepticisme, qui eut pour conséquence l'expectation systématique, et le *spécificisme* des anciens, ont donc trouvé des imitateurs. Mais il y a plus : les études physiologiques modernes ont accentué encore, s'il est possible, les divergences qui peuvent séparer les écoles de thérapeutique. Alors que les idées de spécificité pathogénique et thérapeutique tendaient à s'accréditer sous l'influence des recherches modernes sur la putridité morbide et la virulence; tandis que MM. Trousseau et Pidoux proclamaient que « l'idée de *spécificité* domine la matière médicale comme elle domine la nosologie », n'avons-nous pas vu un maître incontesté, s'appuyant sur des recherches de physiologie expérimentale positives, relever le drapeau du physiologisme absolu? « Les agents thérapeutiques, disait M. Gubler, ne se comportent pas autrement, ou plutôt ils n'agissent pas en vertu d'autres lois chez un sujet malade que chez un sujet sain. Dans les deux cas ils n'atteignent que nos organes, pour en modifier la composition et la structure, ou les actes sécrétoires, moteurs, sensitifs, nutritifs et plastiques. Très rarement ils s'adressent à une cause pathogénique, jamais à une de ces entités morbides qui ne sont que des conceptions de notre esprit, des abstractions de symptômes sans réalité matérielle... Les lumières de la biologie dissiperont les fantômes de la spécificité morbide et de la spécificité thérapeutique, laissant à peine subsister, dans le cadre factice de l'ancienne nosologie, quelques causes spécifiques constituées par des êtres créés et participant de leur nature; et, dans les classifications physiologiques des médicaments, cette sorte de spécialité d'action, qui s'accuse de préférence du côté d'un élément histologique, d'un organe ou d'un appareil, comme l'élection de la belladone pour l'œil et celle de la strychnine pour la moelle. » Les médicaments, a dit encore M. Gubler, ne sont que des modificateurs d'organes ou de fonctions. Il n'existe, à vrai dire, ni propriétés ni vertus thérapeutiques. L'agent thérapeutique n'agit que pour déterminer des changements, « à la faveur desquels l'organisme retrouve son équilibre troublé, pourvu qu'il y ait intégrité des actes nutritifs et plastiques, ou plutôt de la puissance formatrice, attribut essentiel des êtres vivants. Ainsi l'organisme se guérit lui-même; le médecin ne fait que le placer dans des conditions favorables au retour d'un mode de fonctionnement régulier ». Cette doctrine, qui ne diffère point essentiellement de celle de Broussais, ne conduit-elle pas à nier le médicament en même temps qu'elle nie la maladie? Et, sans contester la valeur des expérimentations physiologiques, ne doit-on pas la condamner comme dangereuse en raison même de ses tendances trop exclusives? « De même que la physiologie ne peut prétendre à régir entièrement la pathologie, écrivait en 1864 M. Dechambre, de même l'expérimentation physiologique des remèdes ne saurait régir la thérapeutique. La place reste libre à l'observation; si l'empirisme et la physiologie sont d'accord, tant mieux pour l'une et pour l'autre; s'ils se contredisent, tant pis pour la physiologie, qui aura tous les torts devant le praticien. »

La doctrine physiologique, bien qu'elle ait été défendue avec talent par M. Gubler, aura donc le sort de tous les systèmes exclusifs. Pris à la lettre, admis sans les sages réserves

---

riches? Si on y logeait des malades, il fallait pourvoir à leur alimentation et à bien d'autres frais : La dépense était-elle à la charge de la cité ou à celle du médecin public ? L'auteur porte sur tous ces points un jugement arrêté. Riches et pauvres se faisaient admettre pour un temps à l'iatrion public : ceux-ci fréquemment et par nécessité, ceux-là rarement et pour y trouver des secours difficiles à se procurer à domicile : par exemple, le secours de ces appareils, d'un transport incommode, qui servaient à la réduction des luxations (rapprocher sur ce point les pages 21 et 27 du mémoire). On aurait ainsi l'analogue de ce que nous appelons aujourd'hui une *maison de santé* ou une *ambulance*. On aurait plus que cela encore; car M. Vercoutre va jusqu'à soutenir que, si la nourriture des riches à l'iatrion était payée, celle des pauvres y était gratuite et à la charge du médecin public; ce qui était, ajoute-t-il, une des causes de sa gêne constante et de sa pauvreté finale. En ce qui concerne donc la classe indigente, un lieu de refuge où, gratuitement, on couche, on est nourri, on est visité par un homme de l'art, on reçoit des médicaments, on est pansé, on subit des opérations; le tout aux frais de la cité, puisque c'était la cité qui payait le médecin, si ce n'est pas le modèle complet d'un de nos hospices, c'en est au moins, nous le répétons, une ébauche très-avancée.

Jusqu'à quel point ce tableau est-il exact ?

Éliminons d'abord cette question accessoire : Les citoyens aisés se faisaient-ils quelquefois *hospitaliser* dans l'officine publique, bien que celles des autres médecins leur fussent ouvertes? On cherche vainement le fondement de cette supposition. L'officine publique était instituée spécialement au profit des indigents (le mémoire contient sur ce point une page de démonstration); les officines particulières étaient munies du même matériel que celles des médecins municipaux; enfin, si l'on admet que ceux-ci recevaient des malades à demeure, il faut l'admettre également des autres médecins. C'est l'auteur lui-même qui écrit : « Les malades aisés traités *dans l'iatrion public* remboursaient sans doute au médecin,

qu'a fait valoir M. Bouchard et que nous allons exposer, ceux-ci ne peuvent conduire qu'à un empirisme systématique. S'il croit à l'évolution fatale des lésions qu'il a appris à étudier avec un soin minutieux, dont il s'est efforcé de saisir, dès leur début, toutes les manifestations symptomatiques, le médecin, qui ne peut jamais, au lit du malade, se désintéresser des questions de thérapeutique, mais qui n'a point acquis les connaissances nécessaires pour agir avec sûreté et précision, se voit entraîné à *essayer* sans discernement tous les médicaments que l'on recommande comme des panacées. S'il croit à la médecine, mais en s'efforçant de chercher toujours des médicaments spécifiques, destinés à des maladies parasitaires, il *essayera* tous les agents de la médication antiseptique ; s'il est exclusivement physiologiste, et que, connaissant l'action des agents thérapeutiques sur le fonctionnement des organes, il ne lutte que pour combattre les symptômes morbides, pour replacer l'organisme dans des conditions de fonctionnement normal, il *essayera* encore les médicaments qui lui paraîtront devoir répondre à une indication symptomatique déterminée. Niant la spécificité d'action de certains médicaments, il sera conduit à multiplier ses moyens d'action en raison même des manifestations multiples déterminées par une cause dont il ne pourra apprécier les effets. Dans tous les cas, il se verra conduit à l'empirisme, c'est-à-dire à la polypharmacie, qui est de toutes les thérapeutiques la plus dangereuse.

Déterminer les indications, tel est le but que doit se proposer une thérapeutique rationnelle. Or, et c'est là ce que M. Bouchard expose avec une précision et une clarté remarquables, on ne peut arriver à poser les indications ou à les réaliser que si l'on est un excellent pathologiste, c'est-à-dire si l'on connaît bien la maladie que l'on prétend guérir. « Les indications en thérapeutique, dit M. Bouchard, se déduisent de l'étiologie, de la pathogénie, de l'évolution morbide; elles sont fournies également par la connaissance de l'acte curateur naturel ou, au moins, par la constatation des signes qui révèlent cet acte curateur; elles résultent aussi de l'apparition de certains symptômes, des particularités anatomiques et physiologiques de certains accidents morbides. En d'autres termes, c'est la connaissance de la maladie et l'examen du malade, c'est la pathologie et la clinique qui posent les indications. On arrive à réaliser les indications par la connaissance des actes physiologiques qui déterminent les médicaments. C'est la physiologie qui guide dans le choix des agents de la matière médicale... En dehors de l'empirisme, il n'y a donc en thérapeutique que deux choses : la pathologie, qui pose les indications; la physiologie, qui les réalise. » Or, la pathologie, cette base essentielle et primordiale de la thérapeutique, est demeurée jusqu'à ce jour incertaine et mouvante. « Ce qu'il y a de plus positif en pathologie, dit M. Bouchard, c'est la nosographie. On décrit assez bien les maladies; on ne les connaît pas dans leur intimité. » Nous pourrions ajouter que chaque jour de nouvelles maladies sont décrites, ou que des noms nouveaux sont donnés à des maladies autrefois mal définies ou mal classées. Quel est, en pareil cas, l'embarras de ceux qui n'ont d'autre souci que de rechercher, dans un manuel ou un dictionnaire de matière médicale, les *médicaments* applicables à une maladie déterminée, sans se préoccuper des indications spéciales qui motivent telle ou telle médication? Pour éviter tout à la fois le scepticisme thérapeutique et la polypharmacie, il faut croire à la médecine, à son utilité, aux ressources de la thérapeutique. Il faut remettre en honneur la recherche des indications; et, comme le dit fort bien M. Bouchard, « se refaire une doctrine ».

Or, les doctrines anciennes ont été frappées de stérilité, non seulement en raison du mouvement scientifique qui entraînait les esprits vers les recherches anatomiques et physiologiques, qui morcelait la science médicale et, par l'abondance des études analytiques, détournait de toute vue d'ensemble; mais encore et surtout parce qu'elles étaient ou paraissaient être exclusives les unes des autres. La doctrine thérapeutique que défend M. Bouchard est aussi large, aussi conciliante qu'on peut le désirer. « Elle n'est pas, dit-il, la loi qui domine les faits; elle est l'expression générale des faits que l'observation révèle; elle reste donc sujette à revision, comme tout ce qui est basé sur l'observation; elle se perfectionne, s'étend et s'affermit à mesure que l'observation progresse, s'élargit et se consolide. La doctrine, pour nous, est un aboutissant et non un point de départ ; elle est l'expression synthétique des faits communs, elle n'est pas le principe d'où l'on pourrait déduire des faits particuliers. » Nous ne pouvons qu'applaudir à ces paroles. La thérapeutique n'est pas assez avancée pour qu'on puisse entrevoir sa constitution définitive; mais à la condition d'adopter tous les faits acquis jusqu'à ce jour, et de réserver une place à ceux que l'avenir nous révélera, on peut poser les bases de cette rénovation scientifique. C'est par un sage éclectisme que l'on parviendra au but. M. Bouchard nous en donne la preuve. De toutes les méthodes thérapeutiques, celle qui s'attaque à la

---

exactement comme s'il eût été un *médecin ordinaire*, la valeur de l'alimentation fournie. » Les riches étaient-ils attirés dans un asile de charité publique par la réputation du médecin? On peut le supposer; mais personne n'en sait rien.

Quoi qu'il en soit, la question importante est celle-ci : A l'égard des citoyens, riches ou pauvres, quelle était réellement la destination des officines publiques ?

Ce qui peut passer pour absolument démontré, c'est que les malades en état de se déplacer se rendaient d'ordinaire à l'iatrion; qu'on leur y délivrait des potions, des purgatifs, des remèdes auriculaires ou ophthalmiques, etc. ; qu'on les y soumettait à l'opération de la saignée, à l'application des ventouses, à l'ouverture des abcès, au pansement des plaies, à la réduction des luxations, etc. Il est très admissible également que, pour les besoins imprévus ou pour laisser à certains opérés le temps de se remettre, à certains fébricitants le temps de se reposer, des lits étaient mis à la disposition du public. Voilà ce que mettent en évidence les livres hippocratiques *Du médecin* et *De l'officine*. Pour étendre la destination de l'iatrion, M. Vercoutre allègue d'autres textes, qu'il commente, ce nous semble, un peu librement. Thimarque va s'établir au Pirée, dans l'officine d'Euthydique, sous prétexte d'y étudier la médecine, mais en réalité pour trouver dans ce quartier de la ville un plus facile aliment à ses honteuses passions (*Echine, contre Thimarque*, § 40) : donc l'officine renfermait des malades, et notre auteur assure même avoir rencontré dans ce passage (ce que nous n'avons pu, pour notre part, y découvrir), la preuve qu'on soignait dans l'officine d'Euthydique des « affections de toute sorte, les unes médicales, les autres chirurgicales, de manière que l'élève pût réellement y apprendre l'art, et l'art tout entier ». Lamaque, dans les *Acharniens*, s'écrie : « Qu'on me porte dans la maison de Pittalus ! » Sans contredit, il entend « s'installer dans l'officine » du médecin public. Si Platon veut qu'on ouvre beaucoup d'officines dans une grande ville (nous n'avons pas vérifié ce passage du *De civitate*), « c'est apparemment pour y

cause morbide, la *thérapeutique pathogénique*, devrait, d'après lui, suffire à poser les indications du traitement. Aidée de la *thérapeutique physiologique*, qui permettrait de les réaliser, elle pourrait devenir le guide exclusif de la pratique médicale, si la pathologie était définitivement constituée. Il n'en est rien, tous les médecins le savent; mais en l'état actuel de nos connaissances, et malgré bien des obscurités, elle doit encore solliciter l'attention et provoquer bien des recherches. C'est ainsi que la thérapeutique des maladies infectieuses et virulentes sera peut-être révolutionnée par les travaux qui tendent à affirmer de plus en plus chaque jour le rôle pathogénique des microbes. Nous avons trop souvent protesté contre les généralisations hâtives et les hypothèses aventureuses, pour être suspect d'un enthousiasme irréfléchi pour ces découvertes qui nous font mieux connaître chaque jour le rôle des microbes dans la pathogénie des maladies virulentes. Aussi devons-nous reconnaître la force des arguments développés par M. Bouchard pour bien faire comprendre l'influence que ces découvertes pourront exercer sur la thérapeutique. L'hypothèse qui attribue à des êtres animés la virulence — nous n'osons point aller jusqu'à dire encore l'infectiosité et la virulence — est tout au moins aussi digne de créance que l'ancienne doctrine qui « concédait à une matière amorphe la faculté de génération, admettant ainsi un fait sans précédent et sans analogue ». Or, cette hypothèse devrait nous conduire à agir, non plus sur l'organisme où s'opère la fermentation, mais sur le ferment lui-même, c'est-à-dire « à attaquer l'ennemi dans les organes par où nous soupçonnons qu'il peut pénétrer dans l'économie, à le poursuivre dans le sang et dans les tissus, à tâcher de le détruire ou d'entraver sa pullulation ». Cela ne revient-il pas à rechercher des spécifiques, à nous égarer à la poursuite d'un agent parasiticide approprié à chaque espèce de microbe? Telle n'est pas, cependant, la conclusion à laquelle arrive M. Bouchard. Tout en déclarant que « les microbes sont la cause d'un grand nombre de maladies, et qu'ils sont certainement la complication d'un plus grand nombre », il s'attache à faire voir que, même en admettant cette hypothèse, le rôle du médecin doit être surtout de chercher à modifier l'état de l'organisme qui permet aux agents infectieux de l'envahir et d'y pulluler. « Si ces agents, ajoute-t-il, peuvent être considérés comme la cause prochaine de nombreuses maladies, beaucoup, parmi eux, n'arrivent à prospérer dans le milieu vivant qu'à la faveur d'une détérioration préalable de ce milieu; beaucoup cessent d'y végéter quand ce milieu a subi certaines modifications. Ainsi, au-dessus de l'agent infectieux, il convient de reconnaître, d'empêcher ou de provoquer ces modifications générales du milieu vivant qui créent l'aptitude morbide ou qui confèrent l'immunité... Ce qui fait que les humeurs deviennent capables ou incapables de laisser pulluler les germes, c'est, ce ne peut être qu'un trouble nutritif, qu'un changement dans l'activité avec laquelle les cellules organiques ou certaines cellules élaborent la matière; changement d'où peut résulter un défaut dans la proportion des principes immédiats, ou la suppression de l'un de ces principes, ou l'addition de quelque autre. »

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

Néphrectomie.

M. Léon Le Fort a pratiqué l'extirpation du rein chez un homme atteint de fistule uretérale du côté droit. L'opéré est mort deux jours après la néphrectomie : c'est donc un insuccès dont l'Académie doit enregistrer l'histoire; et cependant cette observation ne doit pas rester comme un exemple de tentative chirurgicale audacieuse, car elle renferme des enseignements qu'on devra méditer. Nous les signalerons brièvement, parce qu'on les retrouvera plus détaillés au compte rendu de l'Académie; il nous suffit d'insister sur certaines particularités, soit d'étiologie : la section de l'uretère par un tranchet, dans une tentative de suicide; soit dans la marche des accidents consécutifs: l'établissement d'une fistule lombaire urinaire, et une série de complications telles que le chirurgien se décida à l'extirpation du rein.

L'observation de M. Le Fort mériterait donc un examen approfondi; mais, pour aujourd'hui, nous imiterons sa réserve, et nous n'examinerons ce fait clinique qu'au point de vue des indications opératoires, de la néphrectomie lombaire pour les cas de fistules urinaires. M. Le Fort a très judicieusement établi le diagnostic sur la quantité d'urine excrétée par l'urèthre et par la fistule lombaire; il a, de plus, fait des constatations très intéressantes basées sur l'élimination du salicylate de soude qui se retrouvait dans l'urine de la fistule, et sur la réaction de l'iodure de potassium injecté par l'urèthre et du nitrate de plomb déposé sur la plaie; ces essais comparatifs démontraient que l'urine s'écoulant par la fistule provenait du rein et non de la vessie; et en somme il y avait lieu, dans ce cas, de discuter l'opportunité de la néphrectomie, et même de tenter cette opération.

---

admettre les nombreux malades accumulés dans la cité ». Hippocrate raconte que ceux de Tharse, durant une épidémie, ne vinrent pas chercher de secours dans l'officine du médecin; on peut être assuré que s'ils s'y étaient présentées, c'eût été pour y faire séjour. — Toutes ces interprétations vont au delà du sens littéral des textes. Aller chercher des soins ou l'instruction médicale dans une officine, n'implique pas nécessairement qu'on y demeure. Nos élèves, nos internes même, n'habitent pas les hôpitaux où l'instruction médicale leur est si largement départie, et bien des gens viennent à l'hôpital chercher des conseils, subir des traitements médicaux ou chirurgicaux, qui ne sont pas admis pour cela dans les salles.

Il faut donc recourir à d'autres textes. Au premier abord et dans leur ensemble, ceux d'Hippocrate ne sont pas très favorables à l'hypothèse d'un séjour plus ou moins prolongé des malades dans l'iatrion. Ce livre *du médecin* que nous rappelions à l'instant, que dit-il? « Relativement aux préceptes touchant l'art médical, à l'aide desquels on peut devenir artiste, il faut d'abord considérer ceux par lesquels on *commencera son instruction:* or *ce qui se traite dans l'officine* est à peu près du ressort de l'*étudiant* » (trad. de Littré). Ce qui se traitait dans l'officine, nous venons de le voir: qu'est-ce donc qui se traitait hors de l'officine? Vraisemblablement les maladies graves, les blessures graves, ne permettant pas le transport quotidien du sujet et nécessitant la pratique à domicile des grandes opérations. Le déplacement de l'homme de l'art, avec l'attirail nécessaire du médecin et du chirurgien, est prévu: « Vous aurez pour les voyages un autre appareil plus simple et portatif; le plus commode est celui qui est méthodiquement disposé. » Si les appareils alors employés étaient assez portatifs pour les voyages, à plus forte raison l'étaient-ils pour une simple course en ville. Néanmoins, et on peut être étonné que cet argument ait échappé à M. Vercoutre, le rapprochement de certains autres passages d'Hippocrate tend à établir que, réellement, des maladies

M. Léon Le Fort nous a dit qu'il avait en sa faveur l'exemple des succès de Simon dans le cas spécial de néphrectomie pour fistule urinaire; il a, de plus, invoqué quelques autres succès dus à la néphrectomie; il aurait pu invoquer des faits plus nombreux encore, dont nous avons donné le résumé dans le n° 15, page 225, de la *Gazette hebdomadaire* de cette année, et qui, s'ajoutant à des publications récentes, peuvent se condenser en la statistique suivante, que nous résumerons en quelques lignes :

La néphrectomie a été pratiquée dans le cas de fistule de l'uretère dans 3 cas : pour la première fois par Simon, en 1869, avec succès; par Zweifel, en 1879, avec succès; par Czerny, en 1880, avec succès; soit 3 cas de guérison sur 3 opérations. Notre savant professeur était donc en droit de renouveler une tentative chirurgicale qui pouvait promettre un nouveau succès, et en somme il a fait une œuvre utile en publiant son insuccès; et en nous montrant les difficultés opératoires qu'il a rencontrées. On remarquera, en effet, combien l'opération a été pénible : M. Le Fort, ainsi que Czerny, ainsi que Bruns, dans un cas analogue, a dû réséquer une large portion de la douzième côte, et il a rencontré des adhérences, des indurations du tissu cellulaire, qui ont constitué une complication opératoire fort grave.

A. Hénocque.

Incubation de la rage.

— Ce sont de légitimes préoccupations assurément qui ont porté M. H. Bouley à venir, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, élever des doutes sur la signification du fait d'incubation prolongée de la rage humaine, présenté dans la séance précédente par M. Léon Colin. Après avoir ramené, selon les données de l'observation moderne, la durée maximum de l'incubation de dix, quinze, vingt ans, à huit ou dix mois, il a fallu récemment, avec MM. Féréol et Hémard, le reporter à deux ans et demi. Devra-t-on maintenant l'étendre à près de cinq années? Que faire pourtant? Les symptômes rabiques constatés chez le malade dont M. Colin a rappelé l'histoire ne sont guère équivoques, et l'absence de lésions du côté du bulbe rachidien ne suffit pas, surtout après les remarques de M. Maurice Raynaud, à en diminuer sérieusement la portée. M. Bouillaud l'a déclaré sans hésitation : il s'agissait bien d'un cas de rage. Dès lors, et le laps de temps écoulé entre la morsure et l'invasion des symptômes de rage n'étant pas contesté, il ne restait plus qu'à se jeter dans la supposition d'un contact nouveau et plus récent du sujet avec un animal enragé, dont la bave seule, sans morsure et par de simples lèchements, aurait pu communiquer la maladie à l'insu même de la victime. Dans sa réponse à M. Bouley, M. L. Colin a très heureusement fait ressortir toutes les circonstances qui militent en faveur de sa manière de voir, et le caractère hypothétique de celles qu'on est réduit à lui opposer.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude de l'œsophagisme, par le docteur Charles Eloy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis le mémoire de Mondière, les observations d'œsophagisme, d'ailleurs peu nombreuses et éparses dans des thèses ou des recueils périodiques, n'ont pas été groupées méthodiquement dans un travail d'ensemble. C'est donc dans les traités généraux de pathologie interne, et les articles, toujours concis, des dictionnaires, qu'on peut seulement trouver l'histoire de cette affection, histoire d'ailleurs un peu confuse. Parmi les travaux les plus récents et les plus complets, il faut noter d'abord la monographie saisissante de cette maladie, dans la *Pathologie* de Jaccoud (*Appendice*, 1877); la description de Luton (art. Œsophagisme, in *Nouv. Dict. pratiq.*), et les remarquables leçons de Morel-Mackenzie sur les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage (*Med. Times and Gaz.*, 1876, 21 oct.) et sur les maladies de l'œsophage (*The Lancet*, 1878, 20 mai).

Cette rareté de documents cliniques est le principal motif de la publication d'un fait d'œsophagisme dont nous avons été témoin. Nous groupons auprès de lui quelques observations modernes, et de la comparaison de ces cas nous nous efforcerons de tirer quelques conclusions au triple point de vue de l'étiologie, du diagnostic et du traitement de l'œsophagisme.

On peut grouper les observations suivantes, dont nous donnons le résumé, en cinq catégories. (Le groupement est peut-être un peu arbitraire. Est-il une classification qui ne mérite pas plus ou moins ce reproche?) Dans les quatre premières nous réunissons les faits d'œsophagisme ayant coexisté avec d'autres phénomènes pathologiques : troubles utérins, état dyspeptique, lésions du vestibule des voies digestives (pharynx, arrière-bouche), état nerveux. La cinquième catégorie renferme des faits d'œsophagisme indépendants de toute sympathie, résultant d'une perturbation fonctionnelle, toute locale, des muscles de l'œsophage.

---

sérieuses étaient traitées à demeure dans l'iatrion. Les fractures, par exemple, sont de celles qui ne permettent guère le transport quotidien ou biquotidien des blessés, d'autant moins que, selon le précepte du livre *De l'officine* (§ 18), les attelles n'étaient appliquées que le septième jour. Notre confrère tire bien des traumatismes graves une induction favorable à sa thèse; mais ce qu'il ne remarque pas, c'est qu'il appert du texte hippocratique que le même blessé, le même individu atteint d'une fracture de la jambe ou de la cuisse, était pansé autant de fois qu'il était nécessaire dans la même officine. Dans le livre *De l'officine*, directement consacré aux maladies qu'on traitait dans l'établissement, aux moyens médicaux ou chirurgicaux qu'on y mettait en pratique, l'auteur trace des préceptes pour le premier pansement d'une fracture et pour les pansements ultérieurs. Si donc des blessés non transportables étaient pansés pendant un certain laps de temps à l'officine, c'est nécessairement qu'ils y séjournaient.

Mais qui supportait les frais de leur nourriture? On manque à cet égard de toute donnée précise, et c'est une conjecture bien discutable que celle à laquelle on est réduit M. Vercoutre. « Il paraît certain, dit-il, que les médecins ordinaires qui traitaient les malades moyennant salaire recevaient dans leur officine, par charité, les malades pauvres...; *ce qui nous force à conclure* que, *à fortiori*, le médecin public devait également nourrir de ses deniers les malades nécessiteux admis dans l'officine publique. » Il nous semble que la conclusion est loin d'être aussi « forcée » qu'on veut bien le dire. Le fait d'un médecin, peut-être enrichi dans la pratique libre de son art, se montrant à son heure et dans la mesure qui lui convient charitable envers les malades pauvres, ne conduit pas logiquement à cet autre fait d'un médecin obligé de prélever sur de maigres appointements la nourriture d'un nombre indéterminé et, pour nous servir des termes mêmes du mémoire (page 20), d'une grande quantité de patients. L'auteur assure que ces malades pauvres, reçus

I. — Faits cliniques et observations.

1° *Œsophagisme et troubles utérins.* — La première observation, celle dont nous avons été témoin, mérite l'attention au double point de vue : d'abord, du parallélisme entre les troubles menstruels et ceux de la déglutition ; ensuite, de l'hérédité nerveuse, se traduisant, chez la mère et la fille, par une intensité absolue dans les manifestations morbides.

Obs. I. — La malade, fille de quinze ans, très intelligente, mais peu développée physiquement, possède tous les attributs du tempérament nerveux. Réglée depuis quelques mois seulement, sa menstruation s'est supprimée en janvier dernier, époque du début du spasme, qui date de deux mois.

Pas d'antécédents morbides ; mais, du côté de la mère, existence, à l'âge de la puberté, d'un hoquet et d'un spasme œsophagien ayant aussi coïncidé avec une dysménorrhée.

D'après la malade, le début de l'affection a été un hoquet, puis le rejet des aliments solides d'abord, des liquides ensuite, et la sensation, discontinue dans les premiers temps, permanente depuis, d'un corps étranger arrêté au niveau du corps thyroïde. Maintenant la dysphagie est complète ; depuis huit jours, la malade avale seulement, et par surprise, quelques gouttes de lait tiède. Les efforts de déglutition provoquent un spasme violent avec étranglement et suffocation. L'amaigrissement de la malade est extrême, son état moral très affecté. Effrayée des progrès de la maladie, elle a tenté deux fois de se suicider en trompant la surveillance de ses parents, qui la soignent : la première fois, on l'a arrêtée au moment où elle franchissait la margelle d'un puits ; la deuxième fois, on l'a surprise dérobant un couteau dans l'intention de s'en frapper.

C'est avec peine qu'elle consent à faire devant nous la tentative d'avaler une gorgée de liquide. Nous constatons un spasme violent et le rejet immédiat du liquide, dès que le deuxième temps de la déglutition est effectué. Ce rejet est précédé d'un bruit de glouglou. L'examen physique de la bouche, du larynx, de la poitrine, révèle l'intégrité de ces parties. A l'auscultation, pratiquée en arrière, vers la quatrième vertèbre dorsale, on entend un bruit hydroaérique comparable à celui de bulles de gaz crevant dans un liquide. (La combinaison de la palpation de l'os hyoïde avec l'auscultation n'a pas été pratiquée.)

Une tentative de cathétérisme par une bougie provoque un tel spasme que nous n'insistons pas ; renouvelée après quelques jours de traitement, elle fit constater l'absence d'un obstacle permanent.

Des injections hypodermiques de morphine produisirent une amélioration immédiate, telle que la malade avala quelques heures après une petite quantité de bouillon, ce que depuis longtemps elle n'avait pu faire. Sous l'influence de cette amélioration, on put employer à l'intérieur le bromure de potassium. Chaque fois qu'on cessait l'administration de ce médicament, on constatait le retour du spasme : la guérison ne devint définitive que par l'apparition spontanée des règles.

Huit mois après, nouvelle attaque d'œsophagisme coïncidant avec une nouvelle suppression menstruelle. Même traitement, et guérison seulement par le retour de la menstruation.

Depuis, cette fille fut atteinte à plusieurs reprises d'accès passagers de spasme. Elle vient de mourir d'une maladie aiguë.

L'hérédité de l'œsophagisme, incontestable chez cette malade, a été signalée autrefois par Ev. Home (*Bibl. méd.*, t. VIII, p. 260), par Mondière, d'après Stevenson ; elle est également notée par Morel-Mackenzie, qui cite le cas d'une femme qu'il soignait pour cette maladie, et dont la mère et la grand'mère avaient aussi été atteintes.

Le parallélisme entre les accidents spasmodiques et menstruels n'est pas moins remarquable dans l'observation suivante :

Obs. II. — Une créole, âgée de quarante ans, à la suite d'une vive émotion, est atteinte de dysménorrhée et simultanément de dysphagie spasmodique. Elle n'avait jamais présenté de troubles nerveux antérieurs. L'emploi des emménagogues et du cathétérisme œsophagien améliora cet état ; la guérison ne fut confirmée que par le retour des règles. (Seney, thèses de Paris, 1873, n° 211.)

Cette observation, comme la précédente, est un exemple manifeste de troubles nerveux liés à la menstruation, d'autant plus que l'âge de ces malades (quinze ans et quarante ans) était celui de l'instauration menstruelle et de la ménopause.

La sympathie entre l'utérus et les voies digestives n'est pas chose nouvelle : Mondière l'a signalée (*Arch. gén. de méd.*, t. XXXI, p. 474) dans la métrite ; Riedelin, cité par Bleuland (*Obs. de œsophagii structura*, 1785), et Léonard (thèses de Paris, 1822, p. 196) dans la grossesse. Enfin Mackenzie l'a vue paraître dans le cours de l'allaitement et cesser seulement par le sevrage. Existe-t-il des observations autres que les précédentes, indiquant un rapport entre la menstruation et l'œsophagisme ? Nos recherches, à ce sujet, ont été infructueuses.

On peut comparer aussi ces deux cas aux faits classiques de spasme œsophagien consécutif à la suppression d'un flux hémorrhoïdaire (Brodie) ou d'une épistaxis habituelle (Franck).

2° *Œsophagisme et état dyspeptique.* — Trousseau insistait souvent sur la coexistence de ces spasmes et de l'état dyspeptique. Les observations suivantes confirment de nouveau les remarques du grand clinicien :

Obs. III. — Chez un homme de vingt-quatre ans, dysphagie complète des solides, partielle des liquides, ayant débuté par des troubles dyspeptiques (pyrosis, éructations, épigastralgie). Les efforts de déglutition provoquent de violents accès spasmodiques, avec raucité de la voix, larmes dans les yeux, etc., etc. Cathétérisme facile et ne donnant pas la sensation d'obstacle dans les moments de calme. Gêne douloureuse à l'épigastre. Une maladie aiguë intercurrente suspend le cours de l'œsophagisme, qui repa-

---

exceptionnellement dans les officines privées, y étaient parfois « fort mal soignés et nourris », et il cite en exemple le philosophe Bion. Cette charité mensongère et peu coûteuse, à la supposer familière aux médecins du temps, n'eût pas été de mise dans une officine publique. Mais est-elle avérée ? En tout cas, ce ne pourrait être par le seul exemple cité. Bion tombe malade à Chalcis. « Eorum inopia qui infirmum curarent et foverent dire cruciatus est (δεινῶς διετίθετο) » (*Diogene de Laerte*, traduction latine de Cobet, éd. Didot, liv. IV, 7). Le malade, dit M Vercoutre, souffrit donc cruellement de l'*indigence* des médecins qui l'avaient recueilli. Si ces honorables confrères étaient indigents, et s'il leur a plu néanmoins de recevoir dans leur officine un personnage célèbre, au risque de ne pas lui procurer toutes ses aises, ce n'est qu'un fait particulier qu'il n'y a aucun motif de généraliser. Très probablement les médecins tombés dans la misère ne la faisaient partager à personne. D'ailleurs on doit attribuer au texte grec un sens tout différent de celui que lui donne l'auteur. Voici ce texte : ἀπορία δὲ καὶ τῶν νοσοκομούντων δεινῶς διετίθετο ; ce qui signifie très régulièrement : « Il souffrit cruellement de la *pénurie* (du défaut) de gens pour le soigner. » C'est à tort qu'on traduit par *médecin* le mot νοσοκόμος, qui n'est pas du tout synonyme d'ἰατρός. Et le reste de la phrase est un commentaire très clair du sens que nous adoptons : « Bion souffrit de la situation où il se trouvait jusqu'à ce qu'Antigonus lui eût envoyé deux serviteurs ». Jusque-là tout son traitement avait consisté à porter des amulettes, περίαπτα, mot que M. Cobet traduit un peu librement par *ligaturas*. Ajoutez enfin que rien absolument, dans le texte de Diodore, n'indique que Bion ait été, comme le dit l'auteur, « admis dans une officine » ; et c'est pour cela, sans doute, que le pauvre philosophe manquait de secours.

Nous dirons peu de choses des *aides* attachés aux officines publiques ou privées, et qu'Hippocrate mentionne en leur assignant leur rôle dans les opérations manuelles. Les indications tirées par M. Vercoutre d'un passage des *Lois* de

raît durant la convalescence. Traitement favorable par le sous-nitrate de bismuth et l'acide chlorhydrique. (Foot, in *Dubl. Journ. of med. science*, April, 1874.)

Obs. IV. — Une femme de trente-quatre ans, hystérique, mère de sept enfants, n'ayant jamais éprouvé de troubles utérins, est atteinte de dyspepsie depuis sept ans. La gêne de déglutition date de trois ans. Toujours croissante depuis ce temps, la dysphagie pour les solides est maintenant complète. Sensation douloureuse vers le cartilage cricoïde. Dans l'exploration par la sonde, sensation temporaire de résistance à 6 pouces et un quart des dents incisives. Guérison par le cathétérisme. (Eaton, in *The Lancet*, 1877, 13 Jan.)

Obs. V. — Une femme de quarante-cinq ans, mère de six enfants, est atteinte d'une dysphagie absolue des liquides et des solides, survenue après un vomissement de sang. Sensation continue de constriction au niveau du corps thyroïde. Soulagement du spasme par des topiques belladonés; mais guérison seulement par l'acide chlorhydrique et le quassia. (Foot, *loc. cit.*)

Bien que, dans ce cas, la nature dyspeptique de la maladie ne soit pas formellement notée, l'efficacité du traitement en est une preuve. *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Le fait suivant est intéressant pour la terminaison funeste de la maladie et la difficulté du diagnostic.

Obs. VI. — Un homme de quarante-huit ans, très dyspeptique, est traité pour une laryngite chronique. Dysphagie spasmodique des liquides et des solides, avec quintes de toux, que l'ouverture d'un abcès thyroïdien ne soulage pas. Le cathétérisme, difficile même en surprenant rapidement le pharynx, devient bientôt impossible, et le malade meurt. — L'autopsie ne révèle aucune lésion physique du pharynx, du larynx, ni des nerfs vagues, ni de l'œsophage, et confirme la nature spasmodique du rétrécissement. (H. Power, in *The Lancet*, 10 mars 1866.)

Obs. VII. — Début de la dysphagie, il y a deux mois, chez une femme de cinquante-quatre ans, dyspeptique depuis deux ans. Un bruit de glouglou est entendu à distance durant la déglutition. A l'auscultation, ce bruit a un timbre hydroaérique. Guérison du spasme par l'usage du charbon contre les flatuosités, mais sans traitement local contre le rétrécissement. (M. Mackenzie, *loc. cit.*)

Tel est encore le cas cité par Graves (in *Dublin med. Journ.*, 16 janvier), d'un jeune ecclésiastique très nerveux et très dyspeptique, chez lequel le contact du bol alimentaire provoquait le rejet des aliments après une ou deux secondes et un accès spasmodique.

Tel est encore le cas d'un homme qui ne se mettait jamais à table sans avoir un verre d'eau auprès de lui. Quand le bol alimentaire venait à s'arrêter, il avalait une gorgée d'eau pour le pousser dans l'estomac.

Ce dernier cas est plutôt un fait d'hyperesthésie œsophagienne qu'un spasme par état dyspeptique nettement déclaré.

Quoique l'existence fréquente de l'œsophagisme dans les dyspepsies soit certaine, on a souvent à tort attribué à l'œsophage seul ce qui appartenait à l'estomac. Les faits cités par H. Morsch (*Dubl. Quaterly Journ. med. sc.*, t. XVI, p. 480), dans lesquels la régurgitation se montrait après l'entrée et l'accumulation des aliments dans l'estomac; celui de Swiney (*loc. cit.*), sont des cas de vomissements gastriques plutôt que de dysphagie spasmodique bien caractérisée.

Il est vrai que l'œsophagisme peut être consécutif à des vomissements prolongés. La crampe musculaire peut, suivant la remarque de Brinton, partir de l'estomac comme elle part du pharynx. Telle est l'observation de Vigla (*Gazette des hôpitaux*, 1869, 25 septembre); celle de Caron (d'Annecy) (*Dict. en 30 vol.*), dans laquelle le spasme œsophagien se montre après des vomissements répétés, consécutivement à l'ingestion de tartre stibié (peut être ici pourra-t-on invoquer aussi une action locale, une irritation sur la muqueuse œsophagienne produite par l'émétique); — tel est encore le cas de vomissements répétés, faisant croire à un rétrécissement spasmodique (*Hül, Transactions of the Clinical Society of London*, vol. VI, 1873, p. 202); tel est enfin l'œsophagisme après le mal de mer (Ev. Home, *Bibl. med.*, t. VIII, p. 263). Ces faits sont comparables aux troubles de déglutition qui se montrent dans l'état dyspeptique du cancer de l'estomac, de la gastralgie, des tumeurs du foie, du pancréas. Enfin il est naturel d'assimiler cette forme de dysphagie au spasme de l'urèthre dans la cystite, et au vaginisme dans quelques affections utérines. Ne pas tenir compte de tous ces faits, c'est s'exposer à des erreurs de diagnostic, comme dans le cas cité par Howship (*Practical Remarks of indigestion*, 1825. London), d'un malade qui fut soigné pour un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, et chez lequel, à l'autopsie, on constata l'existence d'une « ulcération fongueuse » de l'estomac.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 2 novembre 1880. — Présidence de M. Becquerel.

Nouvelles observations sur l'étiologie et la prophylaxie du charbon, par M. *Pasteur*. — Voyez l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine (*Gazette hebdomadaire*).

De l'inoculation du charbon symptomatique par injection intraveineuse, et de l'immunité conférée au veau, au mouton et a la chèvre par ce procédé. Note de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas*. — On sait que le *Bacillus anthracis*

Platon (p. 329, édit. Didot) sont parfaitement claires. Il y avait deux classes d'aides: les aides libres et les aides esclaves. Habituellement, mais non toujours, les malades de condition libre étaient soignés par les premiers, et les malades de condition servile par les seconds, tant par ceux qui circulaient à travers la ville que par ceux qui servaient dans l'officine. L'auteur grec entre même sur ce sujet dans des considérations assez curieuses, opposant le caractère dogmatique de la pratique des aides libres au caractère empirique de celle des aides esclaves. Ajoutons une remarque dont M. Vercoutre s'est servi pour justifier son opinion sur l'étendue des obligations des médecins publics, à savoir que cette dernière classe d'aides allégeait la besogne du maître. Or « maître » ici est un médecin quelconque, non pas seulement un médecin public, et nous persistons à croire que ce renfort d'une phalange d'aides n'eût pas suffi à un seul médecin chargé de tout le service médical gratuit d'une grande cité.

Ici se termine, dans le mémoire, ce qui concerne l'institution de la médecine publique dans l'antiquité grecque. Mais l'auteur y a joint des considérations générales destinées principalement à montrer comment et avec quelles modifications cette institution a passé du monde grec dans le monde romain. La plupart des détails auquels il s'arrête étant connus de nos lecteurs (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1879, p. 629 et 661), nous n'avons pas à y revenir. Deux points seulement nous retiendront: l'un relatif aux premiers témoignages qu'on possède d'un essai de médecine publique chez les Romains, l'autre concernant la fondation des premiers hôpitaux.

Sur le premier point, l'auteur croit avoir reconnu, découvert dans un texte de Pline, un sens qui aurait jusqu'ici « échappé à tous les commentateurs ». Il s'agit du passage où Pline raconte que, le médecin Archagathus étant venu du Peloponèse à Rome (219 ans environ avant J.-C.), une officine fut mise à sa disposition dans le carrefour Acilius.

tue les animaux non réfractaires, quand il est introduit expérimentalement dans le sang. M. Toussaint a même démontré que la mort des sujets d'expérience survient d'autant plus vite que le nombre des bactéridies injectées est plus considérable. Le microbe du charbon symptomatique se comporte autrement. Si, après l'avoir mis en suspension dans l'eau distillée et débarrassé de toutes particules emboliques, on l'injecte dans la veine jugulaire du veau, du mouton et de la chèvre, les animaux survivent toujours à cette inoculation, pourvu que l'on ait pris toutes les précautions nécessaires pour ne pas déposer le microbe dans le tissu cellulaire ambiant ou dans les parois de la veine. Les sujets inoculés ne présentent pas de tumeurs charbonneuses; ils montrent simplement un malaise plus ou moins grand, accompagné d'inappétence et de fièvre (la température s'élève de 1°,9 au maximum), et ces symptômes généraux durent seulement un, deux ou trois jours; ils disparaissent, en général, plus rapidement chez le veau et la chèvre que chez le mouton. Le résultat a été constant, que le microbe ait été pris dans la tumeur spontanée ou dans la tumeur reproduite expérimentalement. L'activité du microbe était toujours essayée à l'aide d'une ou plusieurs inoculations intramusculaires faites sur des sujets témoins. Le microbe de la tumeur du charbon symptomatique paraît donc épuiser rapidement son activité dans le sang, et, à ce point de vue, il se différencie nettement du *Bacillus anthracis*. De plus, introduit dans ce milieu, il ne reproduit pas la maladie avec ses caractères naturels.

Ces faits étant constatés, nous nous sommes demandé si les animaux qui résistent à l'inoculation intraveineuse n'ont pas, *ipso facto*, acquis l'immunité, comme M. H. Bouley et M. Chauveau l'ont observé pour la péripneumonie contagieuse du bœuf. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons injecté le microbe dans les muscles des sujets qui l'avaient reçu en injection intraveineuse cinq, huit, dix, quinze ou vingt jours auparavant. Or aucune de ces inoculations, faites jusqu'à présent sur trois veaux, cinq moutons et une chèvre, n'a engendré la tumeur charbonneuse. Le produit inoculé a provoqué la formation d'un abcès dans lequel le microbe conserve son activité. Il est donc évident que l'introduction du microbe de la tumeur du charbon symptomatique dans le sang confère au veau, au mouton et à la chèvre l'immunité contre les effets désastreux de l'inoculation intramusculaire.

Sur la nutrition. — M. *Maurice Robin* adresse une note relative à la théorie de la nutrition animale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Deux notes de MM. les docteurs Duvigneaud et Heurtaux sur des cas de guérison d'abcès du foie : l'un, par l'ouverture selon l'ancienne méthode, et après avoir établi des adhérences; l'autre, par l'ouverture large et directe, combinée avec la méthode de Lister. (Com. M. J. Rochard.) — 2° Un pli cacheté déposé par M. Mathis, répétiteur à l'École vétérinaire de Lyon. (*Accepté*.)— 3° Une lettre de candidature de M. Gallard, pour la section d'hygiène et de médecine légale. — 4° Une lettre de M. Legrand du Saulle, accompagnant l'envoi de ses titres à l'appui de sa candidature pour la même section.

M. *Bouley* présente, au nom de M. V. Galtier, professeur de police sanitaire à l'École nationale vétérinaire de Lyon, un volume intitulé: *Traité des maladies contagieuse et de police sanitaire des animaux domestiques*.

M. *Bussy* présente, au nom de M. Eugène Marchand, une brochure intitulée : *De l'utilité de la vérification du lait.*

M. *Jaccoud* présente, au nom de M. le docteur Mourao-Pitta, une brochure intitulée : *L'Année médicale de l'hospice de la princesse D. Maria Amelia a Funchal.*

M. *J. Guérin* offre à l'Académie la seconde et la troisième livraison de la publication générale de ses travaux.

Traitement de l'angine couenneuse. — M. le docteur *Viart* (de Montbard) lit un travail dont voici le résumé :

1° L'angine couenneuse est une maladie primitivement locale et, le plus souvent, elle ne devient générale que du quatrième au sixième jour. Un certain nombre de signes peuvent l'indiquer; ce sont : l'apparition brusque, sans douleur, sans réaction générale, de la pseudo-membrane dans la gorge; la marche de la maladie, et surtout sa curabilité jusqu'au jour où le poison a pénétré dans l'organisme. Sur 26 cas traités par la cautérisation, après l'enlèvement complet de la fausse membrane, M. Viart a obtenu 26 guérisons.

2° La porte d'entrée du principe diphthéritique est presque toujours la surface libre des amygdales; cependant, chez les enfants, il peut débuter d'emblée par le larynx: c'est le croup; chez les adultes, au contraire, il est très rare qu'il débute par le larynx.

3° La durée de l'angine pseudo-membraneuse peut se diviser en deux périodes : une première qui s'étend jusqu'au sixième jour, et dans laquelle la maladie, qui n'est encore que locale, peut être détruite sur place: c'est la période curable; la seconde, qui s'étend du sixième au dixième ou douzième jour, et dans laquelle le principe diphthéritique a pénétré dans l'organisme; c'est la période de danger.

4° Ceci étant admis, il est prudent d'intervenir, aussitôt que la maladie est reconnue, par un traitement local énergique aidé de moyens généraux; dans la période de danger, il faut se résigner à un traitement exclusivement général; cependant, s'il n'est pas certain que l'économie est déjà imprégnée du poison, il faut encore tenter la cautérisation, qui ne saurait être nuisible.

5° Le traitement local que préconise M. Viart consiste dans la destruction violente, brutale, de la fausse membrane à

Ce passage, on le sait, est de vieille notoriété. Il est rappelé dans maint ouvrage, et particulièrement dans toutes les histoires de la médecine et tous les dictionnaires biographiques. Si donc on ne l'a pas cité à propos de la médecine publique, ce que nous n'avons pas le loisir de vérifier, c'est sans doute pour deux raisons : la première, que les Romains devaient trouver l'institution déjà implantée dans les villes même dont ils faisaient la conquête, et que, dès lors, il n'y a pas lieu d'assigner une date à ce que l'auteur appelle la première tentative des Romains pour s'approprier l'institution de la médecine publique; la seconde, que le passage allégué ne désigne pas explicitement un médecin public, une médecine publique. S'il est excessif, peut-être, de dire avec Pline que Rome manquait alors de médecins depuis six siècles, on peut regarder comme certain que la médecine y était presque entièrement domestique et qu'on n'y faisait pas aux quelques empiriques dont ce pouvait être le métier de soigner les malades, l'honneur de les regarder comme de vrais médecins, demandant les préceptes de l'art au savoir et à l'expérience.

De fait, aucun nom médical, ni grec, ni romain, paraît n'être resté de cette longue période de temps qu'indique l'écrivain latin. C'est dans ces conditions qu'Archagatus arrive du Péloponèse à Rome. Sans doute, il est précédé d'une grande réputation, car on l'accueille avec empressement, et, tout de suite, on lui confère le droit quiritaire et on lui achète, des deniers publics, une boutique (tabernam). Assurément, cette boutique, cette officine, payée par tous, était ouverte à tous; mais il n'y a là trace aucune de secours publics organisés. Pas de salaire; partant, pas d'obligation de soins gratuits. Archagathus a des moyens de traitement qui ne lui coûtent rien, des appareils, des médicaments, peut-être; mais il lui faut gagner sa vie. Vient dans sa boutique qui veut, mais paye qui il veut. Ce n'est, d'ailleurs, qu'un chirurgien, un panseur de plaies, et on lui donne même, à cause de cela, le sobriquet de *Vulnerarius*. On sait que sa fureur de couper et de brûler lui valut bientôt

l'aide de l'index recouvert d'un morceau de toile et introduit dans l'arrière-gorge, et d'un frottement énergique qui la broie, et dans la cautérisation de la surface saignante avec le nitrate d'argent.

Il faut aider le traitement local au moyen du chlorate de potasse en potion et en topique, d'une alimentation réparatrice et de boissons alcolisées. (Comm. : MM. Barthez, Peter et Bergeron.)

Inoculation de la rage. — M. *Bouley* demande à faire quelques observations relatives au fait communiqué dans la dernière séance par M. Léon Colin. M. Colin avait dit qu'il n'existe aucune lésion caractéristique de la rage; or il existe quelques faits qui semblent démontrer que la rage donne lieu à des lésions. Il cite, à cet égard, un passage d'un travail dans lequel MM. Gombault et Nocart signalent l'existence sur le plancher du quatrième ventricule des animaux morts de la rage, d'une accumulation de globules blancs ainsi que de foyers apoplectiques; d'après M. Bouley, les lésions n'existent pas dans les cas de fausse rage.

M. Bouley ajoute qu'il est assez fréquent de voir des animaux présentant tous les symptômes de la rage sans être réellement atteints de cette affection. Il faut savoir que les symptômes de la rage sont extrêmement variables; quelques chiens, au lieu de mordre, sont, au contraire, très caressants et peuvent transmettre la rage par lèchement. Il y a encore un moyen de reconnaître l'existence de la rage chez un individu : c'est l'inoculation. C'est là un réactif qui a une grande valeur et qui a servi dans beaucoup de cas à déceler l'existence de la rage chez des animaux.

M. Bouley pense que, malgré l'enquête très minutieuse qui l'accompagne, il est encore permis d'avoir des doutes sur la nature du cas présenté par M. Léon Colin. Il exprime l'opinion que ce fait n'aurait pas dû être publié. Que pouvons-nous dire maintenant aux malades qui se croiront atteints de la rage ? On croyait autrefois être en pleine sécurité après cinq à six semaines; mais puisque le public sait maintenant que la rage peut rester latente pendant cinq ans, le médecin n'aurait plus aucune consolation à donner aux malheureux qui craignent d'avoir été inoculés.

M. *Maurice Raynaud* dit que les lésions qu'on considère comme caractéristiques de la rage existent également dans d'autres affections, notamment dans la chorée.

M. *Bouillaud* considère le travail de M. Léon Colin comme un véritable modèle d'enquête minutieuse, et il en accepte toutes les conclusions.

Quant à la remarque faite par M. Bouley au sujet de la publication de l'observation, il ne saurait l'admettre. On voit tous les jours des malades qui ont peur de la peste et du choléra; ce n'est cependant pas une raison pour ne pas parler de ces maladies. M. Bouillaud a connu une dame qui est morte de la peur d'une maladie de cœur qu'elle n'avait pas. Il voit encore une personne qui est depuis quinze ans dans des transes continuelles, parce qu'elle s'est crue, à cette époque, mordue par un chien enragé.

M. Bouillaud entre ensuite dans quelques considérations générales sur la contagion et sur la spontanéité des maladies contagieuses. Mais nous ne pouvons le suivre sur cette question, qui doit, du reste, être bientôt abordée à la tribune par l'illustre académicien.

M. *Léon Colin* dit qu'il regrette de n'avoir pas eu connaissance du travail signalé par M. Bouley, concernant l'anatomie pathologique de la rage; mais ce travail ne porte que sur un seul cas, et il a vu avec plaisir qu'un observateur expérimenté, M. Maurice Raynaud, n'attachait aucune valeur spéciale à la lésion pathologique signalée par M. Bouley.

En ce qui concerne le diagnostic du fait qu'il a apporté à l'Académie, il rappelle qu'il a longtemps hésité avant de se prononcer, et qu'il a fait toutes les réserves nécessaires. Néanmoins, après une enquête extrêmement minutieuse, et après avoir consulté sa conscience, il a pu dire que le maréchal des logis Lechenet a vraisemblablement été inoculé de la rage quatre ans avant sa mort, lorsqu'il a été mordu par un chien enragé en voulant secourir un de ses camarades qui lui-même a succombé.

M. Bouley a reproché à M. Colin d'avoir publié son observation. C'est là une question fort délicate; mais M. Colin estime que, s'il y a des inconvénients à publier les faits de ce genre, il y a vraiment des avantages à prévenir le public des dangers qu'il court. Du reste, M. Bouillaud a bien voulu l'approuver dans cette circonstance, et il juge inutile de justifier plus longuement sa conduite.

M. *Bouley* répète qu'il a simplement voulu appeler l'attention des futurs expérimentateurs sur deux points qui joueront certainement un rôle important dans le diagnostic de la rage :

1° Les lésions anatomiques du bulbe qui ont été signalées;

2° Le diagnostic par l'inoculation expérimentale. Ce moyen est devenu très pratique depuis qu'on a constaté que les lapins sont facilement inoculés.

Rapports. — M. *Jules Lefort* donne lecture d'une série de rapports sur les eaux minérales, dont les conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

Néphrectomie. — M. *Léon Le Fort* communique une observation d'extirpation du rein qu'il a pratiquée chez un individu atteint de fistule de l'uretère. Le sujet de cette observation avait eu cette fistule à la suite d'une blessure par instrument tranchant qu'il avait reçue dans la région du rein. Il s'était produit, à la suite, des accidents de péritonite localisée, des signes de suppuration profonde, et, finalement, une

---

d'échanger le nom de *Vulnerarius* contre celui de *Carnifex*, et, ajoute Pline, dégoûta de l'art lui-même. M. Vercoutre attribue cet insuccès, non aux procédés d'Archagathus, mais à la jalousie des autres praticiens, mortifiés de ces hommages rendus à un médecin *étranger*. Faisons, si l'on veut, remonter à cette date lointaine l'*invidia medicorum;* mais, ce ne serait pas comme étranger qu'Archagathus aurait pu déplaire aux empiriques de Rome : car eux-mêmes devaient être, non pas tous, mais presque tous, d'origine grecque. Au temps de Pline, la médecine était encore « le seul des arts grecs que la gravité romaine n'eût pas cultivé. *Solam hanc artium græcarum nondum exercet romana gravitas* ». *Très peu* de Romains, ajoute-t-il, s'en sont occupés, et ceux-là aussitôt se sont faits Grecs. *Paucissimi quiritium attigere, et ipsi statim ad Græcos transfugæ*, c'est-à-dire, sans doute, ont imité en tout la pratique des Grecs. En tout cas, l'*invidia* des rivaux d'Archagathus aurait tourné à mal pour eux, puisque leurs clameurs auraient abouti à soulever Rome, non pas seulement contre l'art médical, mais aussi contre la totalité des médecins : *Omnes medicos*.

Cet exemple d'un archiâtre municipal est le seul que M. Vercoutre, avec de meilleures preuves, eût ajouté aux archiâtres déjà connus : car ceux auxquels il fait ensuite allusion, ou qu'il désigne en termes exprès, notamment *Ulpius Sporus*, avaient tous été relevés dans le travail de M. Briau.

En ce qui concerne l'origine des hospices proprement dits, de ces établissements dont la meilleure définition est le spectacle même que nous avons maintenant sous les yeux, M. Vercoutre essaye de montrer par quel enchaînement la médecine publique a conduit aux maisons hospitalières. L'édit de 368, dit-il (celui de Valentinien et Valens, inséré dans le code de Justinien, — et que, par parenthèse, aucun auteur, que nous sachions, en particulier M. Briau, ni nous-mêmes, n'avait regardé comme « créateur » de la médecine publique (*Gaz. hebd.*, loc. cit.), — cet édit, tout en conservant un salaire aux médecins officiels de l'empire, leur retranche l'officine. Les

fièvre hectique qui minait le malade et le menaçait d'une mort inévitable et prochaine. Encouragé par la relation d'un succès obtenu, dans un cas analogue, par un chirurgien allemand, le docteur Simon, M. Léon Le Fort a tenté de sauver la vie à son malade par une opération semblable. Les conditions dans lesquelles il opérait laissaient peu de chance à une issue favorable ; l'altération profonde des tissus rendire l'opération extrêmement difficile, et M. Le Fort ne put l'achever que grâce à l'idée heureuse qu'il eut de pratiquer la décortication de l'organe.

Le malade succomba aux suites de vomissements incessants dont il fut pris après l'opération, et l'autopsie montra combien étaient graves, profondes et irrémédiables les lésions auxquelles M. Le Fort avait tenté de remédier par cette opération.

« Je ne veux pas, dit l'auteur, à propos de cette observation, aborder la discussion des indications cliniques et opératoires de la néphrectomie ; j'ai à peine besoin de dire que je repousse cette opération dans les cas de cancer de cet organe, et surtout dans les cas de reins flottants. Peut-on et doit-on la tenter dans les cas de fistule de l'uretère ? Je persiste à le croire, malgré mon insuccès, surtout lorsqu'il s'agit, comme chez mon malade, d'une fistule urinaire existant près du rein et ouverte au milieu d'un abcès dont la suppuration est entretenue par l'écoulement incessant de l'urine, et qui par lui-même mettait dans un danger prochain la vie du malade. Le succès de Simon montre que cette extirpation peut être suivie de guérison.

Dans ces cas, l'opération ne peut guère être faite que par la voie lombaire, et l'extirpation du rein non malade ne présente que des difficultés facilement surmontables. Ces difficultés deviennent considérables lorsqu'il y a eu inflammation et même suppuration de l'atmosphère celluleuse des reins. La décortication de cet organe pourrait, dans ces cas, faciliter beaucoup l'opération. Combaise, dans ses expériences sur les chiens, consignées dans sa thèse de 1803, remarque la fréquence et l'opiniâtreté des vomissements après l'extirpation du rein ; c'est après des vomissements incessants que mon malade a succombé, cinquante heures après l'opération.

M. *Léon Labbé* félicite M. Le Fort d'avoir entrepris cette opération malgré l'insuccès. Il rappelle une opération qui a été pratiquée en Allemagne avec un succès complet, chez une femme atteinte de fistule uretéro-vaginale. Ce fait montre que la néphrectomie peut certainement être pratiquée avec des chances sérieuses de réussite. Il serait regrettable que des chirurgiens français reculent devant une opération qui a été plusieurs fois pratiquée en Allemagne avec succès.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

De l'étranglement interne de l'intestin ; diagnostic et traitement. Kyste dermoïde pileux et ossifère du testicule.

M. *Trélat* a écouté avec beaucoup d'intérêt la lecture de M. Nicaise sur l'étranglement interne consécutif au rétrécissement de l'intestin ; il se propose de communiquer aujourd'hui une observation qui se rapporte à cette question encore obscure de l'étranglement interne.

Il y a une dizaine de jours, M. Trélat fut appelé auprès d'un homme de trente-cinq ans, atteint, pendant la guerre, d'une coxalgie rhumatismale qui avait guéri en laissant de la claudication. En 1876, cet homme eut une crise de douleurs abdominales avec vomissements noirâtres et fécaloïdes ; constipation, vomissements, grand malaise ; guérison assez rapide par les moyens ordinaires de traitement.

Dans le courant d'octobre de cette année, le malade accusa une vive douleur abdominale, accompagnée de vomissements ; le lendemain il y avait du mieux ; le jour d'après, la guérison paraissait complète. Quatre jours plus tard, la douleur reparaît extrêmement vive ; la figure est anxieuse ; le jour suivant, la douleur étant toujours très aiguë, M. Trélat fut demandé en consultation et trouva le malade dans l'état suivant :

Langue blanchâtre, pas de fièvre, pas d'élévation de la température ; douleur de ventre continue, augmentant par moments. L'examen local indiqua le météorisme du ventre. L'exploration de la fosse iliaque droite, siège primitif de la douleur, ne donna aucun renseignement. A la percussion, pas de matité. Pas de rétention d'urine. On pouvait constater que le gros intestin était dilaté ; on le suivait jusqu'à la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal ne donnait aucun signe. Cet examen avait lieu le samedi matin. La douleur fut calmée avec des injections de morphine.

M. Potain vint le soir même voir le malade. M. Trélat avait été frappé par l'apparition d'une crise il y a quatre ans ; il voyait aujourd'hui cet homme repris plus fortement, le gros intestin dilaté par des gaz ; l'obstacle devait être un néoplasme à marche lente situé plus haut que le rectum, puisque le toucher rectal ne donnait aucune indication. M. Potain ne constatait point cette dilatation du gros intestin ; il plaçait plus volontiers l'obstacle à la fin de l'intestin grêle ; il n'admettait point qu'un néoplasme laisse un malade en repos pendant quatre ans ; il croyait à une invagination au niveau du cæcum. M. Trélat continua à croire, mais avec moins d'énergie, à l'existence d'un néoplasme vers l'S iliaque. Dans tous les cas, la constipation était absolue, la douleur intense, les vomissements porracés ; l'opération devenait imminente. Cepen-

---

cités, obligées de salarier ces médecins, devenus plus nombreux, sont hors d'état de la leur fournir. Privés de ce refuge, les pauvres des grandes villes, principalement parmi les populations misérables de l'Orient, errent dans les rues, gisent sur les places publiques, et produisent sur l'esprit de charité une excitation continue, qui se traduit, enfin, par l'établissement d'asiles communs.

Telle est la thèse de M. Vercoutre. Il est certain qu'il n'est pas question d'officine dans l'édit de 368, et vraisemblable qu'il eût été onéreux pour les cités d'en installer une pour chacun de leurs archiâtres. On peut donc admettre qu'elles s'en dispensaient. Mais, avec ce système défendu par l'auteur : que, avant l'édit précité, chaque ville, quelque grande qu'elle fût, ne possédait qu'une officine publique, et en lui accordant même que celle-ci fût constamment remplie de patients à demeure, on se demande naturellement comment la suppression d'une officine unique a pu jeter ainsi sur le pavé un si grand nombre de malades qui, après tout, avaient un domicile quelconque où les médecins officiels, ne pouvant plus les recevoir chez eux, allaient nécessairement les visiter. Mais ce n'est pas tout, les premiers établissements hospitaliers qui furent fondés, à la fin du quatrième siècle, à Jérusalem, sous l'inspiration de saint Jérôme, à Cesarée par saint Basile, étaient destinés uniquement aux pèlerins et aux étrangers, c'est-à-dire *à une classe de personnes dont le médecin public n'avait pas à s'occuper*. C'est ce qu'exprimait le mot ξενοδοχεῖον, hôtellerie (de ξένος, étranger). On les y soignait dans leurs maladies, et une *villa languentium* (*asiles du Vésinet* de ce temps-là) les recevait pendant leur convalescence. On juge aisément quelle a pu être l'influence de la suppression d'une officine sur de telles institutions. Quant au premier hôpital véritable, on le doit à Fabiola, et c'est à Rome qu'il a été fondé, vers 380, postérieurement aux précédents. Il faut, là dessus, s'en rapporter à saint Jérôme qui, célébrant les vertus de la grande dame romaine, écrit : « Prima omnium νοσοκομεῖον instituit in quo *ægrotantes* colli-

dant on passa la journée du dimanche à faire des injections forcées, à électriser, etc., le tout sans résultat.

Le lundi matin, M. Trélat fit l'opération avec l'aide de MM. Terrier et Monod; il donna la préférence à la laparotomie. Le gros intestin, rempli de gaz, fut ponctionné plusieurs fois. Il y avait un léger degré de péritonite sans pseudo-membranes ni épanchement. Le gros intestin fut exploré avec la main à partir du cæcum. En arrivant vers la fosse iliaque gauche, M. Trélat rencontra une corde mésentérique au-dessous de laquelle les doigts pénétrèrent dans une cavité. L'S iliaque pénétrait dans cette cavité; elle en fut retirée peu à peu et assez facilement. La cavité était limitée en bas par la corde mésentérique. On put alors suivre toute l'étendue du gros intestin jusqu'au rectum.

Dans les premières vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, le calme fut complet. Au bout de vingt-huit heures, la température atteignit 39 degrés et le pouls 140. Le troisième jour, le malade mourut de la péritonite, qui avait débuté avant l'opération. M. Terrier attribue à une disposition congénitale du mésentère la cavité où s'était logée l'S iliaque.

Il y aurait eu avantage à agir plus vite. Le malade, vu pour la première fois par M. Trélat samedi matin, a été opéré lundi matin. Si l'on avait été en mesure d'affirmer, dès le samedi, que l'opération était indispensable, le malade eût pu être sauvé.

M. Trélat a déjà parlé à la Société de chirurgie d'un homme de vingt-quatre ans, atteint d'étranglement interne manifeste et à forme rapide, qui fut opéré vingt-quatre heures après le début des accidents, et c'était déjà trop tard; il y avait déjà de la péritonite, et la mort fut rapide. Nous tardons trop à faire ces sortes d'opérations. Certains étranglements ont une marche lente, les accidents sont entremêlés de rémissions; dans ces cas les malades peuvent vivre un mois avant de mourir ou d'être opérés; laissons ces cas de côté.

Prenons les cas à marche aiguë. Tantôt ils ont identiquement les caractères des étranglements aigus et serrés des hernies. Si les vomissements sont précoces, l'obstacle est très serré; si les vomissements sont tardifs, l'étranglement est moins serré. Tout individu qui n'a aucune hernie extérieure, et qui a des symptômes d'étranglement aigu, doit être immédiatement opéré par la laparotomie. D'autres cas sont moins aigus en apparence, comme chez le premier malade, et alors il est moins facile d'affirmer la nécessité d'une opération.

Le diagnostic du siège de l'obstacle est très important. Il y a un an, M. Trélat a vu à l'hôpital de la Charité un homme ayant un arrêt complet du cours des matières fécales; la maladie n'avait pas une marche aiguë; M. Trélat conseilla la colotomie lombaire, parce que le gros intestin était dilaté par des gaz, et que l'obstacle était compris entre le doigt introduit dans le rectum et le côlon descendant. Le malade avait cinquante-quatre ans; M. Trélat diagnostiqua un cancer de l'intestin.

On fit la laparotomie; on trouva une tumeur fixe de l'S iliaque ne pouvant être amenée au dehors; on fut réduit à faire un anus artificiel au pli de l'aine.

Il y a un précieux signe de renseignement. Par la percussion, on peut suivre le gros intestin et voir s'il est dilaté par des gaz. Sur 100 cas d'invagination, 44 siègent vers la valvule iléo-cæcale; 18 au côlon ascendant; 8 au côlon descendant; 30 sur l'intestin grêle, dont 16 à la fin de cet intestin. Par conséquent, dans l'invagination intestinale, il faut chercher le siège vers la valvule iléo-cæcale. Tandis que le cancer de l'intestin se rencontre au rectum 80 fois sur 100; sur le côlon, 11 fois sur 100; sur le cæcum, 4 fois; sur l'intestin grêle, 5 fois. Donc la presque totalité des néoplasmes siègent vers le rectum. Voilà un élément considérable de diagnostic. Les brides, les réductions en masse, les hernies de la paroi antérieure, appartiennent à l'étranglement aigu, et alors l'hésitation d'opérer n'existe pas.

Quand les malades sont atteints de péritonite évidente, l'opération ne peut être suivie de succès. M. Duplay a signalé l'empâtement et la matité de la partie inférieure de l'abdomen comme signes de la péritonite confirmée. On étudiera, en outre, les variations de la température. Un malade qui souffre beaucoup avec 36°,5 de température n'est pas encore très malade, malgré ses souffrances; mais quand la température monte, c'est que la péritonite évolue.

Si l'on doit obtenir un bon effet de l'électricité ou des injections forcées, c'est de suite; si l'on n'obtient rien, il faut immédiatement opérer. Il faut fuir les cas où le pouls est élevé et la température aussi; ne pas opérer, car il y a péritonite. En dehors de cela, examiner le ventre pour fixer le siège de l'étranglement.

M. *Berger* vient apporter à la Société de chirurgie trois observations dans lesquelles il a fait la laparotomie pour lever un étranglement interne. Les trois opérés ont succombé dans les trente-six heures qui ont suivi l'opération.

Un homme entre en août dernier dans le service de M. Hardy, à la Charité. Pas de troubles manifestes dans la circulation des matières avant ce temps-là. Ce fut en pleine santé qu'il ressentit des douleurs vives, qu'il eut des vomissements et une impossibilité absolue d'aller à la selle. M. Trélat a dit quelques mots de ce malade. On reconnut un étranglement interne, et on employa, sans résultat, l'électricité, les injections forcées, etc.

L'état général était mauvais : facies grippé, refroidissement. Le malade était âgé de quarante-trois ou quarante-quatre ans. MM. Gosselin, Périer et Berger crurent à l'existence d'un obstacle à l'S iliaque, probablement une bride ou un volvulus, à cause du début brusque et instantané des accidents. On dé-

---

geret de plateis et consumpta languoribus atque inedia miserorum membra foveret. » M. Vercoutre, qui veut que les premiers établissements destinés aux malades indigents suivent de plus près l'édit de 368 et aient été bâtis en Orient, étend simplement aux νοσοκομεῖα de saint Basile, ce que saint Jérôme dit de l'hôpital de Fabiola; en sorte que le premier se trouve avoir reçu, lui aussi, dans le mémoire de M. Vercoutre, les malades recueillis sur les places publiques : *ægrotantes in plateis*.

Voilà bien des réserves, bien des objections, bien des contradictions amassées sur ce travail. Il n'a pas dépendu de nous d'en réduire le nombre ni la portée. Nous n'avons pas l'honneur de connaître M. Vercoutre et nous avons abordé la lecture de son Mémoire avec cette sympathie gagnée d'avance auprès de tout homme d'étude par quiconque s'efforce d'étendre le champ de nos connaissances. Cette sympathie lui reste après toutes nos critiques, parce que c'est déjà un grand mérite à nos yeux d'avoir tracé la route et indiqué les sources dans un ordre de recherches difficiles, compliqué, demandant de longues lectures et une instruction très variée. L'auteur, croyons-nous, a consulté trop à la hâte les documents, lu trop sommairement les textes et conclu trop aisément des uns et des autres; mais, comme il a le goût et l'intelligence de ces questions, nous ne doutons pas que, s'il poursuit ces études, comme un passage le fait pressentir, il n'arrive à des résultats intéressants, et nous nous consolerions du désagrément que nous lui causons peut-être aujourd'hui, si l'effet en était de l'avoir pénétré de cette vérité : qu'aucune science ne réclame plus de sévérité dans l'examen et de prudence dans le jugement que la science de l'archéologie. C'est sur ce terrain surtout, si notre confrère de l'armée nous permet cette image, qu'il ne faut tenter l'assaut d'un sujet neuf qu'après un siège en règle, et ne trancher les questions qu'avec un fer longtemps aiguisé.

A. Dechambre.

cida de faire la laparotomie, qui paraissait l'opération la plus avantageuse, avec les ressources de la méthode antiseptique. Au niveau de l'S iliaque, se trouvait un noyau dur : c'était un cancer annulaire de l'intestin ayant 3 centimètres d'étendue. Anus artificiel; suture abdominale et pansement de Lister. Mort au bout de vingt-trois heures. Le cancer annulaire rétrécissait le calibre de l'intestin. Voilà donc une affection cancéreuse ayant donné lieu à des accidents presque subits.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme entré à la Charité avec un étranglement par bride. Agé de trente-deux ans, il entra au bout de six jours d'accidents. Le 6 août, il ressentit une douleur vive dans la fosse iliaque droite; vomissements, constipation. Le 12 août, face grippée, ventre pointu, peu de vomissements; on essaya un purgatif, qui fut vomi. Le jour suivant, courants continus et courants interrompus qui ne donnent aucun résultat. Le 19 août, M. Berger fut appelé; il conseilla la laparotomie et la recherche de l'obstacle.

L'opération fut faite à l'hôpital de la Charité, avec la méthode antiseptique; il était difficile d'introduire la main dans le ventre. En descendant vers la droite, le doigt rencontre une bride comprimant l'intestin; cette bride, coupée entre deux ligatures, ne se relâchait point. L'intestin étant attiré hors de l'abdomen, on vit un paquet d'anses agglutinées par des fausses membranes et passant sous la bride, qui se continuait en haut avec le grand épiploon, et en bas avec un diverticule partant de la convexité d'une anse intestinale. Nouvelle section de la bride, et alors on voit que l'intestin, au-dessous, est tourné en volvulus de droite à gauche. L'intestin fut réduit; suture abdominale. Mort au bout de trente-six heures, sans évacuations.

L'autopsie montra que le diverticule était plein, partait de la valvule iléo-cæcale et se continuait avec la bride épiploïque. L'intestin était malade, mais non perforé. Le diagnostic d'étranglement par bride avait pu être porté dès le début.

Dans la troisième observation, l'opération fut plus rapide, mais dans des conditions plus défavorables. C'était un étranglement interne consécutif à un étranglement intestinal dans une hernie pariétale interstitielle. Le malade avait une hernie congénitale avec exstrophie testiculaire à droite. La hernie fut réduite plusieurs fois par le taxis. Le 15 juillet, étranglement intestinal peu prononcé, vomissements, pas de selles.

M. Delens donna du chloroforme et réduisit la hernie assez facilement. Le lendemain, les accidents avaient reparu. M. Gosselin donna un purgatif qui fut vomi. La tumeur s'étant reproduite, on fit la kélotomie. L'intestin était peu serré, mais tordu sur lui-même; réduction; immédiatement après, soulagement notable. Le cours des matières se régularisa.

Dès le milieu d'août, coliques vives, douleurs abdominales, constipation. Un purgatif donna quelques selles. Mais il y avait une grande tendance à la constipation. Ventre douloureux. Le 21 août, coliques vives, puis garderobes; le malade part en convalescence.

Le 3 septembre, il revenait avec des vomissements fécaloïdes et les caractères de l'étranglement interne. Ventre ballonné, mais en pointe. Température normale; ni gaz ni matières par l'anus. On donne inutilement du calomel et du jalap. Electrisation et injections forcées sans résultat. Le sujet était jeune, il avait été opéré d'une hernie étranglée; on crut à un rétrécissement de l'intestin, ou bien à des adhérences ou fausses membranes fixant l'intestin. La laparotomie fut décidée. On trouve du liquide séro-purulent dans le ventre et des traces de péritonite. Le bout inférieur de l'intestin grêle disparaissait dans un magma de fausses membranes. L'intestin se déchira; une pince à pression fut appliquée sur le bout supérieur; les fausses membranes, suite de péritonite circonscrite, fixaient l'anse intestinale. Le bout supérieur était très distendu et le bout inférieur effacé. L'anse malade fut réséquée; suture et réduction. Pansement antiseptique. Le malade mourut au bout de douze heures.

A l'autopsie, pas d'épanchement dans le péritoine, qui était injecté. La suture était solide, et l'intestin insufflé ne laissait passer ni liquide ni air.

— M. *Pilate* (d'Orléans) lit une observation de kyste dermoïde pileux et ossifère du testicule.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Effets vaso-constricteurs du sympathique : M. Bochefontaine. — Dosage des matières azotées dans l'urine : M. Lépine. — Spasme glottique dans les lésions du récurrent : M. Krishaber. — Coagulums rétractiles et non rétractiles des urines albumineuses : M. Bouchard. — Lésions des vaisseaux sanguins dans la tuberculose des muqueuses : M. Cornil. — Irritation pathologique du nerf pneumogastrique : M. Reichmann.

M. *Bochefontaine* dépose une note dans laquelle il annonce avoir observé aussi les effets vaso-dilatateurs que MM. Dastre et Morat ont constatés chez le chien, en excitant l'anneau de Vieussens. Il a retrouvé les mêmes modifications circulatoires et thermiques de la muqueuse labiale; il a vu de plus que ces modifications s'étendaient un peu du côté opposé au côté excité, et aussi à la voûte palatine. Mais il fait remarquer que les phénomènes vaso-dilatateurs ont été précédés plusieurs fois d'un phénomène vaso-constricteur passager.

En opérant de la même façon sur le chat et sur le lapin, M. Bochefontaine n'a jamais observé les mêmes phénomènes de dilatation vasculaire; au contraire, ce sont des effets vaso-constricteurs très accusés qui se sont produits. Par conséquent, il s'agit là d'un fait spécial au chien et qui tient « à des conditions particulières que l'expérimentateur rencontre chez cet animal ».

— M. *Lépine* dépose sur le bureau un travail sur un cas d'*hémoglobinurie paroxystique*. Il dit à cette occasion qu'il y a vraisemblablement deux espèces d'hémoglobinurie paroxystique : l'une, où la dissolution des globules se fait dans le sang; l'autre, où elle se produit seulement dans les voies urinaires. Pour expliquer celle-ci, M. Lépine fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire de faire intervenir la présence d'une substance particulière. Il résulte, en effet, de ses expériences, que l'urine, étendue de deux fois son volume d'eau, dissout très rapidement les globules rouges. Or, l'urine, dans la capsule de Bowmann et à l'origine des canalicules, est, au moins, aussi diluée. Par conséquent, il suffit que quelques globules traversent la membrane des anses glomérulaires et tombent dans la cavité de la capsule de Bowmann, pour qu'il se produise fatalement de l'hémoglobinurie.

Contribution à l'étude de l'excrétion de l'azote et du soufre par l'urine; communication de M. Lépine.

I. — Pour déterminer la quantité d'azote se trouvant dans les matériaux *incomplètement oxydés* que renferme l'urine, et qui sont communément désignés sous le nom de *matières extractives*, M. Lépine pratique deux dosages successifs d'azote dans la même urine : 1° au moyen de l'hypobromite de soude; 2° à l'état d'ammoniaque, à l'aide d'une solution titrée d'acide sulfurique (méthode de Peligot). L'hypobromite de soude donne, comme on sait, l'azote de l'urée et d'une partie de l'acide urique; quant au dosage de l'azote transformé en ammoniaque par la chaux sodée, il fournit à peu près tout l'azote contenu dans l'urine. La différence des deux chiffres représente sensiblement l'azote des matières extractives (plus une partie de l'azote de l'acide urique). Or, si l'on représente par 100 le chiffre de l'azote total obtenu par la chaux sodée, il résulte des recherches de M. Lépine que l'azote des matières extractives varie dans des limites assez étendues (de 5 à 45 pour 100). Les dosages ont été faits par MM. Flavard, chef des travaux chimiques, Foucherand et Lavocat.

Chez le chien à l'inanition, l'azote des matières extractives, *dans*

son rapport avec l'azote total, diminue progressivement jusqu'aux dernières heures de la vie, où il éprouve une petite hausse. — Si on fait à un chien une *forte* saignée, équivalant à la moitié du poids de son sang, non seulement l'azote total augmente (ce qui est connu depuis Bauer), mais l'azote des matières extractives augmente *relativement*. Si on lui injecte de l'eau oxygénée sous la peau, l'azote des matières extractives diminue relativement, bien que dans ce cas la quantité absolue d'azote total excrétée par l'urine devienne plus considérable. De ses expériences, M. Lépine conclut, d'une manière générale, que la quantité des matières extractives dépend de deux facteurs: 1° elle est en raison *directe* de la quantité des déchets azotés de l'organisme; 2° elle est en raison *inverse* de l'énergie comburante de l'économie.

M. Lépine, qui a fait à cet égard des recherches étendues à plus de trente malades, a vu que, chez les fébricitants, bien que les déchets azotés soient augmentés, l'azote des matières extractives diminue *relativement*, sans doute parce que l'énergie comburante est accrue par la fièvre. Chez les cardiaques, asystoliques et asphyxiques, il y a peu d'azote total et, *relativement*, beaucoup de matières extractives. L'administration de la digitale, en produisant de la polyurie et en augmentant ainsi l'excrétion des matériaux azotés retenus dans l'économie, a pour effet immédiat de faire baisser *relativement* l'azote des matières extractives; ce qui, d'après M. Lépine, peut tenir, ou bien à ce que, la circulation pulmonaire se faisant mieux, le sang est plus complètement hématisé; ou bien à ce que, la circulation générale devenant plus active, les tissus sont mieux *lavés* et les matériaux les plus solubles (urée) entraînés de préférence. Dans les néphrites, notamment dans la néphrite interstitielle, on peut observer le même résultat à certaines périodes, tandis qu'à d'autres le chiffre de l'azote des matières extractives est relativement considérable, celui de l'azote total étant d'ailleurs fort bas. — Dans les cirrhoses du foie, trois cas peuvent se présenter : 1° diminution de l'azote total et diminution relativement plus grande des matières extractives; 2° chiffre normal ou à peu près normal de l'azote total, mais diminution relative des matières extractives; 3° quantités sub-normales de l'azote total et de l'azote des matières extractives avec conservation de leur rapports physiologiques.—Dans les ictères, M. Lépine a trouvé, ou bien un chiffre relativement faible des matières extractives avec une quantité considérable d'azote total, ou bien un rapport normal des matières extractives à l'azote total, celui-ci étant en quantité peu considérable. — Chez des épileptiques, on peut voir, ou bien une quantité à peu près normale d'azote total avec un chiffre relativement très élevé des matières extractives, ou bien un chiffre faible d'azote total et un chiffre également faible des matières extractives.

II. — Relativement à l'excrétion du soufre par l'urine, M. Lépine insiste sur le fait que, dans certains états du foie, et notamment dans des ictères très prononcés, on peut trouver dans l'urine une quantité relativement très grande de soufre, qui n'est pas à l'état d'acide sulfurique. Dans certains cas, M. Lépine a vu ce soufre à l'état incomplet d'oxydation, atteindre 40 pour 100 du chiffre total! Les analyses afférentes à ce sujet ont été toutes faites par M. Flavard. — M. Lépine croit aussi que parfois il peut y avoir dans l'urine du phosphore qui n'est pas à l'état d'acide phosphorique (mais en quantité relativement très faible).

— M. *Krishaber* attribue au *spasme* de la glotte les accidents qui sont classiquement attribués à la *paralysie* des cordes vocales dans les lésions des nerfs récurrents.

Il a déjà montré en 1866 que l'excitation du bout périphérique d'un seul nerf récurrent suffit à produire l'occlusion de la glotte des deux côtés : il explique ce fait par les conditions mêmes de l'action du muscle ary-arythénoïdien qui est impair et dont les deux insertions morbides sont déplacées simultanément sous l'influence de l'excitation d'un seul des deux nerfs qui l'animent. Ce point de départ était nécessaire à M. Krishaber pour soutenir sa théorie du *spasme glottique* quand l'un des deux récurrents a été détruit par une tumeur cervicale ou intrathoracique.

Mais, pour lui, le plus souvent le récurrent comprimé n'est pas détruit : il est excité, et, sous cette influence, la glotte présente des resserrements spasmodiques qui peuvent causer l'asphyxie. Du reste, le caractère intermittent des accidents, par exemple dans les anévrysmes de l'aorte, exclut l'idée d'une paralysie et concorde avec l'hypothèse d'un spasme glottique.

M. Krishaber cite deux observations de résection du récurrent chez l'homme dans l'opération de l'ablation du corps thyroïde : dans un cas le récurrent gauche a seul été réséqué (cas de M. Tillaux), dans l'autre les deux récurrents ont été coupés (cas de M. Richelot). Chez les deux malades, la respiration n'était pas troublée, la voix seule était compromise.

Les conclusions de cette communication sont les suivantes :

1° La section des nerfs laryngés inférieurs produit chez l'homme adulte les mêmes effets que chez les animaux adultes, c'est-à-dire l'aphonie sans troubles respiratoires. Par conséquent les troubles de la respiration qu'on observe dans les cas de tumeurs ganglionnaires cervicales ou bronchiques, d'anévrysme de l'aorte, etc., sont dus à l'excitation des nerfs comprimés et non à leur paralysie.

2° Si la tumeur cervicale ou thoracique arrive à produire la solution de continuité d'un récurrent, les phénomènes d'aphyxie sont dus à l'irritation du bout supérieur du nerf interrompu, qui agit simultanément sur les deux lèvres de la glotte par l'intermédiaire du muscle ary-arythénoïdien.

— M. *Bouchard* distingue les coagulums albumineux obtenus dans les urines soit par le chauffage, soit par un autre procédé, en deux groupes : ceux qui sont *rétractiles* et ceux qui ne le sont pas. Étant donné ces deux variétés, il a cherché si chacune d'elles correspondait à des lésions pathologiques différentes. Il a rencontré les coagulums albumineux rétractiles dans les cas où il y avait une *lésion rénale*, et les coagulums non rétractiles dans les maladies à température élevée, pyrexies ou phlegmasies; souvent aussi dans des affections générales apyrétiques s'accompagnant de troubles profonds de la nutrition, comme la chlorose, le diabète, les intoxications saturnine et plombique sans lésion rénale.

En examinant les caractères physiques du coagulum albumineux aux différentes périodes d'une même affection, de la fièvre typhoïde, M. Bouchard a vu souvent que dans les premiers jours le coagulum n'était pas rétractile, le devenait quelquefois plus tard, puisque l'albumine disparaissait de l'urine; ou bien le coagulum était rétractile d'emblée, et au bout d'un temps variable, quand la rétractilité du coagulum disparaissait, l'albumine disparaissait de l'urine. Or, dans tous les cas de coagulum rétractile correspondant à une lésion rénale, il a trouvé dans la fièvre typhoïde des bactéries dans l'urine. Chez les mêmes malades les bactéries existaient alors dans les autres liquides de l'économie, par exemple dans celui des pustules d'ecthyma chez un sujet qui a présenté une éruption confluente. Les bactéries paraissent donc s'éliminer par les différentes surfaces, et leur élimination par le rein peut produire la néphrite.

— M. *Regnard* présente: 1° une canule à fistule gastrique qui peut être facilement introduite et retirée, la pièce qui la fixe en dedans de l'estomac pouvant se replier latéralement; 2° au nom de M. Laffont, un mors pour fixer les petits animaux (lapin, chat, etc.).

— M. *Cornil* communique ses recherches *sur les lésions des vaisseaux sanguins dans la tuberculose des muqueuses.* Il avait déjà montré que dans certains cas de tuberculose de la pie-mère, les artérioles sont atteintes d'une endartérite caractérisée par une couche épaisse de cellules située sous l'endothélium vasculaire et dans laquelle on trouve une grande quantité de cellules géantes. Les faits nouveaux qu'il a observés sur la muqueuse de la luette confirment ceux qu'il avait signalés dans les séreuses. Dans ces dernières recherches, M. Cornil a constaté des thrombus vasculaires au milieu d'un tissu conjonctif embryonnaire, thrombus au milieu desquels se développent des cellules géantes. Il a suivi le passage de cette lésion à la constitution des nodules et du tissu tuberculeux : c'est aux dépens du sang et des substances nutritives contenues dans les thrombus fibrineux que se sont développées les cellules géantes.

— M. *Reichmann* a observé chez une femme atteinte de

pleurésie aiguë, et présentant une température élevée, un ralentissement notable des battements du cœur : les battements sont tombés jusqu'à 44 par minute, au lieu de 80, chiffre habituel. Il est disposé à attribuer cette modification du rhythme du cœur à l'irritation pathologique du nerf vague droit par la plèvre enflammée, et rappelle à ce sujet un certain nombre de faits analogues empruntés à la littérature étrangère (Czermak, Gerhardt, Cautate, Tanhoffer, etc.).

F.-F.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Prophylaxie de la déformation scolaire du rachis : M. Dally. — Traitement de la syphilis : M. Martineau. — Lavage de l'estomac : MM. Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, C. Paul (discussion).

M. *Dally* rappelle la fréquence des déformations dites *scolaires* du rachis chez les jeunes enfants, principalement chez les petites filles, et qui résultent d'une attitude vicieuse prise pendant les exercices d'écriture; en effet, on recommande aux enfants de porter le poids du corps d'une part sur la fesse gauche, d'autre part sur le coude gauche qu'ils avancent sur la table : de là une pression aux deux extrémités du rachis qui détermine une courbure à convexité gauche. Il présente une table destinée à remédier à cet inconvénient : une encoche médiane bordée par deux ailerons latéraux évite la flexion antérieure du tronc; de plus, on peut donner au plan de la table elle-même une inclinaison plus ou moins considérable en soulevant le bord opposé à celui où se trouve l'encoche ; les ailerons restent horizontaux et le coude gauche ne peut s'avancer au delà sur le plan incliné ascendant de la table. L'emploi de ce pupitre constitue, pour les déviations scolaires du rachis, un moyen tout à la fois de prophylaxie et de thérapeutique.

M. *C. Paul* a vu une table scolaire tout analogue employée par un des meilleurs professeurs d'écriture de Paris; l'inclinaison de la table était seulement un peu moindre. Un point important serait de savoir à quelle hauteur doit se trouver le bord du pupitre auquel s'assied l'enfant, suivant l'âge de celui-ci. Dans la table dont il parle, ce bord était à 73 centimètres de hauteur et le plan du siège à 44 centimètres.

M. *Dally* apportera dans une prochaine séance les résultats d'un travail existant sur ce sujet et portant sur 18 000 mesures.

— M. *Martineau* fait hommage à la Société de ses *Leçons sur la thérapeutique de la syphilis*. Il y étudie trois questions principales : 1° le traitement de la syphilis; 2° le traitement du syphilitique; 3° la prophylaxie de la syphilis. Cette affection étant une maladie virulente chronique, le traitement à lui opposer doit être long et persévérant; il se compose de trois médications différentes qu'il importe de combiner suivant une méthode bien établie. Les agents de cette médication sont : les mercuriaux, l'iodure de potassium et les sulfureux. La première année, on administrera au malade le mercure pendant trois à quatre mois, puis l'iodure de potassium pendant le même temps ; on revient au mercure, puis à l'iodure, chacun pendant deux mois; enfin, on prescrit un mois de repos. La seconde année : pendant un mois le sel mercuriel; l'iodure pendant deux mois, puis deux mois de repos; de nouveau le mercure pendant un mois, l'iodure de potassium pendant trois mois, et trois mois de repos. On commence à ce moment le traitement par les eaux sulfureuses (Aix en Savoie ou Luchon), sous l'influence desquelles les manifestations syphilitiques reparaissent le plus souvent. Les sulfureux facilitent aussi l'élimination du mercure et peuvent même être très utiles pour le traitement de la stomatite mercurielle. Enfin, la troisième année : pendant un mois le mercure, deux mois l'iodure, trois mois de repos; de nouveau un mois le mercure, deux mois l'iodure, trois mois les sulfureux. La syphilis *paraît* alors guérie, mais la véritable pierre de touche sera une troisième saison aux eaux sulfureuses : si aucune manifestation syphilitique nouvelle n'apparaît, la syphilis est guérie. Le traitement du syphilitique comprend celui des affections constitutionnelles : scrofule, arthritisme, herpétisme, sur lesquelles a pu venir se greffer la syphilis et qui lui imprimaient une modalité spéciale et souvent un certain degré de gravité. Les médications usitées contre ces diathèses n'offrent dans ce cas rien de particulier, sinon qu'elles paraissent avoir une influence sur la guérison de la syphilis elle-même. Enfin, M. Martineau trace une simple ébauche de la prophylaxie de la syphilis, renvoyant aux leçons de l'an prochain ce sujet si vaste par les questions sociales et même internationales que soulève la prophylaxie générale de ce fléau. Quant à la prophylaxie individuelle, elle a déjà été traitée avec détails par Langlebert, Jeannel et Ricord.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente deux malades qu'il traite, pour des affections gastriques, par le lavage de l'estomac. La première est une femme de vingt-quatre ans qui, atteinte de dyspepsie putride avec dilatation de l'estomac, vomissait constamment depuis six mois, et qui, sous l'influence des lavages avec l'eau de Vichy et une solution d'acide borique, a vu cesser ses vomissements et a obtenu une augmentation de poids de 8 livres en quatre semaines. Le lavage est pratiqué, en présence de la Société, au moyen du tube de Faucher et de la pompe. (Voy. le numéro du 22 octobre.) La seconde malade est une jeune fille de seize ans, atteinte de dyspepsie simple avec vomissements; cette malade procède elle-même au lavage de son estomac par la méthode du siphon. La déglutition du tube et l'opération tout entière s'accomplissent dans les deux cas avec la plus grande facilité. M. Dujardin-Beaumetz fait observer que, dans le procédé du siphon, il vaut mieux se servir d'un entonnoir en verre au lieu de l'entonnoir en métal que vendent les fabricants d'appareils, car le malade peut alors suivre des yeux, à travers l'entonnoir qu'il tient élevé au-dessus de sa tête, le niveau du liquide s'abaissant à mesure qu'il pénètre dans l'estomac, et, par suite, amorcer le siphon en temps utile.

M. *Bucquoy* présente un malade âgé de vingt et un ans, qui, entré dans son service au mois d'août dernier, avec des symptômes d'affection gastrique faisant penser à un ulcère simple et datant de trois ans, a vu, sous l'influence du lavage de l'estomac, ses vomissements quotidiens cesser rapidement et son état général s'améliorer à tel point que, pesant 52 kilogrammes le 7 août, il atteignait, le 17 du même mois, le poids de 60 kilogrammes, et sortait de l'hôpital, presque entièrement guéri, au commencement du mois de septembre. Il revenait de temps en temps à l'hôpital Cochin pour qu'on pratiquât le lavage de son estomac, puis il cessa tout traitement. Repris dernièrement de vomissements, il rentre à l'hôpital et aujourd'hui semble de nouveau guéri. Ce malade procède également lui-même à l'opération du lavage au moyen du siphon, qu'il pratique avec une habileté extrême; il a même perfectionné le manuel opératoire, en ce sens qu'après avoir versé dans son estomac une certaine quantité de liquide, il se secoue vivement pour bien laver, dit-il, toute l'étendue des parois du viscère. M. Bucquoy insiste de nouveau sur la préférence qu'il accorde, contrairement à M. Dujardin-Beaumetz au procédé du siphon sur celui de la pompe.

M. *C. Paul* présente aussi un malade atteint de gastrite alcoolique, auquel il pratique le lavage de l'estomac par le procédé du siphon, après avoir graissé le tube avec de la vaseline. Cette opération est aussi simple, aussi facile que les précédentes.

M. *Féréol* rappelle que, chargé d'un service à l'hôpital Beaujon au moment de l'invention de l'appareil de M. Faucher, il l'a de suite employé dans un cas de gastrite alcoolique; dès la première séance, l'introduction du tube par déglutition a été des plus faciles, et le malade sortait guéri huit jours après.

Ayant ressenti de nouveau quelques symptômes gastriques, il revint trois semaines plus tard reprendre le même traitement et n'a pas tardé à être définitivement guéri. L'emploi du siphon lui semble préférable à celui de la pompe, à cause de sa plus grande simplicité et de son innocuité absolue, la muqueuse ne pouvant être pincée dans les yeux de la sonde, ainsi qu'on l'a parfois observé avec l'autre procédé. Dans les cas d'empoisonnement, le spasme rend souvent l'introduction du tube mou extrêmement difficile ; aussi, pour ne pas perdre de temps, il vaudra mieux employer alors la sonde œsophagienne et la pompe si on les a sous la main, sinon recourir de suite au vomitif. Il a employé également le même appareil pour des lavages intrapéritonéaux, dans un cas déjà publié de rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine, dont la guérison fut obtenue après deux mois de ce traitement ; et aussi chez une femme atteinte d'ascide symptomatique d'une tumeur péri-utérine : dans ce dernier cas, trois lavages avec une solution iodée ont été pratiqués depuis huit mois, avec la précaution recommandée par Teissier (de Lyon), de ne pas évacuer entièrement le liquide ascitique avant d'injecter le liquide du lavage ; une grande amélioration a été obtenue, et la fièvre qui s'était montrée après la première séance n'a pas reparu aux deux suivantes. M. Faucher lui-même s'est servi de son appareil pour des lavages intravésicaux.

M. *N. Gueneau de Mussy* a pratiqué longtemps le lavage de l'estomac avec la pompe de Mathieu et la sonde rigide ; depuis l'ingénieuse invention de M. Faucher il s'est servi une fois du siphon et en a obtenu d'excellents résultats. Il pense que la priorité du lavage de l'estomac dans les empoisonnements doit être attribuée à Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon en 1833.

M. *Bucquoy* fait observer que l'honneur en revient à C. Renaut, qui a, en 1802, préconisé ce procédé dans sa thèse sur les empoisonnements par l'arsenic.

M. *Dujardin-Beaumetz*. C'est Boërhaave le premier qui a parlé de remplir l'estomac de liquide, dans les cas d'empoisonnement, au moyen de la sonde œsophagienne, et c'est, en effet, C. Renaut qui a pensé qu'on pouvait bien par le même procédé *retirer ce que l'on avait introduit*. C'est en 1837 que Lafargue a imaginé un siphon à tubes rigides, fort incommode ; depuis, Kussmaul a préconisé en Allemagne l'emploi de la sonde œsophagienne et de la pompe.

M. *Bucquoy* rappelle qu'un médecin autrichien, Oser, a proposé au Congrès d'Amsterdam de se servir d'un tube en caoutchouc mou, précisément en même temps que M. Faucher, en France, inventait son appareil.

M. *Créquy* pense qu'en cas d'empoisonnement on pourrait employer les tubes à gaz en caoutchouc, que l'on a toujours sous la main.

André PETIT.

BIBLIOGRAPHIE

Le microbe du pus blennorrhagique, par le docteur F. WEISS. — Thèse de Nancy, 1880 (première série, n° 119).

Jausseaume (1862), Hallier et Salisbury (1873) avaient déjà décrit des éléments parasitaires qu'ils considéraient comme le principe spécifique de la blennorrhagie. Plus récemment Neisser (*Centralblatt f. medic. Wissensch.*, mai 1879) dit avoir constaté dans le pus blennorrhagique la présence de micrococcus à forme caractéristique. L'individu isolé serait circulaire, et se colorerait très bien par le violet de méthyle et de dahlia. Presque toujours ces micrococcus seraient réunis deux à deux ou bien formeraient des colonies entourées d'une enveloppe hyaline. Neisser a retrouvé ce micrococcus dans 35 cas de gonorrhée. Jamais il ne l'a observé dans d'autres sécrétions purulentes.

M. Weiss a fait une série de recherches nouvelles pour élucider cette question fort importante de la nature du contage blennorrhagique. Voici le résumé de ses expériences :

Le pus qu'il a examiné provenait de femmes atteintes de vaginite blennorrhagique et d'hommes atteints de gonorrhée. Le pus était recueilli dans des tubes à vaccin, pour éviter toute cause d'erreur. M. Weiss s'est servi, comme réactifs, de l'éosine, du violet de méthyle en solution aqueuse et de l'acide osmique. L'examen microscopique a été fait avec des grossissements de 2200 (oculaire n° 3, objectif 10 de Nachet), de 1100, 1000 et même 900 diamètres.

Le violet de méthyle paraît être le meilleur réactif. Quand la préparation est colorée, on aperçoit de petits corps d'un violet foncé, tantôt isolés, tantôt unis deux à deux, trois à trois, quatre à quatre, mais formant le plus souvent des groupes de cinq à sept éléments disposés d'une façon spéciale. Ces corpuscules peuvent également former des agglomérations considérables.

L'individu isolé apparaît sous une forme à peu près sphérique : il a entre 10 et 13 dixièmes de mill. de diamètre. Il est entouré d'une enveloppe hyaline à bandes nettement visibles. Ces corpuscules isolés sont rares. En général, ils sont accolés deux à deux, trois à trois, quatre à quatre. Ils ne sont pas mobiles quand ils ont été colorés.

On ne les observe pas seulement entre les globules de pus et les cellules épithéliales ; ces éléments en sont parfois remplis et leurs noyaux sont détruits.

Les autres réactifs colorent mal les micrococcus ; dans l'eau ils sont à peine visibles.

L'auteur a examiné ainsi le pus de trente-deux malades, et il a toujours retrouvé les éléments caractéristiques que nous venons de décrire. De même que Neisser, il n'a jamais retrouvé ces éléments dans les expériences de contrôle fort nombreuses auxquelles il s'est livré.

Il est évident que, malgré ces recherches minutieuses et consciencieuses, la question reste encore ouverte. Il est, en effet, à regretter que, pressé par le temps, M. Weiss n'ait pas profité des ressources qui lui étaient offertes par les laboratoires de la Faculté de Nancy, pour y faire des recherches de culture et une série d'expériences, complément nécessaire de son intéressant travail.

Nous ne nous étendrons pas sur les discussions théoriques ni sur les déductions thérapeutiques, basées sur des observations nombreuses, qui sont contenues dans cette thèse. Nous avons tenu surtout à insister sur la partie essentiellement à l'ordre du jour : celle de la description du microbe blennorrhagique.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Pour la chaire de pathologie externe, la Faculté, dans sa réunion du 11 novembre, vient de désigner : en *première ligne :* M. Duplay, par 23 voix contre 6 données à M. Tillaux ; en *seconde ligne :* M. Tillaux, par 23 voix contre 8 à M. Lannelongue ; en *troisième ligne :* M. Lannelongue, par 22 voix contre 8 à M. Terrier et 1 à M. Le Dentu.

LES MÉDECINS-EXPERTS. — Nous croyons savoir que d'honorables confrères attachés aux tribunaux à titre d'experts se sont émus d'un passage du discours prononcé, à la rentrée de la Cour d'appel, par M. le procureur général Dujardin, passage impliquant un blâme général sur la manière dont ils s'acquittent, à certains égards, de leurs fonctions. Une lettre de protestation doit être ou a déjà été adressée par eux à M. le président de la Cour, et ils vont provisoirement suspendre leurs rapports avec la justice.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Théophile Mayer, médecin principal de 1[re] classe en retraite, décédé le 9 novembre, dans sa soixante-treizième année.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Dans sa dernière séance, la Commission générale a déclaré vacante la bourse fondée par l'Association au lycée Saint-Louis, à Paris. Cette bourse, conformément à l'acte de donation du docteur Moutard, est fondée « en faveur du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, Français, reçu dans une Faculté française, pauvre et malheureux, membre ou non de l'Association, vivant ou décédé, que l'Association choisira et désignera ». Les demandes avec les pièces à l'appui devront être adressées, avant le 1[er] février 1881, à M. le docteur Genouville, trésorier de l'Association, 47, rue de Rennes, à Paris.

Le secrétaire général, ORFILA.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Laboulbène commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 11 novembre 1880, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Le professeur exposera dans la première leçon l'*histoire du journalisme médical.*

— *Pathologie interne* (cours auxiliaire). — M. Dieulafoy, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le vendredi 12 novembre 1880, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

ASILE SAINTE-ANNE. CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 14 novembre, à dix heures, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure. — Visite des malades à neuf heures. Consultations publiques tous les mardis, à neuf heures. — MM. les docteurs et élèves en médecine qui désirent y assister n'ont besoin d'aucune carte d'admission.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE (1880-1881). — Séance d'ouverture, le 16 novembre, à quatre heures. — *Anthropologie anatomique*, M. Duval (Mathias), mardi, à cinq heures. — *Anthropologie biologique*, M. Topinard, lundi, à cinq heures. — *Ethnologie*, M. Dally, vendredi, à quatre heures. — *Anthropologie préhistorique*, M. de Mortillet, lundi, à quatre heures. — *Anthropologie linguistique*, M. Hovelacque, mercredi, à quatre heures. — *Géographie médicale*, M. Bordier, samedi, à quatre heures.

TRAITEMENT A DOMICILE. — MM. les médecins du XVIII[e] arrondissement sont informés que, le dimanche 21 novembre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de quatre médecins.

Dans le III[e] arrondissement, il sera procédé, le 29 novembre, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin.

COMMISSION DE STATISTIQUE. — La commission permanente de statistique s'est réunie vendredi dernier aux Tuileries, sous la présidence de M. Vergniaud, secrétaire général de la préfecture de la Seine. Après une discussion approfondie à laquelle ont pris part MM. Levasseur, de l'Institut; Marié-Davy, directeur de l'observatoire de Montsouris; Georges Martin, membre du Conseil municipal de Paris; Cochut, directeur du Mont-de-Piété; Emile Ferry, maire du IX[e] arrondissement; Paul Nouvel, avocat à la Cour d'appel, et les docteurs Bloch, Du Mesnil et Bertillon, la commission a décidé la publication d'un annuaire de statistique de la ville de Paris, qui devra contenir des renseignements officiels sur la population, la topographie, la climatologie, la situation financière, les écoles, les hospices, les cimetières, les marchés, les théâtres et les divers établissements municipaux de la capitale. La commission a désigné cinq de ses membres pour préparer cet important travail, et elle a également chargé une sous-commission de la recherche des moyens pratiques à employer pour obtenir, dans le plus bref délai possible, des renseignements complets sur le cours des maladies épidémiques existant à Paris.

Ces renseignements, joints aux indications que fournissent déjà les constatations de décès par nature de maladie, relevés chaque semaine dans le *Bulletin hebdomadaire*, publié par les soins du chef des travaux statistiques, permettront, on l'espère du moins, au corps médical de Paris de combattre plus efficacement les progrès des maladies contagieuses qui ont fait malheureusement tant de victimes dans ces dernières années.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — Le docteur Jules Simon a repris ses conférences sur la clinique et la thérapeutique infantiles mercredi 19 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 19 novembre (neuf heures et demie), et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Tous les jours, à huit heures et demie, visite des malades.

COURS DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — M. François-Franck commencera ses leçons sur la physiologie du système nerveux le mercredi 17 novembre, à cinq heures, et les continuera les mercredis suivants (amphithéâtre n° 3).

— *Hygiène et maladies des nourrissons.* — M. le docteur Brochard commencera ce cours le mercredi 17 novembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les mercredis, à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (44[e] semaine, du vendredi 29 octobre au jeudi 4 novembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 954, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 15. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 32. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 4. — Méningite (tuberculeuse et aiguë), 36. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 59. — Bronchite aiguë, 26. — Pneumonie, 63. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon et autrement, 25; au sein et mixte, 29; inconnu, 1. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal, 72; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 72; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 3; infectieuse, 2; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 12.

Bilan de la 44[e] semaine. — L'influence de l'hiver commence à se faire sentir; elle se manifeste cette semaine par un accroissement de 62 décès (954 au lieu de 892). Cette augmentation porte principalement (on peut dire normalement) sur les maladies des appareils circulatoires et respiratoires en général, et surtout sur la pneumonie. Pourtant il n'y a pas de modifications bien notables dans le groupe des maladies épidémiques : les décès causés par les unes ont *un peu* diminué (fièvre typhoïde, variole et surtout rougeole), ceux des autres se sont un peu accrus (coqueluche, diphthérie); mais ces mouvements sont assez faibles.

Mais un fait bien remarquable par sa continuité et l'énergie avec laquelle nous le constatons, de semaine en semaine, depuis que nous sommes chargé de ce service, fait encore plus prononcé cette semaine, c'est la constance avec laquelle la variole concentre sa nocuité et distribue ses victimes autour des dépôts de varioleux. Ainsi cette semaine, sur 15 décès par variole, il y en a 9 autour de l'hôpital *Saint-Antoine*, qui, la semaine passée, renfermait encore 90 varioleux. Puisque la concentration de ces varioleux sème tout autour d'eux la variole, au moins que nos confrères, que l'Administration, y sèment à pleines mains le vaccin; que l'on fasse savoir aux habitants de ces quartiers dangereux les risques qu'ils courent s'ils ne sont pas efficacement vaccinés, et revaccinés *avec du vaccin frais* de dix en dix ans, car la variole n'épargne aucun sexe ni aucun âge.

D[r] BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

SOMMAIRE. — PARIS. Les méthodes en thérapeutique. — Académie de médecine : Néphrectomie. — Incubation de la rage. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie externe : Contribution à l'étude de l'œsophagisme. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — BIBLIOGRAPHIE. Le microbe du pus blennorrhagique. — VARIÉTÉS. Faculté de médecine. — FEUILLETON. La médecine publique dans l'antiquité grecque.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 18 novembre 1880.

LES MÉTHODES EN THÉRAPEUTIQUE. — *Société de biologie :* SOMMEIL ANESTHÉSIQUE PRODUIT PAR APPLICATION DU CHLOROFORME SUR LA PEAU : M. BROWN-SÉQUARD. — *Académie de médecine :* LES BAINS FROIDS DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LE SECRET MÉDICAL.

Les méthodes en thérapeutique.

(Deuxième article.)

Nous avons vu, dans notre précédent article, comment et pourquoi les doctrines exclusives, préconisées jadis, avaient été frappées de stérilité, et nous avons commencé l'exposé des méthodes que M. Bouchard a successivement appréciées. La *thérapeutique pathogénique,* avons-nous dit, trouve surtout sa raison d'être et ses applications les plus utiles alors qu'il est question d'une de ces maladies, chaque jour plus nombreuses, qui paraissent déterminées ou aggravées par la génération des microbes. Mais les paroles que nous citions en terminant, et qui « maintiennent à l'organisme son autonomie et sa spontanéité jusque dans la production et dans l'évolution des maladies infectieuses, qui empêchent la thérapeutique de sortir des voies vraiment rationnelles », protestent éloquemment contre certaines exagérations thérapeutiques. Elles devront être méditées par ceux qui pourraient se laisser entraîner à ne chercher que des médicaments spécifiques parce qu'ils seront convaincus de la spécificité des maladies virulentes. « Si la phthisie vient de germes, nous dit encore M. Bouchard, ces germes ne peuvent se multiplier que dans un organisme à nutrition mauvaise;... on pourra rechercher les lieux où ces germes n'existent pas, interdire la cohabitation avec les phthisiques, proscrire l'alimentation par les viandes d'animaux tuberculeux, imaginer des spécifiques capables de détruire ces germes; on devra surtout relever le taux de la nutrition, s'adresser aux grands modificateurs hygiéniques, soit pour prévenir, soit pour guérir. » Nous avons tenu à reproduire presque textuellement toute cette partie de la belle étude de pathologie et de thérapeutique générale que vient d'écrire M. Bouchard. On verra, en effet, en lisant ces paroles si autorisées, que les médecins les plus disposés à accepter le résultat des mémorables découvertes de M. Pasteur n'hésitent pas à affirmer que si les microbes peuvent être considérés comme les agents d'un grand nombre de maladies infectieuses, ces mêmes microbes qui nous environnent de toutes parts et qui nous envahissent à tout instant, ne peuvent, le plus souvent, se développer ou se reproduire en nous que lorsqu'un trouble nutritif, déterminé au préalable par une maladie quelconque, leur crée un milieu favorable. Il en est ainsi de la plupart des maladies infectieuses. Seules, les maladies à *virus fixe,* telles que le charbon, la syphilis, la rage et quelques autres, paraissent sous la dépendance exclusive de l'agent virulent qui leur donne naissance. Seules ou presque seules, elles paraissent justiciables d'une thérapeutique qui s'adressera à la cause pathogénique et considérera comme accessoires les effets que l'agent morbifique aura déterminés dans l'organisme et les tentatives qui ont pour objet de les combattre. Ainsi donc la *thérapeutique pathogénique,* qui s'attaque à la cause des maladies, n'est applicable que dans des cas exceptionnels; elle s'impose quand la cause de la maladie est scientifiquement établie; elle est acceptable, mais à titre d'expérience, quand celle-ci reste hypothétique tout en demeurant probable; mais elle ne peut être invoquée dans les cas où la cause de la maladie se dérobe à toutes nos recherches.

A côté de la thérapeutique pathogénique, M. Bouchard donne le nom de *thérapeutique naturiste* à celle « qui ignore la cause productrice de la maladie et les conditions de genèse des accidents morbides, mais qui sait que la maladie a une évolution naturelle, aboutissant généralement à la guérison ». Elle « part de ce principe, que ce n'est pas le médecin qui guérit le malade, mais que c'est le malade qui se guérit lui-même, grâce à la révolte spontanée de son organisme contre les entreprises de la cause morbifique ». C'est la *méthode naturelle* de Barthez, que ce médecin éminent divisait en *expectante* et en *agissante;* la première, comprenant l'hygiène thérapeutique; la seconde, modifiant ou régularisant les actes curateurs qui s'opèrent.

« Parmi les maladies aiguës, nous dit M. Bouchard, il en est qui résultent des altérations nutritives persistantes qu éclatent quand les tissus ou les humeurs regorgent ou sont appauvris... Plusieurs de ces maladies ne sont que des accidents paroxyntiques, des révoltes de l'organisme, des orages pendant lesquels la matière, mal élaborée ou indûment accumulée, va être brûlée ou expulsée. C'est l'effort curateur violent qui va rétablir la santé... ce sont les maladies utiles, les maladies qu'il faut savoir respecter. » La thérapeutique naturiste « voit derrière les signes critiques l'acte curateur, l'effort de la *nature médicatrice* ». Elle le pressent, mais ne le connaît pas dans sa nature. Le jour où elle saura quelle modification elle doit provoquer pour produire la guérison, elle rentrera, dit M. Bouchard, dans la thérapeutique pathogénique. Mais ce jour-là la physiologie pathologique sera une science faite et définitivement constituée. Jusque-là elle appelle à son aide, pour essayer d'intervenir utilement, quand son intervention paraît nécessaire, des méthodes thérapeutiques

accessoires, à conseiller seulement, parce que la notion étiologique nous fait trop souvent défaut, et parce que l'action des médicaments nous a été apprise par l'expérience clinique ou par les recherches de laboratoire. Ces méthodes accessoires, la *thérapeutique symptomatique* et la *thérapeutique* dite *physiologique,* ne diffèrent que peu l'une de l'autre. Grand serait le danger de les employer d'une manière systématique. Certes, nous croyons utile d'abaisser la température, de modérer la douleur, de dissiper les mouvements fluxionnaires, d'arrêter les hémorrhagies, etc. Mais nous avons vu de trop près combien il était dangereux de ne traiter la fièvre typhoïde ou la pneumonie que par la digitale administrée à dose antipyrétique, ou bien la goutte par les applications d'eau froide, pour ne pas soutenir que ces médications, qui n'imitent qu'assez grossièrement la nature en provoquant des manifestations *analogues* à celles qui sont le signe précurseur de la guérison, deviennent nuisibles lorsqu'elles sont appliquées sans discernement. « Le bien, comme le mal, dit M. Bouchard, peuvent à l'occasion résulter d'une telle pratique. » Reconnaissons donc que la thérapeutique symptomatique et la thérapeutique physiologique peuvent rendre de signalés services; mais à la condition d'être considérées, non comme les fondements de la thérapeutique, mais comme des méthodes accessoires, utiles lorsque les indications qu'elles peuvent remplir ont été scientifiquement établies.

Restent, pour passer en revue la classification très simple et très complète de M. Bouchard, la *thérapeutique empirique* et la *thérapeutique statistique*. Toutes deux sont vicieuses dans leurs principes et leurs procédés; toutes deux sont indispensables dans l'immense majorité des cas, car elles résument l'expérience des siècles et s'imposeront aussi longtemps que la science médicale sera en voie d'évolution, et que là où les principes scientifiques ne pourront être établis, les données expérimentales permettront seules de juger un médicament. C'est la méthode empirique qui nous a donné jusqu'à ce jour les médicaments spécifiques, tels que le mercure et le quinquina; c'est à elle que nous devons la connaissance des propriétés thérapeutiques de l'arsenic, de l'iode, etc. « Tous les hommes d'action du commencement de ce siècle, disait M. Hayem dans sa leçon d'ouverture (1), ont été forcément des empiriques, et nous devons reconnaître qu'aujourd'hui encore notre pratique est fondée presque exclusivement sur des connaissances empiriquement acquises. » Mais la médication empirique, telle que la comprennent MM. Bouchard et Hayem, n'est pas l'empirisme aveugle, qui consiste à adopter sans réflexion tous les remèdes indiqués comme pouvant *guérir une maladie;* c'est, au contraire, un empirisme raisonné, qui résulte du jugement porté sur la valeur comparée de divers médicaments, et suppose la connaissance de la marche, de l'évolution, de la terminaison naturelle des maladies. La médecine étant une science expérimentale, « la pratique de l'empirisme, à laquelle nous sommes pour longtemps encore condamnés, est en somme, dit M. Hayem, une longue suite d'expériences, dont les résultats ne recevront leur explication que lorsque la science sera parvenue à son plus haut degré de développement ». Il en est de même de la thérapeutique dite *statistique*. Considéré comme une méthode exclusive, le *numérisme* a été justement condamné, et nul ne songerait aujourd'hui à le défendre. Et cependant, il n'est pas de médecin qui ne juge les médications par l'ensemble des faits qu'il a observés, qu'il a comptés, qui lui ont été signalés par des observateurs en qui il a confiance. Si l'on rencontre encore — et ils sont malheureusement trop nombreux — des praticiens disposés à croire à toutes les annonces que contiennent les journaux de thérapeutique, les plus sérieux ne gardent que les impressions déduites des faits produits en assez grand nombre pour s'imposer à l'attention. La thérapeutique statistique n'est autre chose, dit M. Bouchard, « que l'observation qui gagne en généralité ce qu'elle perd en précision ».

Ainsi donc, lorsqu'on vient à étudier les diverses méthodes qui peuvent servir de guide au médecin dans ses efforts thérapeutiques, on s'aperçoit aisément que toutes les méthodes signalées et appréciées par M. Bouchard doivent être connues et souvent adoptées. L'avenir, dit-il, appartient à la thérapeutique pathogénique aidée de la thérapeutique physiologique. Il faut s'entendre sur ces dénominations. S'adresser directement à la cause qui produit un trouble morbide ne sera jamais possible que dans le cas où il s'agit de maladies virulentes ou de maladies *simples*, c'est-à-dire de maladies qui résultent d'une lésion anatomique facile à déterminer et à guérir. Dans le plus grand nombre des cas, la maladie est intérieure et par là même *complexe;* il importe, dès lors, non seulement de rechercher quel a été son point de départ, mais aussi et surtout de reconnaître les réactions qu'elle a sollicitées, les modifications qu'elle a imprimées au fonctionnement de nos organes. Pour déterminer l'action thérapeutique qui pourra intervenir dans ces conditions, il faut donc, avant tout, connaître la marche de la maladie, et en particulier, comme le dit M. Hayem, « la marche souvent aléatoire que cette maladie présentera dans le cas particulier qui sollicite notre intervention ». La thérapeutique naturiste interviendra dès lors, et son rôle sera plus étendu que celui de la thérapeutique pathogénique, qui se confondra souvent, pour toutes ces maladies, avec la prophylaxie, c'est-à-dire avec l'hygiène. Toutefois, en y réfléchissant un peu, on se convaincra aisément que tous les problèmes médicaux que soulève l'étude de la thérapeutique ont été passés en revue par M. Bouchard. Ce qui fait le mérite de sa classification, c'est qu'elle répond à toutes les nécessités de la pratique, c'est aussi qu'elle est assez large pour accepter tous les progrès que l'avenir pourra réaliser.

— Nous avons déjà cité, plus haut, quelques-unes des idées émises par M. Hayem dans la leçon d'ouverture de son cours de thérapeutique, leçon qui avait pour titre : *Des diverses branches de la thérapeutique et de la matière médicale, et des rapports de la science avec la pratique.* Sur plusieurs points, en effet, M. Hayem s'était trouvé en communion d'idées avec M. Bouchard, en particulier sur la valeur de la méthode empirique. Mais on se ferait une idée bien fausse de ses tendances et de sa doctrine, si l'on pensait que M. Hayem considère la méthode empirique comme étant toujours recommandable. Tout au contraire, il se pose nettement comme l'un des promoteurs les plus convaincus de la thérapeutique expérimentale. Histologiste éminent, physiologiste ingénieux, M. Hayem devait nécessairement louer les découvertes anatomiques et physiologiques modernes, et s'efforcer de montrer le parti qu'en pourrait tirer la thérapeutique. L'histologie, dit-il, nous a mis en possession du terrain de la médecine expérimentale; elle a spécialisé les phénomènes de la vie dans le protoplasma, matière animée la plus simple, présentant les attributs principaux de la vie (nutrition, accroissement, reproduction), et c'est jusqu'à ce protoplasma qu'il faut poursuivre aujourd'hui la localisation des faits biologiques.

(1) *Revue scientifique*, 1880, p. 122.

« En procédant au déterminisme de ces différents faits, les physiologistes ont été amenés à se servir d'un certain nombre de poisons, dont l'étude a jeté de vives lumières sur les phénomènes physiologiques. Entre leurs mains, ces agents sont devenus des moyens d'analyse d'une délicatesse extrême, grâce à l'énergie avec laquelle plusieurs d'entre eux (curare, strychnine, anesthésiques, etc.) impressionnent certains éléments de nos tissus. » Ces recherches de physiologie ont conduit aux études de thérapeutique expérimentale, et cette science, bien que toujours à l'état embryonnaire, tend à s'affermir davantage chaque jour. On voit que M. Hayem s'est préoccupé surtout de bien établir quelles sont les connaissances nécessaires à celui qui veut intervenir utilement. Il les classe de la manière suivante : 1° la connaissance des moyens d'action, qui est l'objet de la *matière médicale;* 2° l'étude de l'action des agents médicamenteux ou *pharmacodynamique,* comprenant : 1° l'action sur les malades ou *pharmacothérapie;* 2° le mécanisme de l'action de ces agents relevant de la *thérapeutique expérimentale.* La pharmacothérapie ressortit exclusivement à l'observation et à l'expérimentation cliniques. M. Hayem, cherchant à déterminer ses rapports avec la thérapeutique expérimentale, s'efforce de prouver que « l'action thérapeutique d'un médicament est réglée par les mêmes lois que son action dite physiologique »; mais il s'empresse de reconnaître que « les problèmes soulevés par la pathologie humaine ne pourront être résolus, pour la plupart, que d'une manière indirecte, détournée, et que la pharmacothérapie ne sera probablement jamais absorbée en entier par la thérapeutique expérimentale; elle restera toujours, dit-il, l'objet de nos principales études et la base la plus solide de notre pratique ». C'est affirmer que les explications déduites des expériences faites sur les animaux ne sont pas toujours applicables à l'homme; c'est dire que la maladie crée des modifications fonctionnelles que la médecine expérimentale ne peut toujours ni provoquer, ni même prévoir. L'action exercée par le froid sur le tégument externe a été bien étudiée par les physiologistes; mais la physiologie nous dira-t-elle pourquoi un simple refroidissement détermine tantôt un rhumatisme articulaire, tantôt une pneumonie, ou une angine, ou une péritonite? La physiologie nous apprend que certaines lésions de la moelle ou du bulbe déterminent des paralysies vaso-motrices; l'expérience clinique ne prouve-t-elle pas que celles-ci ne sont pas toujours justiciables de l'ergot de seigle ou d'autres médicaments vaso-constricteurs? Reconnaissons donc que les explications fournies au sujet de l'action physiologique des médicaments peuvent aider le médecin à remplir les indications qu'il a su déterminer; mais tenons surtout compte des observations cliniques, qui nous enseignent, non seulement quelle est la valeur d'un médicament dans un cas déterminé, mais encore de combien de circonstances individuelles doit dépendre notre intervention. Reconnaissons surtout qu'« une science aussi complexe que la médecine ne comporte pas une méthode unique. Envisagée dans ses diverses parties, on voit, dit M. Hayem, qu'elle a recours à toutes les méthodes pour atteindre, à l'aide de chacune d'elles, un but particulier. Par l'observation pure, elle acquiert la connaissance de la symptomatologie et de la marche des maladies; par l'empirisme, elle s'éclaire sur les effets des médicaments administrés aux malades, et l'expérimentation ne vient qu'en dernier lieu lui fournir la loi des phénomènes dont elle a déjà acquis la notion ». La doctrine thérapeutique qui doit prévaloir de nos jours n'est donc ni l'empirisme systématique ni le dogmatisme physiologique. Elle doit rester éclectique aussi longtemps que la science médicale sera en voie d'évolution. La thérapeutique, dit à son tour M. Hayem, *est la science des indications et l'art de les remplir.* M. Bouchard, nous l'avons vu, s'est préoccupé surtout de montrer comment l'on peut, en général, arriver à poser les indications et à les bien remplir. M. Hayem s'est appliqué à faire voir par quels procédés on arrivera à mieux connaître les agents dont on se sert dans un but déterminé. Les considérations théoriques qu'ils ont développées tracent à la nouvelle génération médicale les voies qu'elle pourra suivre pour rendre à la thérapeutique le rang élevé qu'elle doit occuper parmi les sciences les plus utiles.

L. Lereboullet.

Sommeil anesthésique produit par application du chloroforme sur la peau.

La Société de biologie a été vivement impressionnée par la communication de M. Brown-Séquard, sur certaines modifications profondes produites rapidement dans les grandes fonctions organiques et les propriétés des tissus nerveux et musculaire, par l'application du chloroforme sur la peau. La netteté des phénomènes observés, leur constance, leur nouveauté absolue, et la facilité de leur démonstration, sont autant de raisons pour que ces expériences soient bientôt répétées avec succès dans tous les laboratoires de physiologie.

Dès maintenant M. Brown-Séquard a pu exposer les résultats de plus de cinquante expériences auxquelles j'ai assisté comme aide. Le point de départ de ces recherches a été un fait inattendu qui se produisit dans le cours des travaux du laboratoire; il s'agissait de sacrifier un cobaye sur lequel une expérience avait été pratiquée quelques mois auparavant. On le plaça sous une cloche où l'on versait de l'éther; l'anesthésie étant lente à se produire; on versa sur la tubulure de la cloche, garnie d'une éponge, une forte dose de chloroforme, de sorte que des gouttes tombèrent entre l'épaule et le cou du cobaye, c'est-à-dire sur la région épileptogène; l'animal eut immédiatement une violente attaque d'épilepsie. On n'en avait jamais vu se produire chez ce cobaye, bien qu'il comptât des épileptiques dans ses ascendants. M. Brown-Séquard voulut élucider ce fait par des expériences immédiatement répétées, et c'est alors qu'ayant versé du chloroforme sur la région de l'épaule et du cou d'un cobaye, il vit apparaître, non plus de l'épilepsie, mais une anesthésie profonde, avec la série des phénomènes qui furent constatés depuis à maintes reprises, et dont le type le plus général peut se résumer de la manière suivante :

Si l'on fait tomber rapidement du chloroforme sur l'épaule d'un cobaye, on voit immédiatement apparaître une contraction réflexe des muscles peaussiers et des muscles sous-jacents; l'animal cherche d'abord à fuir; mais bientôt la respiration diminue, la température s'abaisse; l'animal titube, s'engourdit; il se laisse mettre sur le flanc ou sur le dos, sans essayer de reprendre l'attitude normale; puis il tombe presque subitement dans un état de sommeil anesthésique qui peut durer plusieurs heures, et pendant lequel la sensibilité peut disparaître absolument : l'animal restant inerte dans la résolution la plus complète et dans un état semblable au sommeil anesthésique.

Si l'on opère sur un jeune chat, le résultat est vraiment

saisissant. On sait que cet animal est difficile à anesthésier par le chloroforme, et qu'il se réveille en quelques minutes après la cessation des aspirations anesthésiques, avec une période d'agitation quelquefois effrayante pour ceux qui sont exposés aux atteintes des griffes de la bête devenue furieuse; on comprendra donc que c'est avec un étonnement bien naturel qu'à la Société de biologie chacun a pu manier un jeune chat que l'application locale du chloroforme, pratiquée une heure auparavant, avait plongé dans un sommeil tel que les pincements les plus vigoureux ne produisaient aucun mouvement démontrant une apparence de sensibilité. Cet état, comparable au choc, ou à l'état syncopal qui suit les grands traumatismes, ou encore à l'ivresse profonde, a persisté chez cet animal pendant plusieurs heures, et c'est à peine si de temps à autre quelques mouvements automatiques des pattes semblaient annoncer un réveil prochain.

Tels sont les phénomènes les plus immédiatement frappants que produit l'application locale du chloroforme; ajoutons qu'ils présentent certaines variations suivant l'animal; mais ce résultat capital de la production de la résolution la plus profonde, de l'anesthésie générale, se retrouve chez le cobaye, le lapin, le chat et le chien. Le fait en lui-même présenterait déjà un grand intérêt, mais l'étude des autres phénomènes a montré des résultats d'une importance considérable en physiologie; quelques-uns même sont tellement singuliers ou plutôt si nouveaux qu'il faut les avoir vus pour les accepter. Il est facile à comprendre que la série des phénomènes produits par l'application locale de chloroforme présente des variations, mais nous ne les exposerons pas en détail; il nous suffit d'en retracer les traits principaux; et, comme on va le voir, les faits observés sont déjà bien nombreux. En effet, ce cobaye, ce chat, que nous avions laissés inertes sur notre table, commencent à donner des signes d'activité musculaire ou nerveuse: ce sont des tremblements des quatre pattes; puis l'animal tend à se relever, titubant, prenant l'attitude de paraplégique ou d'hémiplégique qu'il avait présentée avant le sommeil; deux chats ont présenté les signes manifestes du délire; peu à peu l'animal reprend conscience et récupère son activité, et alors il lui reste quelquefois de l'hyperesthésie; si la dose de chloroforme a été forte, surtout si l'expérience a été répétée plusieurs fois, il présente une hyperesthésie considérable, la peau peut être le siége d'une inflammation plus ou moins vive.

L'expérience peut aussi être fatale, soit que la mort survienne brusquement, en quelque sorte par sidération; soit que la mort survienne plus lentement, après qu'on a pu noter une série de symptômes très caractéristiques, tels que des convulsions, de l'épilepsie, la diminution de la faculté réflexe du coté où l'application a été faite, la contraction pupillaire chez le chat ou une dilatation pupillaire considérable chez le chien; puis, la respiration se ralentit, elle est quelquefois seulement thoracique supérieure; le diaphragme semble paralysé, ou du moins il ne se contracte plus que d'un côté; enfin, la température s'abaisse de plus en plus, et l'animal, s'il n'est pas sacrifié par l'ouverture du thorax, meurt subitement, le plus souvent sans convulsions.

C'est alors que le physiologiste peut constater une série de manifestations ultimes qui accompagnent ou suivent la mort, et qui confinent aux problèmes les plus importants de l'étude des fonctions organiques.

L'animal étant ouvert immédiatement après la mort ou au moment où celle-ci semble imminente, les caractères prédominants dans l'aspect des organes sont la turgescence des vaisseaux de l'intestin, de la rate et des autres viscères, et la coloration rouge de ces arborisations vasculaires; l'aorte contient du sang; les deux cavités ventriculaires sont turgescentes, gorgées de sang; le sang de la veine cave a une coloration bien moins noire que normalement: en résumé, on retrouve ici les caractères de la mort dans l'état syncopal.

L'étude de l'excitabilité des nerfs et des muscles offre des résultats bien plus intéressants encore pour le physiologiste; on peut les résumer en quelques propositions: « L'excitabilité des muscles et des nerfs, des membres et du tronc, ainsi que l'excitabilité des nerfs à l'action mécanique, aux courants galvaniques, sont modifiées. » Non seulement, dit M. Brown-Séquard, il suffit d'un courant galvanique relativement très faible pour mettre ces parties en jeu; mais on constate que la persistance de cette irritabilité après la mort est bien plus grande que chez des animaux sains, tués par l'ouverture du thorax. Chez les cobayes en particulier, la persistance de l'excitabilité des nerfs sciatiques et brachiaux a été trois ou quatre fois aussi grande que chez des cobayes non soumis au chloroforme; cette excitabilité a pu durer une heure un quart, au lieu de vingt à vingt-cinq minutes comme on l'observe habituellement.

Des phénomènes non moins importants que les précédents ont été découverts par l'étude de l'excitabilité galvanique des nerfs phréniques et des diverses portions du diaphragme, et cette fois nous devons rapporter les paroles textuelles de M. Brown-Séquard.

« Chez deux chiens et chez plusieurs cobayes, après avoir » ouvert le thorax, on a constaté que le nerf phrénique d'un » côté avait perdu son excitabilité, complètement dans un cas, » ou presque complètement dans les autres. La moitié cor- » respondante du diaphragme avait aussi une diminution » notable de son irritabilité, qui n'a duré que le quart ou le » tiers de temps ordinaire de persistance de cette propriété » dans le muscle après l'ouverture du thorax.

» Ce sont le nerf phrénique et la moitié du diaphragme » du côté opposé à celui de l'application du chlorforme qui » ont été ainsi inhibés, paralysés, non seulement quant à » leur action qui dépend des cellules nerveuses, mais aussi » quant à leur propriété de tissu. » En d'autres termes, le nerf phrénique du côté opposé à l'application du chloroforme, dans certains cas, présente une diminution et même une cessation de son irritabilité galvanique; excité par les courants induits, forts, ou moyens, ou faibles, le nerf phrénique ne fait plus contracter la moitié du diaphragme qui lui correspond, ou bien il faut un courant relativement très fort pour produire ces contractions; enfin, dans un cas que nous ne saurions oublier, *la moitié latérale du diaphragme située du côté opposé à l'application du chloroforme était inexcitable au courant galvanique le plus fort que nous employions habituellement;* l'excitabilité musculaire avait disparu. Phénomène bien singulier, puisque c'est la première fois qu'on signale une perte d'excitabilité musculaire résultant d'une irritation à distance du muscle affecté.

Nous n'insisterons pas sur cette particularité de l'action croisée sur le nerf phrénique et le diaphragme, parce que nous ne voulons pas encore exposer la *théorie* complète de ces phénomènes. Celle-ci, d'ailleurs, peut-elle être déjà constituée? Je serais bien tenté de répondre par l'affirmative, et d'en indiquer les conclusions fondamentales, si je n'étais retenu par la crainte de dépasser la réserve de M. Brown-Séquard, dans un sujet d'études quotidiennes, et qui sera, prochainement, l'occasion de leçons publiques. Cependant,

dès à présent, on peut résumer les traits théoriques caractérisant ces phénomènes. Il s'agit ici d'un de ces phénomènes qui se rattachent à l'inhibition, c'est-à-dire d'arrêt de fonction ; il y a par la peau action à distance sur le système nerveux. Cette inhibition peut aller jusqu'à la syncope simple, la syncope avec asphyxie, ou enfin la syncope avec arrêt des échanges. Et, en effet, cette diminution de température, les modifications dans l'excitabilité musculaire ou nerveuse, la présence du sang rouge dans les veines, du sang dans l'aorte ; cet état syncopal ressemblant en même temps au sommeil anesthésique, au coma de l'ivresse, à la sidération, ou à l'état de choc, offre tous les caractères assignés par M. Brown-Séquard à ce groupe de phénomènes d'inhibition qu'il a décrit sous le nom « d'arrêt des échanges ».

Nous aurons l'occasion de revenir sur ces considérations théoriques et de les développer. Il nous a suffi, pour le moment, d'exposer une série de faits ayant une importance de premier ordre. Ces faits seront reproduits ; la vérification en est facile, un animal et un flacon de chloroforme suffisent pour les traits principaux ; mais il importe, si l'on veut être convaincu, d'éviter une cause d'erreur qui apparaît au premier examen : c'est l'absorption du chloroforme par les poumons.

On évitera cette cause de complication en appliquant sur le museau de l'animal cette même muselière qui sert habituellement aux chloroformisations, mais qui, cette fois, sera terminée par un tube de caoutchouc aussi long qu'il le faudra pour éviter la respiration des vapeurs du chloroforme. J'ajouterai cependant que cette précaution n'est pas indispensable, car M. Brown-Séquard a souvent constaté que la respiration des vapeurs de chloroforme, qui peut se faire dans ces expériences, n'en modifie pas sensiblement les symptômes ; bien plus, hier encore, nous constations que l'injection du chloroforme en lavement chez un chien n'a produit aucun phénomène analogue à ceux que nous venons de décrire, et qui, d'ailleurs, se sont manifestés plus tard chez ce même chien à la suite de l'application du chloroforme sur la peau.

Nous terminons ici cet exposé, et, nous le répétons, la continuation de ces expériences nous obligera bientôt, sans doute, à compléter les points que nous avons laissés à dessein sur un second plan, pour mieux faire ressortir les particularités les plus remarquables d'un fait tout nouveau en physiologie.

Albert Hénocque.

Les bains froids dans la fièvre typhoïde.

La séance de l'Académie a été occupée tout entière par une communication de M. le docteur Raynaud, sur le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids. Cette question a été trop souvent traitée dans la *Gazette* pour qu'il convienne d'apprécier aujourd'hui le discours de M. Raynaud ; l'orateur devant d'ailleurs le terminer dans la prochaine séance. Il est probable que quelques membres de l'assemblée interviendront dans cette discussion. Nous la reprendrons alors dans son ensemble, en mettant en lumière les aperçus nouveaux qui se seront produits sur cette intéressante question. Aujourd'hui, nous ne voulons que constater le très légitime succès et les applaudissements obtenus par l'orateur. Des vues nouvelles, une analyse ingénieuse des symptômes, une exposition animée de plusieurs faits intéressants, expliquent les applaudissements par lesquels l'Académie a accueilli cette communication. B.

Le secret médical.

A l'occasion du mémoire lu récemment à l'Académie de médecine par M. le docteur Fournier, et des remarques présentées par nous sur la partie de ce mémoire qui concerne le secret professionnel, un honorable confrère veut bien nous demander notre avis sur le cas suivant :

Un médecin est appelé auprès d'une dame en proie à une hémorrhagie utérine grave ; il apprend, de la malade elle-même, que cet accident est le résultat d'un avortement provoqué par une sage-femme, qui, du reste, ne s'en défend pas. Le médecin doit-il dénoncer la sage-femme ?

Non, à notre avis. Pourquoi? Parce qu'il dénoncerait en même temps sa cliente, également coupable devant la loi. La justice, une fois saisie de la cause et obligée d'en réunir les éléments, n'aurait pas de peine à arriver jusqu'au corps du délit, à défaut duquel, d'ailleurs, la sage-femme ne pourrait être condamnée, ni même être mise en jugement.

Le médecin, hors du cercle de sa clientèle, peut, comme tout citoyen, dénoncer quiconque aurait pratiqué un avortement criminel. Mais ici même il doit prendre garde à cette considération : que, sa dénonciation frappant toujours l'opérée en même temps que l'opérateur, il ferait un acte peu conforme à son caractère de médecin, et s'exposerait à violer le secret d'un confrère, si, comme dans le cas qui nous est soumis, un confrère était appelé auprès de la malade après l'opération.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude de l'œsophagisme, par le docteur Charles Eloy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite. — Voyez le numéro 46.)

3° *Œsophagisme et lésions du vestibule des voies digestives.* — L'excitation de l'extrémité supérieure de l'œsophage a été la cause de la dysphagie spasmodique dans les observations suivantes, où le spasme a succédé à des inflammations du pharynx et de l'arrière-bouche.

Obs. VIII. — Chez un maître voilier âgé de quarante-cinq ans, sujet aux angines, et atteint depuis quatorze ans de dysphagie, on remarquait l'augmentation du spasme après chaque poussée inflammatoire. Le bol alimentaire, au moment des accès, formait une tumeur au-dessous de l'angle de la mâchoire. Amélioration temporaire par l'ablation d'une amygdale. (Seney, thèse, *loc. cit.*)

Il est probable, étant donnés la formation et le siège de cette tumeur alimentaire, que le rétrécissement spasmodique siégeait vers l'orifice supérieur de l'œsophage. La possibilité du cathétérisme éloigne l'idée d'un rétrécissement organique.

Obs. IX. — Dysphagie spasmodique depuis l'âge de douze ans, chez un homme nerveux, indemne de syphilis, sujet aux angines, et âgé de trente-huit ans. Impossibilité d'avaler les aliments solides et de boire les liquides autrement que par petites gorgées. Les substances froides provoquent surtout les spasmes, qui cessent aussitôt que le bol alimentaire pénètre dans l'estomac. (*Arch. gén. de méd.*, t. XXII, 6e série, 1873, p. 101.)

Obs. X. — Début subit de la dysphagie, après un écart de régime, chez une fille de quatorze ans, convalescente d'une angine

diphthéritique, traitée par le nitrate d'argent. Rejet des aliments sans efforts et sans quintes de toux, par une sorte de vomissement. (Chamaillard, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1846, p. 311.)

La possibilité d'un rétrécissement cicatriciel, après les cautérisations par le nitrate d'argent, l'absence de spasme proprement dit et les vomissements enlèvent à cette observation une grande partie de sa valeur, quoique son auteur en fasse un cas d'œsophagisme par pharyngite.

De plus, nous croyons que ce cas est comparable au fait suivant d'œsophagite avec spasme, que nous empruntons à Gendron (*Arch. gén. de méd.*, p. 296 et 432, 5e série, t. XI, 1858).

OBS. XI. — Femme de soixante-cinq ans, convalescente d'angine couenneuse depuis un mois. Douleur le long du cou. Laryngite persistante. Absence de rétrécissement constatée par le cathétérisme. C'est donc une œsophagite par propagation inflammatoire.

A côté de ces dernières observations, on peut placer probablement les cas de prétendu œsophagisme consécutifs à l'ingestion d'aliments trop chauds, de substances irritantes et toxiques, telles que le sublimé corrosif, les champignons, les fruits de datura et de belladone. Ces substances sont des agents directs d'irritation sur la muqueuse œsophagienne et par conséquent d'inflammation. De plus, les Solanées vireuses, qui produisent des angines par absorption (V. Peter, *Dict. encyclop.*, art. ANGINE), peuvent sans doute, par le même mécanisme, devenir une cause d'œsophagisme.

Les observations VIII et IX sont donc les seules qu'on puisse admettre comme cas d'œsophagisme de cause réflexe; les autres faits sont plutôt des œsophagites nées sur place ou par propagation inflammatoire due à la continuité des tissus.

4° *Œsophagisme et état nerveux.*—En dehors des spasmes simulés ou imaginaires que nous laissons de côté, les faits d'œsophagisme de cause purement nerveuse ne sont pas aussi fréquents qu'on l'admet généralement.

Ce spasme peut se montrer dans les névroses, dans les lésions anatomiques des centres nerveux ; tel est le cas suivant.

OBS. XII. — Dysphagie spasmodique datant de plusieurs années chez un sergent de ville, atteint d'ailleurs d'accidents nerveux et de délire ambitieux, prodromiques de la paralysie générale. Accumulation des aliments au-dessus du rétrécissement spasmodique, situé à l'union du tiers moyen et supérieur du sternum. Traitement par le cathétérisme. (Peter, *Gaz. des hôp.*, 1875, p. 675.)

Brien rapporte aussi un cas d'œsophagisme survenu dans le cours d'une maladie de l'encéphale. (*Anc. Journal de méd.*, t. XIV, p. 320.)

Ce sont là des faits de spasme œsophagien par lésions des centres nerveux. Dans les observations suivantes, ne pouvant invoquer ni lésion anatomique du cerveau ou du bulbe, ni troubles des organes essentiels de l'économie, il faut bien admettre que le spasme est d'origine purement nerveuse. En l'absence de ces causes chez un malade doué d'une vive impressionnabilité, il suffira d'une cause morale, d'une émotion, ou bien de l'impulsion d'un agent physique, pour provoquer le spasme, véritable localisation de l'état nerveux de l'individu.

OBS. XIII. — Hystérique, âgée de vingt ans; dysphagie spasmodique siégeant derrière le larynx. Cathétérisme provoquant le spasme. Constriction autour de la bougie. Guérison par la dilatation au moyen de la pince. Spasme de l'anus traité avec succès par la dilatation. (Broca, *Soc. de chirur.*, 13 juin 1869.)

OBS. XIV. — Garçon de seize ans, très nerveux ; la fin de l'accès spasmodique est marquée par le larmoiement. Sensation d'obstacle à la partie supérieure du sternum. Guérison par le bromure de potassium. (Foot, *loc. cit.*)

OBS. XV. — Homme de soixante ans; dysphagie par accès avec rémission temporaire. Amélioration par le bromure de potassium; retour des accidents dès qu'on cesse son emploi. (Gubler, *Bull. de thér.*, 1864, p. 51.)

OBS. XVI. — Fille de trente ans, hystérique; dysphagie datant de six mois; rejet des aliments solides avec spasme des muscles de la langue et du pharynx. Guérison en six semaines par la strychnine. (Mathieu, *Gaz. méd. de Lyon*, 1852, p. 102.)

OBS. XVII. — Fille de dix-huit ans, hystérique; dysphagie spasmodique coïncidant avec de la dysurie par spasme de l'urèthre. Guérison en six semaines par le cathétérisme. (Gendron, *loc. cit.*)

Il faut noter l'existence simultanée, dans les observations XIII et XVII, de spasmes de l'urèthre et de l'anus accompagnant l'œsophagisme; faits signalés d'ailleurs par les auteurs (Roy-Delorme, *Dict. en 30 vol.*, 1835, p. 577). En même temps que le spasme œsophagien, on peut rencontrer aussi le vaginisme, qui se produit dans les efforts pour franchir l'anneau vulvaire par un mécanisme analogue à celui de l'œsophagisme, dans le passage du bol alimentaire durant le troisième temps de la déglutition (De Roux, *Note sur l'hyperesthésie vulvaire et le vaginisme*, in Acad. de méd., 22 mai 1877). On a encore observé l'alternance de ce spasme avec des névralgies. Tel est le cas, cité par Spring (*Symptomatologie*, 1866, Bruxelles), d'une femme, depuis trois ans affectée d'œsophagisme, qui pouvait avaler les aliments solides seulement quand elle était atteinte de migraine ou de névralgie dentaire.

Dans les deux observations suivantes, l'éréthisme nerveux est seul responsable du spasme œsophagien; et son exagération résulte, dans la première, de l'influence d'agents atmosphériques; dans la seconde, de l'état même de convalescence du malade.

OBS. XVIII. — Début de la dysphagie après un séjour au bord de la mer. Femme douée d'un tempérament très nerveux. Éréthisme à la suite de ce séjour. Guérison par la morphine. (Peter, *loc. cit.*)

OBS. XIX. — Dans une convalescence du choléra, chez un homme de vingt-neuf ans, dysphagie par accès séparés par des intermittences prolongées. Longue durée des accès. L'existence du rétrécissement spasmodique est rendue manifeste par le rejet, après l'ingestion, d'une gorgée de lait, d'un caillot conique de lait caillebotté, ayant la forme et les dimensions de l'œsophage. (Walther Smith, in *Dubl. Journ. of med. sc.*, 1874, 11 mars.)

OBS. XX. — Chez un homme de vingt ans, grièvement blessé à la tête un an auparavant, par un projectile de guerre, dysphagie croissante. Amélioration par le bromure de potassium; mais retour des accidents spasmodiques dès qu'on en cesse l'emploi. Expulsion d'un cône de viande hachée ayant la forme d'un clou, et constituant une véritable empreinte du tube œsophagien. (Roux, thèse de Paris, 1873, n° 105.)

L'expulsion de ces deux bouchons coniques, l'un formé de viande hachée, l'autre de lait caillebotté, et le début du spasme, surtout après de longues maladies, nous ont fait rapprocher l'une de l'autre ces deux observations, où l'état nerveux paraît avoir joué le principal rôle.

Enfin, dans l'observation suivante, l'absence de toute lésion physique des organes de la déglutition ne permet pas d'expliquer le spasme autrement que par l'émotion légitime produite sur le malade par l'agression dont il fut la victime.

OBS. XXI. — Dysphagie spasmodique datant de trois ans, chez un homme ayant des habitudes d'intempérance. Il attribue le début de la maladie à la constriction violente exercée autour du cou par un homme ivre qui l'attaquait. Dans l'intervalle des accès, facilité du cathétérisme. Traitement et amélioration par l'emploi des courants induits. (Foot, *loc. cit.*)

Mondière rapporte, d'après la *Clinique médicale*, t. II, un cas analogue d'œsophagisme consécutif à une contusion de l'œsophage. En l'absence de lésions anatomiques, il faut bien admettre que ces cas sont de cause purement nerveuse.

Dans les deux faits suivants, empruntés à la clinique de

Nélaton, c'est encore un agent physique qui a provoqué le spasme chez des individus doués, par avance, d'une vive impressionnabilité.

OBS. XXII. — Femme ayant, par mégarde, fait tomber sur sa langue une goutte de solution de potasse caustique. Depuis ce moment, vive douleur du côté droit du pharynx; dysphagie complète pour les aliments solides, partielle pour les liquides. Facilité du cathétérisme. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1864, p. 250.)

OBS. XXIII. — Dysphagie ayant débuté brusquement chez un homme vivement interpellé pendant qu'il se curait les dents. Douleur et gêne croissantes de la déglutition; sensation imaginaire d'un corps étranger dans l'œsophage, dont il réclame l'extraction. Cathétérisme facile. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1864, p. 252.)

En dehors de l'œsophagisme symptomatique de lésions anatomiques des centres nerveux, il existe donc une dysphagie spasmodique réelle, non imaginaire, chez des individus naturellement impressionnables. Elle est, par conséquent, de nature purement nerveuse et toujours produite par l'excitation, soit d'un agent d'ordre physique, soit d'une cause émotive d'ordre moral.

5° *Œsophagisme par trouble fonctionnel, de cause locale, des muscles de l'œsophage.* — Les faits qui nous restent à étudier sont d'autant plus remarquables que tous se produisent par un mécanisme identique, et que tous sont justiciables du même traitement.

OBS. XXIV. — Femme de trente-huit ans, blanchisseuse, n'ayant pas d'antécédents. Il y a cinq ans, par mégarde, elle a avalé de l'acide sulfurique; mais aucun accident n'en a été la conséquence. Dysphagie datant de cinq jours, ayant débuté subitement, durant le repas, pendant la déglutition d'une bouchée de pain; depuis, impossibilité absolue d'avaler des solides ou des liquides. La sonde, introduite dans l'œsophage, est arrêtée vers le tiers inférieur, et Axenfeld n'insiste pas, à cause de la violence du spasme qu'elle provoque. Guérison confirmée à la suite de cette unique et incomplète tentative de cathétérisme. (Service d'Axenfeld, observation recueillie par Renault, in *Un. med.*, 1872, 20 juin, n° 73.)

OBS. XXV. — Début pendant le repas, chez un ancien officier, par l'arrêt d'une bouchée d'aliments. Vains efforts pour l'avaler; puis dysphagie spasmodique, suffocation. Guérison par le cathétérisme. (Dieulafoy, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1846, p. 413.)

OBS. XXVI. — Dysphagie spasmodique chez une femme; impossibilité absolue de la déglutition; début subit il y a trois jours. Sensation de résistance légère dans l'exploration au moyen de la sonde. Guérison après une seule séance de cathétérisme. (Dieulafoy, *loc. cit.*)

OBS. XXVII. — Homme de soixante ans, atteint de spasme œsophagien depuis la veille, avec dysphagie absolue. Guérison immédiate par le cathétérisme. (Chamaillard, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1846, p. 311.)

OBS. XXVIII. — Début de la dysphagie depuis la veille chez un homme de cinquante ans. Régurgitation de tous les aliments. Douleur laryngée. Cathétérisme facile. Guérison en trois jours par ce moyen. (Chamaillard, *loc. cit.*)

Les cinq faits précédents ont tous débuté par un arrêt subit du bol alimentaire, par une sorte de faux-pas dans le troisième temps de la déglutition, temps où cet acte n'est plus soumis à la volonté. De ce faux-pas résulte un rapport prolongé de l'aliment avec la muqueuse, une hyperesthésie de celle-ci, qui n'est pas habituée à ce long contact, et finalement l'excitation de la fibre musculaire. Le resserrement spasmodique est donc, selon l'heureuse expression de Peter, « une véritable folie de l'œsophage ». Pour suspendre ces troubles fonctionnels locaux, il suffit de pratiquer le cathétérisme, et au contact de la sonde descendant vers l'estomac la contraction musculaire œsophagienne reprend son caractère de mouvement péristaltique dirigé de haut en bas.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BECQUEREL.

PRÉPARATION D'UNE NOUVELLE SUBSTANCE ALIMENTAIRE, LA NUTRICINE. Note de M. *Ed. Moride.* — Voici le mode de préparation de cette substance :

On fait passer, dans des machines appropriées, de la viande crue désossée et privée de tendons, avec des substances alimentaires azotées, qui ont la propriété d'absorber l'eau de constitution de la viande et peut-être de former avec elle certaines combinaisons organiques encore indéterminées. On sèche le tout à l'air, ou dans une étuve chauffée à basse température; on pulvérise ensuite et on tamise. La poudre qui provient de cette opération est d'une belle couleur grise ou jaunâtre et d'un goût agréable. En l'agglomérant avec de l'eau gommée, de l'albumine ou des graisses, on en constitue des tablettes, des cylindres et des cubes de tout poids, qu'on peut diviser ensuite, selon les besoins, pour en faire des potages, des sauces ou des biscuits.

La nutricine, dit l'auteur, est plus azotée et plus nourrissante que la viande elle-même, puisque, d'une part, elle ne contient ni excès de graisse, ni tendons, ni peau, ni débris d'os, et que, d'autre part, on remplace les 750 grammes d'eau que l'on a enlevés à 1 kilogramme de viande par 750 grammes de pain ou de substances farineuses légèrement étuvées, substances qui contiennent, outre les hydrates de carbone, jusqu'à 2 pour 100 d'azote. (Renvoi à la Commission des arts insalubres.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° Une lettre de M. le docteur Lunier, qui se porte candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale. — 2° Un travail manuscrit de M. le docteur Carteron (de Troyes), intitulé : *Sur un cas d'anévrysme de la partie inférieure de l'artère iliaque externe et de la partie supérieure de l'artère crurale, guéri par un compresseur spécial.* (Présenté en séance par M. Gosselin.)

M. *Larrey* offre à l'Académie : 1° Un petit portrait peint de Fernel; 2° le portrait gravé de Michon; 3° la médaille métallisée d'Orfila, par David (d'Angers).

M. *Henri Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur Janssens (de Bruxelles), deux brochures intitulées : 1° *De l'inspection hygiénique et médicale dans les écoles*; 2° *Prophylaxie administrative contre la propagation des maladies contagieuses et spécialement de la variole.*

M. *le Secrétaire perpétuel*, annonce qu'un comité s'est formé dans le but de provoquer une souscription en vue d'offrir à M. Milne-Edwards une médaille commémorative, à l'occasion de la publication complète de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux.*

M. *Jules Guérin* présente un malade à qui il a pratiqué avec succès l'ouverture d'un abcès du foie par sa méthode sous-cutanée.

SUR LA CHALEUR DE L'HOMME DANS LE MOUVEMENT. — M. le docteur *A. Bonnal* (de Nice) lit un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur la chaleur de l'homme dans le mouvement.*

TRAITEMENT DU RHUMATISME CÉRÉBRAL PAR LES BAINS FROIDS. — M. Maurice Raynaud rappelle que dans une séance précédente, M. *Woillez* a communiqué les remarquables résultats de sa propre pratique, et a exprimé le désir de voir cette question discutée devant l'Académie.

En répondant aujourd'hui à cet appel, M. *Raynaud* déclare d'abord que non seulement il ne récuse pas la part qu'il a prise à l'introduction de cette médication, mais qu'il est prêt à la revendiquer hautement.

Tout en persistant à considérer cette méthode comme la meilleure, il est loin de la considérer comme infaillible, et il a eu lui-même des revers qu'il tient à faire connaître.

Le seul moyen d'arriver à une connaissance complète des indications consiste à faire une analyse détaillée, et des cas favorables, des cas malheureux.

L'indication fondamentale de l'emploi des bains froids dans le rhumatisme cérébral, c'est l'existence de la variété de cette affection caractérisée par deux symptômes essentiels : le *délire* et l'*hyperthermie*. Il existe un autre signe accessoire qui est la suppression de la douleur articulaire. Tels sont les principaux caractères du rhumatisme cérébral dans lequel les bains froids peuvent être utilement appliqués. En somme, pour être autorisé à extraire du calorique d'un malade par les bains froids, il faut qu'il y ait un excès de calorique. C'est là un truisme qu'il n'est pas inutile de rappeler.

M. Raynaud reproche à M. Woillez d'avoir formulé d'une façon précise, et pour ainsi dire mathématique, la manière dont doit être appliquée la méthode. Il faut une certaine latitude qui laisse le praticien libre d'agir selon les indications spéciales. M. Raynaud emploie les bains à une température variant de 16 à 24 degrés. D'autres fois, il emploie la méthode anglaise, qui consiste à donner un bain tiède d'abord, dont on diminue progressivement la température. Dans quelques cas exceptionnels, il se contente simplement des bains tièdes. Il n'y a donc pas là une règle fixe et invariable sur la température que doivent avoir les bains.

La durée du bain est également variable et ne saurait être fixée d'une façon précise, ainsi que l'avait fait M. Woillez. Quelques malades éprouvent un frisson violent au bout de dix minutes ; mais ce n'est pas une raison pour le retirer du bain. M. Raynaud a même prolongé les bains pendant une heure et demie, surtout les premiers, lorsque les malades étaient sans connaissance.

D'après M. Raynaud, le délire du rhumatisme cérébral est caractérisé par l'incohérence des idées et des actes ; c'est là une excitation maniaque qui diffère un peu de celle qu'on observe dans la méningite, et dans laquelle le bain froid est particulièrement indiqué. Il y a également une forme hallucinatoire et quelquefois du coma, quelquefois aussi une sorte de trépidation musculaire caractéristique. Toutes les formes de délire, en un mot, peuvent se rencontrer dans le rhumatisme cérébral.

Après avoir rappelé les principaux symptômes du rhumatisme cérébral, M. Raynaud déclare que les bains froids appliqués méthodiquement triomphent de tous ces accidents ; « *ils peuvent*, dit-il, *ramener un malade du bord de la tombe* ».

L'action favorable des bains froids se manifeste d'abord sur le bulbe et sur les nerfs, qui président à l'entretien de la vie organique, puis sur la moelle épinière, et enfin sur les circonvolutions cérébrales.

L'abaissement de la température à la suite d'un bain d'une demi-heure varie de 1 à 4 degrés. La fréquence de la respiration et du pouls est toujours en rapport avec la température ; elle s'élève et diminue avec elle.

Pour que l'amélioration soit réelle et persistante, il faut des bains d'une certaine durée et répétés assez fréquemment. Le frisson qui survient quelquefois après quelques minutes d'immersion ne doit donc pas indiquer la cessation du bain.

Le médecin qui soigne un cas de rhumatisme cérébral et qui voit la maladie s'aggraver lorsque les douleurs articulaires disparaissent, songe à une métastase et s'efforce de rappeler la douleur du côté de l'articulation. On pourrait donc supposer que le premier résultat du bain froid soit de faire reparaître la fluxion et la douleur vers les articulations. Or, M. Raynaud déclare qu'il n'en est rien et que, dans les cas où la guérison a été obtenue par les bains froids, la douleur n'a pas reparu du côté des articulations.

Lorsqu'on plonge dans le bain froid un malade sans connaissance et, pour ainsi dire, agonisant, on voit d'abord reparaître la trépidation musculaire qui avait cessé aux approches de la mort ; puis le délire se montre de nouveau et enfin la température s'abaisse et le malade reprend connaissance. Mais ce résultat n'est pas toujours obtenu immédiatement, et ce n'est souvent qu'au bout d'un certain nombre de bains qu'on voit disparaître les symptômes. Le médecin ne doit donc pas désespérer de la méthode, et doit persister jusqu'à ce qu'il ait obtenu un abaissement persistant de la température.

M. Raynaud admet qu'en principe le médecin doit s'attacher à étudier les cas malheureux plutôt que les cas favorables, lorsqu'on accepte une nouvelle méthode de traitement. Il n'a eu dans sa pratique que deux cas de mort parmi les nombreux cas de rhumatisme cérébral qu'il a traités par les bains froids. Ces deux cas ont été très instructifs, et il les communique à l'Académie dans tous leurs détails.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille chez laquelle les bains froids avaient fait disparaître tous les symptômes alarmants. Ils furent appliqués pendant près de quinze jours, mais il survint une sorte de pneumonie métastatique qui enleva la malade.

Dans un autre cas, il y eut une sorte de fluxion intestinale à laquelle la malade ne put résister. Dans l'espace de quelques heures, les déjections ont été assez abondantes pour emplir deux seaux. M. Raynaud considère cette fluxion comme une métastase rhumatismale du côté de l'intestin.

— L'heure étant très avancée, M. *le Président* prie M. Raynaud de remettre à la prochaine séance la suite de sa communication.

Cette proposition est acceptée et accompagnée d'applaudissements répétés. Plusieurs académiciens félicitent M. Raynaud pour son remarquable travail.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

A propos du coup de chaleur : M. Colin. — Muguet chez l'adulte : M. Laboulbène. — Rapport sur la peste d'Astrakan : M. Zuber. — Rapport sur les maladies régnantes : M. E. Besnier. — Mort subite après la thoracocentèse : M. Tenneson. — Tuberculose et scrofule : M. Grancher.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Leon Colin* communique une lettre de M. le docteur Coustan, médecin-major, lettre intéressante par les observations d'insolation recueillies, dans la traversée de la mer Rouge, soit par M. Coustan lui-même, soit surtout par M. le professeur Guès, de l'Ecole navale de Rochefort, l'un des médecins les plus distingués de la flotte.

— M. *Laboulbène* dépose sur le bureau une observation de muguet survenu chez un interne des hôpitaux, à la suite d'une angine simple légère. Ses recherches sur ce sujet ne lui ont fait rencontrer qu'un cas analogue publié par Gubler dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* : il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans, atteinte d'angine catarrhale cinq jours auparavant, et qui présentait dans la gorge une plaque blanchâtre que l'examen histologique fit reconnaître pour du muguet. D'autres observations publiées par Gubler, Charcot et Damaschino se rapprochent assez de ce fait, sans être identiques.

— M. *Zuber* offre à la Société son rapport sur la peste d'Astrakan en 1878-79. Il rappelle que, chargé par le gouvernement d'aller étudier le fléau sur les lieux mêmes, il ne put, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, arriver assez à temps pour voir l'épidémie en pleine activité ; il ne put observer que quelques cas isolés n'offrant avec les cas types qu'une ressemblance éloignée. Au point de vue de l'origine de la peste d'Astrakan, il conclut, contrairement aux médecins délégués par la Russie et l'Allemagne, à une importation du côté de la Perse. Il regrette que les difficultés de toute sorte que l'on rencontre dans un pays encore presque sau-

vage ne lui aient pas permis d'étudier la maladie au point de vue des germes.

— M. *E. Besnier* donne lecture de son rapport sur les maladies régnantes pour le troisième trimestre de l'année 1880. La température moyenne (18°,4) a été supérieure à celle du trimestre correspondant, calculée depuis 1806 (17°,6). La hauteur des eaux de pluie s'est montrée, au contraire, inférieure : 141 millimètres au lieu de 147. Les vents dominants ont soufflé du sud et de l'est. Il établit que l'étude de la courbe de la mortalité prise sur un certain nombre d'années démontre la réalité de la conception des constitutions médicales bénignes ou malignes : les oscillations de cette courbe sont parfois trop accentuées pour être un simple effet du hasard ou du déplacement des populations; et si l'on n'invoque plus pour les expliquer le génie épidémique, du moins s'efforce-t-on d'en trouver la cause dans les conditions atmosphériques ou telluriques aujourd'hui à l'étude. Si l'année 1880 n'est pas une année bénigne, c'est à la léthalité particulière de tout un groupe d'affections, principalement des maladies populaires, qu'est dû ce résultat, plutôt qu'à l'accroissement du chiffre des décès dû à la variole. Les conditions du sol spéciales créées par l'hiver de 1879-80 ont eu certainement une influence marquée. Le chiffre des décès a excédé dans les hôpitaux le chiffre moyen calculé pour les mêmes périodes des années précédentes, de 1613 pour le premier trimestre, de 899 pour le second, et pour le troisième seulement de 582 : confirmation de la loi saisonnière abaissant la léthalité pendant les mois d'été.

M. Besnier résume ainsi les notions relatives aux constitutions médicales au point de vue de la mortalité générale : 1° La mortalité générale d'une certaine période d'années permet d'établir, sur des données numériques précises, une année moyenne type, une année excessive, une année bénigne. 2° La constitution médicale annuelle ne modifie pas le plan de la mortalité saisonnière. 3° Une épidémie intercurrente venant grossir le chiffre des décès de l'année, reste indépendante de la constitution médicale annuelle. Le chiffre total des décès, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, pour le 3e trimestre de 1880, a été de 3419. Les affections des voies respiratoires ont subi l'atténuation normale de nombre et de gravité dans la saison d'été. La diphthérie continue la lente décroissance de sa courbe multi-annuelle: 1799 cas pour les neuf premiers mois de 1877; 1630 en 1879; 1571 en 1880, pour la même période. Dans les hôpitaux, le troisième trimestre de l'année a fourni 210 décès sur 296 cas de croup. Les fièvres éruptives ne se soustrayent point aux lois saisonnières. La variole a subi son atténuation régulière en été : 798 cas pour le premier trimestre de 1880; 642 pour le second ; 449 pour le troisième. La rougeole et la scarlatine sont, au contraire, des maladies à paroxysme estival. L'exacerbation anomale de la fièvre typhoïde au commencement de l'année, résultant sans doute de la longue stagnation de la neige et des détritus de toute sorte à la surface du sol pendant l'hiver précédent, aurait pu faire redouter une marche ascensionnelle et une gravité exceptionnelle à l'automne; mais pendant le troisième trimestre la hauteur des eaux de pluie a été suffisante pour maintenir le niveau de la nappe d'eau souterraine, et le chiffre des décès (365) dus à la dothiénentérie est peu supérieur au chiffre moyen (314) de cette période.

— M. *Tenneson* rapporte un cas de mort subite à la suite de la thoracocentèse chez un homme de cinquante-trois ans, robuste et de bonne santé ordinaire, mais atteint d'emphysème pulmonaire ancien. Cet individu, entré le 1er octobre à l'hôpital Necker avec des signes de pleurésie aiguë simple datant de quinze jours, ne présenta d'abord rien de spécial : épanchement moyen, fièvre légère, état général satisfaisant. Dix jours plus tard, l'épanchement n'avait pas diminué et une dyspnée considérable apparut avec des symptômes d'asphyxie menaçante. La ponction, pratiquée d'urgence avec l'aiguille n° 2 de l'appareil aspirateur, donna issue à 1 litre et demi de liquide séreux : aucun incident pendant ou après l'opération; pas de dyspnée, pas d'expectoration albumineuse. A sept heures du soir, le malade meurt subitement. A l'autopsie, on trouve encore 1 litre et demi de liquide séreux dans la plèvre droite tapissée de minces néomembranes; le poumon de ce côté est atélectasié; lésions de pneumonie chronique interstitielle au sommet du poumon gauche, et d'emphysème généralisé. Cœur dilaté, sans hypertrophie : pas de lésions valvulaires. La mort a été trop subite pour résulter d'une sorte de coup de sang pulmonaire produisant l'asphyxie, et l'opération en elle-même ne peut être incriminée, puisque l'évacuation du liquide ne s'est accompagnée d'aucun accident. M. Tenneson pense que, dans ce cas, la mort est le résultat des lésions pulmonaires anciennes et de la dilatation du cœur, et s'est produite par syncope; il a déjà insisté, en 1875, sur les dangers de la thoracocentèse chez les malades atteints d'affections semblables.

— M. *Grancher* fait hommage à la société de son mémoire sur la tuberculose pulmonaire, publié dans les *Archives de physiologie*, et de son article Scrofule du *Dictionnaire encyclopédique*. Il a porté ses recherches sur la nature du tubercule, ses formes anatomiques et son évolution. La nature intime, essentielle du tubercule, est une question à laquelle l'avenir apportera peut-être une solution; quant à présent, il pense que la dégénérescence dite vitreuse, que Virchow attribue à la pression réciproque des cellules, et Cornil à une oblitération vasculaire primitive, est primordiale et se montre dès le début du tubercule élémentaire, par suite d'une dystrophie qui porte même sur les éléments embryonnaires que forme l'économie. La théorie allemande de la dualité de la phthisie était née d'une observation inexacte des diverses formes cliniques du tubercule : la granulation tuberculeuse de Laennec et de Virchow étant la caractéristique anatomique de la tuberculose, une affection aboutissant à l'ulcération pulmonaire sans granulation tuberculeuse devait forcément amener à la création de la pneumonie caséeuse. Les études histologiques modernes montrent que le noyau caséeux, le tubercule géant, qui constitue la lésion de la pneumonie caséeuse, est formé sur le même type que la granulation tuberculeuse; il n'y a là qu'une différence en plus ou en moins; les processus inflammatoires et fibrinoïdes se développent autour du tubercule géant préformé. Il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier la granulation dans ses développements primordiaux, embryonnaires : c'est le tubercule microscopique, ou tubercule de Köster, tubercule élémentaire de Malassez, follicule tuberculeux de Charcot; il présente des caractères constants aujourd'hui bien connus : au centre, une cellule géante entourée d'une couronne de cellules épithélioïdes formant la zone vitreuse et enveloppée d'une autre couronne de cellules embryonnaires; mais peut-être a-t-on une tendance à lui faire jouer un rôle trop considérable. L'évolution du tubercule est, en outre, mal comprise, si l'on admet, avec Virchow, que c'est un néoplasme pauvre, incapable d'organisation; la dégénérescence caséeuse n'est pas la terminaison fatale du tubercule, et l'on sait de façon certaine qu'il peut marcher à la guérison. Il renferme deux éléments: l'un fibreux, susceptible d'évoluer dans le sens de la sclérose; l'autre dans le sens de la caséification; aussi peut-on proposer du tubercule cette définition : une néoplasie *fibro-caséeuse*, à forme nodulaire, à tendance caséeuse, constituant la caractéristique d'une maladie nommée tuberculose. Toutes les formes cliniques, y compris la pneumonie caséeuse, peuvent se grouper autour du type général, le tubercule élémentaire, malgré les différences assez considérables qu'elles paraissent présenter au premier abord. On semble aujourd'hui, surtout à l'étranger, vouloir rayer la scrofule de l'anatomie pathologique et même de la clinique, pour n'y voir que de la tuberculose locale, puisqu'on trouve dans les lésions scrofuleuses le tubercule élémentaire de Köster. M. Grancher combat cette opinion dans

ce qu'elle a d'exagéré; il ne croit pas sage d'admettre que la tuberculose n'est pas représentée par la granulation type et que le tubercule embryonnaire suffit à la caractériser; la granulation est le produit *adulte*, c'est elle qui doit servir de base pour définir l'affection. On se verrait, en s'engageant dans cette voie, conduit à confondre non seulement la scrofule, mais le syphilome et certains sarcomes avec le tubercule, puisque dans tous on retrouve la cellule géante, seule caractéristique pour Schüppel de la tuberculose. Il n'en reconnaît pas moins l'étroite parenté de la scrofule et de la tuberculose, dont les lésions primitives offrent les mêmes caractères histologiques; mais dans la première le tubercule reste à l'état embryonnaire, il évolue et parvient à l'état adulte dans la seconde. La scrofule est, si l'on veut, une sorte de tuberculose atténuée; il faut lui conserver un terrain propre, rétréci peut-être, mais indiscutable.

M. *E. Labbé*, faisant observer que la *diathèse* scrofuleuse est plus franchement héréditaire que la tuberculose; qu'elle semble, d'après les faits cliniques, tenir l'apparition de celle-ci sous sa dépendance, puisque les scrofuleux deviennent souvent tuberculeux sans hérédité, pense qu'il faudrait, au contraire, faire à cette diathèse la plus grande part au détriment de la tuberculose. Il reconnaît néanmoins qu'il y a des tubercules acquis sans hérédité et sans scrofule.

M. *E. Besnier* déclare se rattacher en tout point à la thèse soutenue par M. Grancher, et pense qu'on ne peut mieux interpréter nos connaissances actuelles sur cette question et accorder davantage l'histologie et la clinique.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Hernie inguino-interstitielle étranglée; laparotomie; guérison. — Inutilité et danger du traitement pharmaceutique et topique dans l'épithélioma de la langue. — Genu valgum; ostéotomie linéaire sous-cutanée. — Large perte de substance consécutive à l'ablation d'un maxillaire supérieur; opération réparatrice.

M. *Gillette* lit un rapport sur une observation adressée à la Société de chirurgie par M. *Blum*. Un garçon de quinze ans, ayant soulevé un sac trop lourd, ressentit une vive douleur dans la région inguinale, où il se forma une tumeur du volume d'un œuf de poule : vomissements. Le taxis ne donna aucun résultat. Les vomissements persistaient; facies grippé; pouls à 140. M. Blum reconnut que le testicule droit était appliqué contre l'orifice externe du canal inguinal, mais il ne trouva aucune tumeur. Comme les accidents d'étranglement persistaient, le chirurgien supposa qu'une hernie étranglée avait été réduite en masse, et pratiqua la laparotomie cinquante-neuf heures après le début des accidents. Le doigt, conduit vers l'orifice interne du canal inguinal, y trouva une anse intestinale étranglée par une bride; réduction; suture de la plaie abdominale; guérison. La laparotomie était indiquée dans ce cas, le siége de l'obstacle n'étant pas déterminé.

M. *Després* se demande s'il s'agissait bien d'une hernie véritablement étranglée, et si le malade n'aurait pu guérir sans opération. La laparotomie ne doit être pratiquée que lorsqu'on a fait un diagnostic précis.

M. *Gillette*. La péritonite menaçait quand M. Blum a opéré, et les symptômes se sont apaisés après l'opération. Soupçonnant une hernie réduite en masse, avec la laparotomie on a pu dégager l'anse étranglée.

— M. *Verneuil* lit un travail sur l'inutilité et le danger du traitement pharmaceutique et topique dans l'épithélioma de la langue.

Quand on a annoncé la guérison d'un épithélioma par les moyens médicaux, c'est qu'il y a eu erreur de diagnostic. M. Verneuil n'a pas vu un seul épithélioma qui n'ait été traité par l'iodure de potassium ou par le mercure, avant d'arriver au chirurgien. De plus, le médecin a touché de temps en temps avec un caustique, nitrate d'argent, acide nitrique, etc.

Puisque cette pratique est inefficace et nuisible, pourquoi est-elle si répandue? En voici les raisons. On croit que l'iodure de potassium est un bon médicament contre les néoplasmes; ou bien on suppose un fonds de syphilis, et on donne le mercure. Des médecins n'osent pas effrayer leur malade en proposant l'opération. On croit que la cautérisation est utile pour la guérison de l'ulcère; mais alors c'est la cautérisation destructive qu'il faudrait employer. On croit les cautérisations inoffensives, cela est faux.

C'est une erreur de croire à l'efficacité de l'iodure de potassium dans le traitement des néoplasmes vrais; ce médicament n'a jamais guéri un épithélioma ou un cancer. Quand le mal siége dans les organes où le doute est permis, l'iodure réussit empiriquement; exemples: au rectum, au pénis, au testicule, à la langue. En ces points, il y a des ulcérations qui simulent l'épithélioma et qui guérissent par le mercure et par l'iodure. Mais de ce que la confusion est possible en ces points, ce n'est pas une raison pour ne pas faire le diagnostic quand il est possible. Ce diagnostic est ordinairement facile; on connaît bien les glossites tertiaires depuis les travaux d'Alfred Fournier. On trouve parfois l'épithélioma chez d'anciens syphilitiques; alors, comme la marche du mal est celle de l'épithélioma, il faut agir comme pour l'épithélioma.

Les médecins doutent de l'efficacité de l'opération, croient à sa gravité et à sa difficulté. En effet, l'épithélioma de la langue est une affection grave; mais tous les chirurgiens en ont guéri, surtout quand le mal était au début. Lorsque l'altération est profonde, lorsque le mal date de plus d'un an, qu'il a été irrité par les caustiques, la récidive est presque constante.

Lorsqu'on peut opérer par les voies naturelles, pour un mal peu étendu, la gravité de l'opération n'est pas considérable; sur plus de 200 opérations, M. Verneuil n'a perdu qu'un seul malade, et encore c'est d'une pneumonie. L'opération n'est point difficile; elle est à la portée de tous les médecins.

On dit : Si le traitement médical est inefficace, au moins il est innocent. M. Verneuil répond que la temporisation est toujours funeste; de plus, le traitement par les cautérisations aggrave le mal. L'iodure de potassium n'agit pas, et le mercure hâte la marche du néoplasme. Même si le malade refuse l'opération, ce n'est pas une raison pour donner le mercure ou l'iodure de potassium.

Le chlorate de potasse ne guérit pas l'épithélioma; il guérit les adénomes sudoripares ulcérés et les ulcérations qui ne sont pas épithéliales.

En résumé, les médicaments internes et les topiques n'ont jamais guéri un épithélioma de la langue.

L'iodure de potassium et le mercure sont, non seulement impuissants, mais nuisibles; il en est de même des cautérisations modificatrices.

L'opération pratiquée de bonne heure et dans de bonnes conditions est presque toujours efficace; elle n'est ni dangereuse ni difficile.

Le diagnostic de l'épithélioma lingual est ordinairement facile; les cas douteux sont la grande exception.

— M. *Bauregard* (du Havre) communique une nouvelle opération de *genu valgum* par ostéotomie linéaire et sous-cutanée; guérison. (*Commissaires:* MM. Le Dentu, Terrillon et Berger.)

— M. *Bouilly* lit une observation d'autoplastie de la face

chez un malade qui avait subi l'ablation totale du maxillaire supérieur gauche plusieurs années auparavant. Ce malade a été présenté l'an dernier à la Société de chirurgie.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Anesthésie produite par une irritation de la peau : M. Brown-Séquard. — Hyperesthésie d'origine dyspeptique : M. Leven. — Coagulums rétractiles et non rétractiles des urines albumineuses : MM. Lépine et Cazeneuve. — Nerfs vaso-dilatateurs de la région bucco-labiale : MM. Laffont, Dastre et Morat. — Origine des cylindres hyalins de l'urine : M. Kiener. — Vaisseaux des dents : M. Aguillon. — Action de l'acide osmique sur les préparations : M. Damaschino.

M. *Brown-Séquard* fait une communication sur les effets produits chez certains animaux par l'application locale du chloroforme sur la peau. (Voy. le *Premier-Paris.*)

— M. *Leven* a étudié les troubles de la sensibilité qui accompagnent la dyspepsie et qu'on rapporte à tort à l'hystérie; tandis que cette dernière affection ne développe ordinairement que de l'anesthésie, c'est l'hyperesthésie qui s'observe dans les cas de lésions stomacales. Cette hyperesthésie siège le plus souvent du côté gauche, en des points variés du corps. Sur 90 dyspeptiques, M. Leven ne l'a vu manquer que chez 10 d'entre eux. Cette hyperesthésie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans le jeune âge et jusqu'à trente ou quarante ans; plus tard, au contraire, c'est surtout chez l'homme qu'elle s'observe.

— M. *Dumontpallier* dépose, au nom de MM. Lépine et Cazeneuve, une note en réponse à la communication faite par M. Bouchard, dans la dernière séance, sur les coagulums des urines albumineuses. MM. Lépine et Cazeneuve pensent que la rétractilité et la non-rétractilité de l'albumine coagulée tiennent au milieu chimique dans lequel se fait la coagulation.

— M. *Laffont* revient sur les expériences qu'il a communiquées dans la séance du 16 octobre dernier. Il avait avancé que les effets vaso-dilatateurs obtenus par MM. Dastre et Morat, en excitant le sympathique cervical, étaient dus à une action réflexe sur le noyau d'origine intrabulbaire commun aux trois nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique et spinal. Il vient aujourd'hui rétracter ce dernier point de ses recherches et en expliquer les causes d'erreur.

Si on pratique l'excitation du vago-sympathique chez un chien intact et auquel n'a été administré aucun anesthésique, on voit, si le courant excitateur est de courte durée, c'est-à-dire n'excède pas 10 secondes pour les courants forts, 30 secondes pour les courants faibles, que la pâleur des tissus s'exagère pendant le passage du courant, puis fait place peu à peu à une rubéfaction paralytique qui peut se produire encore pendant le passage d'un courant de longue durée, alors même que les nerfs glosso-pharyngien, pneumogastrique et spinal ont été arrachés par le procédé intracrânien indiqué par M. Laffont. Dans ces expériences, l'animal doit être atropinisé pour qu'il n'y ait pas d'arrêt du cœur pendant le passage du courant.

Dans ses premières expériences, M. Laffont laissait passer le courant jusqu'à effet paralytique du sympathique; il ne considérait que les effets actifs de l'excitation électrique, son attention n'était pas portée sur la paralysie possible du sympathique consécutive à l'affaiblissement du tonus après le travail provoqué ou à son épuisement, pendant un travail de trop longue durée.

Les expériences que M. Laffont répète devant la société sur un chien donnent les résultats suivants : 1° le vago-sympathique droit est réséqué et le ganglion cervical supérieur arraché depuis huit jours; la faradisation de la caisse du tympan à droite provoque la rubéfaction bilatérale de la muqueuse bucco-labiale et linguale; 2° l'excitation du bout céphalique du nerf vague réséqué ne produit pas de dilatation du côté opposé; 3° l'excitation du vago-sympathique intact provoque l'anémie de la région pendant le passage du courant, puis la rubéfaction progressive.

— M. *Dastre*, au nom de M. Morat et au sien, répond aux objections qui ont été faites à leurs expériences démontrant qu'il existe des nerfs dilatateurs dans le grand symphatique du chien. On a dit que la dilatation ne se produisait pas immédiatement après l'excitation du nerf et que cette dilatation était d'ordre réflexe. MM. Dastre et Morat séparent le cordon cervical du grand sympathique du pneumogastrique, coupent l'un des deux pneumogastriques, et excitent le sympathique par un courant faible; le premier effet qui se produit est la dilatation des vaisseaux de la cavité buccale. La dilatation se produit de la même manière si l'on a préalablement détruit le bulbe et la moelle. On l'obtient encore en excitant directement le rameau communiquant de la deuxième paire dorsale, la moelle étant coupée ou non. Enfin, quand on excite le bout central du tronc vago-sympathique, la moitié de la cavité buccale devient rouge, et la langue pâlit du même côté; les deux phénomènes commencent et cessent simultanément, ils ne peuvent donc pas être produits l'un par voie directe, l'autre par voie réflexe.

M. Dastre demande que la Société nomme une commission qui puisse assister à leurs expériences.

— M. *Kiener* a recherché le mode de formation des cylindres que l'on trouve dans l'urine albumineuse. Parmi ces cylindres, les uns sont amorphes et hyalins; les autres sont granuleux et se colorent par l'acide osmique. D'après M. Cornil, les cylindres hyalins proviendraient de gouttelettes qui exsuderaient des cellules épithéliales des tubes contournés du rein, et qui se fusionneraient dans l'intérieur de ces tubes; cette opinion est généralement acceptée.

M. Kiener a constaté la présence de globules transparents, se colorant uniformément sous l'action des réactifs, dans les canaux du corps de Wolff et celle de cylindres hyalins dans tous les tubes du rein de l'embryon. On trouve souvent aussi des globules hyalins dans l'urine de l'homme en bonne santé ne renfermant pas d'albumine; la production de cette matière amorphe et transparente n'est donc pas liée à l'albuminurie. L'existence de globules hyalins à la surface de la muqueuse nasale chez l'embryon, et dans l'intérieur des tubes des glandes sudoripares, prouve que la substance qui constitue ces globules est une sécrétion muqueuse. Dans l'albuminurie, les cellules des tubes urinifères deviennent vésiculeuses, s'ouvrent et laissent échapper une partie de leur protoplasma, qui forme comme une sorte de champignon à leur surface. Dans la néphrite aiguë les cellules s'infiltrent d'abord de gouttelettes hyalines, puis de gouttelettes graisseuses, leur protoplasma s'échappe comme dans le cas précédent pour former les tubes granuleux. Les cellules ainsi dégénérées deviennent pavimenteuses et perdent leurs fonctions.

— M. *Aguillon* décrit des vaisseaux sanguins dans la racine des dents; ces vaisseaux ont été considérés jusqu'à présent comme des canaux de Havers. La présence de ces vaisseaux explique la disparition de l'inflammation après la résection de la racine de la dent, telle que la pratique M. Magitot.

M. *Damaschino* recommande de traiter par l'acide osmique les pièces du système nerveux durcies, soit dans l'alcool, soit dans l'acide chromique. L'action de l'acide osmique délimite mieux les tubes nerveux; dans la paralysie infantile, les altérations des cornes antérieures deviennent plus évidentes.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU

Liqueur de Van-Swieten : M. Blondeau. — Lavage de l'estomac : MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz.

M. *Blondeau* désire voir inscrite dans les comptes rendus de la Société la formule de la liqueur de Van-Swieten. Il rappelle que cet auteur la tenait lui-même d'un médecin de l'impératrice de Russie, sous la forme suivante : Sublimé : 1 drachme (3^{gr},24); — Esprit-de-vin rectifié : 120 onces, et qu'il la modifia en réduisant la dose de sublimé au quart. Vers la même époque, un médecin français, Lebègue de Presle, fixait cette formule comme il suit : Sublimé, 4 grains ; — Esprit-de-vin, 48 onces; chaque once renferme donc 1/12e de grain de sel mercuriel. C'est là la formule que l'on doit conserver.

— M. *C. Paul* donne lecture d'une note sur le lavage de l'estomac. Ce procédé thérapeutique, d'une incontestable valeur, est appelé à fixer la physiologie de la digestion stomacale par l'analyse du contenu du viscère extrait à diverses périodes, et à établir ainsi un lien plus scientifique entre les fonctions de la muqueuse gastrique et sa pathologie; de plus, dans le traitement des empoisonnements il pourra servir puissamment les recherches médico-légales. Pour les premières séances de lavage, qui s'accompagnent toujours d'un peu d'appréhension et de spasme pharyngien, on fera prendre de préférence au malade la position assise ou même couchée, cette dernière ayant l'avantage d'empêcher toute tentative de recul de la part du patient; plus tard, l'opération pourra se pratiquer dans la station verticale; la tête doit regarder directement en avant, cependant on peut la renverser en arrière. On emploiera avec avantage dans les premiers jours, à cause du spasme, le cathétérisme avec la sonde œsophagienne rigide, à laquelle on adaptera un tube flexible pour former le siphon; mais on se servira ensuite du tube mou en caoutchouc, qui est bien préférable : le diamètre de ce tube doit être d'environ 12 millimètres chez l'homme et 10 millimètres chez la femme; la déglutition en sera très facile et les malades arriveront bien vite à pratiquer eux-mêmes l'opération. Le graissage du tube, utile dans les premiers temps, deviendra bientôt inutile; lorsqu'on y aura recours, la meilleure substance à employer sera la vaseline, qui est molle, transparente, inodore, et ne rancit point comme les autres corps gras. Lorsqu'on a pénétré dans l'estomac, il arrive ordinairement que les gaz qui semblaient distendre ce viscère ne s'échappent pas comme on s'y attendait; c'est qu'en effet la pression intrastomacale n'est pas supérieure à la pression atmosphérique, et que la distension résulte seulement de l'inertie musculaire; il en est ainsi, du reste, dans le tympanisme intestinal : il en faut excepter, bien entendu, le cas de distension gazeuse d'une anse d'intestin hernié. Parfois, cependant, le liquide versé dans l'entonnoir ne peut pénétrer dans l'estomac, et l'on voit des bulles gazeuses le traverser et venir crever à la surface; rarement le contenu du viscère est projeté au dehors par les contractions de sa tunique musculaire : M. C. Paul a observé une fois ce fait chez une malade à laquelle il pratiquait le lavage de l'estomac pour des vomissements fécaloïdes persistant après la réduction d'une hernie ombilicale. Il a employé, tout d'abord, la pompe de Mathieu, c'est-à-dire la pompe de Kussmaul ; mais le siphon lui semble préférable, parce qu'il renseigne sur la résistance que le liquide éprouve pour pénétrer dans la cavité gastrique; il suffit ordinairement d'élever l'entonnoir de 1 mètre au-dessus de l'estomac du malade, pour voir une sorte de tourbillon et de dépression conique se produire au centre du liquide contenu dans l'entonnoir et son niveau s'abaisser rapidement; on peut ainsi introduire facilement 1, 2 et même 3 litres de liquide sans provoquer de réaction de la part du viscère. On a employé l'eau de Vichy, les solutions de sels alcalins, d'acide borique et même des liquides antiseptiques, à cause des sarcines extraites dans quelques cas. M. C. Paul pratique d'abord un lavage avec l'eau tiède, puis deux autres avec l'eau de Sail-les-Bains (Loire), qui est riche en silicate de soude, et termine en injectant 200 à 300 grammes de lait; comme antiseptique le thymol lui semble préférable. Il n'emploie les liquides chauds que dans les premières séances, et se sert ensuite de liquides froids, qui ont une véritable action hydrothérapique. Il signale quelques incidents sans importance qui peuvent survenir pendant l'opération, tels que le rejet par la bouche de mucosités filantes sécrétées par le pharynx; ou encore l'arrêt dans l'écoulement du liquide, dû à ce que le tube pénètre trop ou trop peu, ce à quoi il est facile de remédier immédiatement. Les lavages peuvent, dans certains cas spéciaux, être renouvelés deux fois par jour; plus ordinairement on les pratiquera une fois chaque jour ou même tous les deux jours. En résumé, cette méthode est facile à employer, absolument inoffensive; on n'observe aucun accident, pas la moindre hémorrhagie même dans des cas de cancer ou d'ulcère simple; elle fait cesser rapidement les douleurs gastriques, provoque au bout de quatre ou cinq jours l'apparition de selles spontanées, et sous son influence l'appétit ne tarde pas à renaître et le malade à retrouver la santé et l'embonpoint. Il cite plusieurs observations de gastrite avec dilatation, de gastrite alcoolique et de vomissements hystériques, dans lesquelles la guérison a été rapide et complète. Dans le cancer de l'estomac, il croit que ce moyen, bien que simplement palliatif, ne doit pas être négligé; d'ailleurs il se pourrait que l'on eût affaire à un cas de *faux cancer* stomacal, semblable à celui publié par M. Dujardin-Beaumetz, et dont on peut espérer la guérison.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que la pompe actuelle de Kussmaul n'est pas semblable à la pompe de Mathieu; elle porte un levier latéral parallèle au corps de pompe et que l'on fait mouvoir avec le pouce pour obtenir le changement de voie du robinet. Il tient d'un élève de la Faculté de Wurtzbourg les détails suivants sur l'opération telle qu'on la pratique en Allemagne. Le liquide le plus ordinairement employé est le sulfate de soude, à la dose de 10 grammes pour 1 litre d'eau; comme antiseptique on se sert d'un produit presque inconnu en France, la *résorcine*, que l'on extrait des solanées vireuses, en particulier de l'asa fœtida, et que l'on est parvenu à obtenir par les procédés de synthèse au moyen d'un méthyl-phénol; on prépare pour le lavage une solution aqueuse de résorcine au centième. Les médecins allemands se servent ordinairement du siphon, réservant l'usage de la pompe pour les cas de dilatation gastrique, dans lesquels la projection du liquide leur semb e utile pour laver plus facilement toute la surface de la muqueuse. M. Dujardin-Beaumetz a observé récemment un nouveau cas de *faux cancer* avec douleurs vives, vomissements noirs, amaigrissement considérable, cachexie très marquée, mais absence de tumeur épigastrique. Le malade était si faible que le premier lavage dut être pratiqué dans le décubitus dorsal, à cause de l'imminence d'une syncope dans la position assise. Il retira de l'estomac dans cette première séance des détritus de toute sorte, entre autres des pépins de raisin ingéré cinq mois auparavant. Un grand bien-être, la cessation des douleurs, des vomissements, de la gastrorrhagie et le retour de l'appétit se montrèrent rapidement. Il a employé d'abord pour les lavages de l'eau additionnée de 10 gouttes de perchlorure de fer par litre, puis du lait de bismuth, préparation qui lui avait déjà fourni dans d'autres cas d'excellents résultats; en même temps il alimentait son malade avec des lavements de peptone. Peut-on conclure de ces résultats thérapeutiques étonnants à la non-existence d'un cancer de l'estomac? Il n'oserait l'affirmer, car M. Bucquoy

a cité des cas analogues dans lesquels les malades, après une amélioration surprenante, mais passagère, n'ont pas tardé à succomber.

— M. *C. Paul* pense que ces faits joints à ceux publiés par Kussmaul, l'induration pylorique avec hémorrhagies, vomissements et cachexie, sans lésion cancéreuse, doivent au moins faire réserver dans quelques cas le diagnostic souvent trop vite établi de cancer gastrique.

— M. *E. Labbé* a soigné dernièrement, à la Maison de santé, un malade atteint de douleurs stomacales très vives, avec vomissements répétés régulièrement après tous les deux repas, et renfermant parfois des matières noires, et qui était arrivé à un état de cachexie profonde; le lavage de l'estomac et les lavements de peptone ont amené une amélioration inespérée. Il préfère de beaucoup le procédé du siphon à celui de la pompe, et croit qu'on doit l'employer sans hésitation lorsque les méthodes ordinaires de traitement des affections gastriques ne donnent pas de résultat satisfaisant.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Sur une tumeur sanguine de l'iris, par M. J. R. Wolfe (de Glascow).

L'observation du docteur Wolfe est la seconde du même genre, la première ayant été publiée par le professeur Hirchberg. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une ophthalmie double, a conservé une opacité de la cornée de l'œil gauche avec synéchie antérieure de l'iris; l'œil droit présente un iris rendu irrégulier par la présence d'une tumeur située à sa face antérieure et qui semble fixée d'autre part à la face postérieure de la cornée. Cette tumeur est lobulée, de la couleur d'une framboise noirâtre; dans le point de la cornée qui correspond à la tumeur, on voit de larges vaisseaux sous-conjonctivaux qui y aboutissent. Elle présente comme caractère particulier de saigner à des intervalles de quatre à six semaines : la chambre antérieure de l'œil se remplit alors de sang, et la vision est obscurcie pour une semaine ou une dizaine de jours; après quoi le sang est résorbé et la vision se rétablit. En raison des dangers d'une hémorrhagie abondante et d'autres complications probables, M. Wolfe refusa d'enlever la tumeur. Quelque temps après, le malade se présenta de nouveau avec un épanchement de sang tellement abondant dans la chambre antérieure de l'œil, que l'iris était fortement repoussé en arrière. On fit alors la paracentèse de la cornée, et la quantité de sang qu'on retira fut assez considérable pour causer quelque inquiétude. Après l'opération, le malade eut un repos beaucoup plus prolongé qu'auparavant. Six mois après la ponction l'hémorrhagie par la chambre antérieure de l'œil ne s'était pas reproduite.

M. Wolfe ajoute à son observation quelques remarques sur l'opportunité de la paracentèse de la cornée dans d'autres cas que ceux auxquels on la réserve d'habitude; indépendamment de l'hypopion, d'autres affections, comme la cyclite et l'iritis séreuse, sont avantageusement traitées par ce moyen. (*Medical Times and Gazette*, 8 mai 1880.)

Un cas de mort subite par embolie aérienne, par M. Thom. A. Dundar.

Une jeune femme, de bonne santé habituelle, mourut subitement dans sa chambre, et M. Dundar, appelé aussitôt, trouva entre ses cuisses une seringue dont le tube était rempli de sang. A l'autopsie, on rencontra de l'air dans le cœur droit; la quantité en fut évaluée à 3 centimètres cubes environ. L'utérus, qui contenait un embryon de trois mois environ, était perforé en plusieurs points, et un fragment d'aiguille à tricoter, long de trois pouces et demi, était solidement fixé dans ses parois. Le placenta avait été détaché durant la vie. Les docteurs Weaver et Brown, qui firent l'autopsie, furent d'avis que la mort était due à l'entrée de l'air dans les sinus utérins. Le docteur Dundar pense que, dans ce cas, l'aiguille avait été enfoncée violemment dans l'utérus par la femme elle-même, et qu'elle avait eu recours à la seringue après avoir échoué dans sa première tentative. Comme on n'avait trouvé auprès d'elle ni bassin, ni eau, l'auteur se demande si la femme avait voulu injecter de l'air dans son utérus, ou se servir de la seringue pour retirer par aspiration le fragment d'aiguille resté dans l'utérus. En tous cas, dit-il, il n'y a pas de doute que l'entrée de l'air dans les sinus béants n'ait été la cause de la mort.

Il rappelle à ce sujet un cas probablement semblable, rapporté par le docteur Gleason dans le *Boston med. and surg. Journal*, 7 août 1879. Dans ce cas, une femme enceinte d'environ six mois fut soumise à la douche intra-utérine par un docteur Gilson; pendant l'opération elle expira subitement. Une autopsie, soigneusement faite, ne révéla pas *positivement* d'embolies aériennes, bien qu'on ait supposé que la mort était due à l'introduction forcée de l'air en même temps que de l'eau, grâce à une disposition vicieuse du procédé employé. (*The Medical Record*, New-York, 24 avril 1880.)

Sur le priapisme persistant sans rapport avec une lésion du système nerveux central, par M. George L. Peabody.

Une érection permanente survint chez un cocher de vingt-huit ans, sans habitudes d'intempérance ni accidents syphilitiques. Le début de cette érection avait été précédé de plusieurs accès de fièvre avec frissons, d'œdème des membres inférieurs et d'épistaxis; l'érection ne s'accompagnait ni de désirs sexuels ni de perte de substance séminale; elle était limitée aux corps caverneux, et n'empêchait pas le malade d'uriner facilement. On constata chez cet homme l'existence d'une leucocythémie avec gonflement de la rate et des ganglions lymphatiques, œdème des pieds, épistaxis, etc. L'urine était albumineuse. Mais aucun symptôme ne pouvait faire supposer une affection de la moelle.

En présence de ce cas de priapisme chez un leucocythémique, sans maladie du système nerveux central, l'auteur a cherché quel pouvait être le rapport, s'il en existait un, entre le priapisme et la leucocythémie. Il a trouvé dans la littérature médicale quelques faits dont il fait l'énumération, et arrive aux conclusions suivantes :

1° Le priapisme doit être considéré comme un symptôme accidentel de la leucocythémie; 2° cet accident peut survenir sans cause appréciable chez un sujet en parfaite santé, bien qu'il se produise plutôt chez les anémiques; il suit quelquefois les rapports sexuels, bien que cela doive être regardé comme l'exception; 3° il peut durer de quelques jours à deux mois, quelquefois, mais rarement davantage; 4° le priapisme a quelquefois cédé aux saignées abondantes, mais ce mode de traitement ne peut être recommandé que chez les sujets vigoureux; de légères incisions dans les corps caverneux ont pu être suivies de bons résultats, mais elles sont dangereuses à cause de la suppuration prolongée qui les suit; le traitement médical s'est montré complètement inefficace; 5° le pronostic est défavorable, aussi bien à cause de la cachexie dont le priapisme est souvent accompagné, qu'à cause de l'impuissance qui le suit ordinairement; 6° le corps spongieux n'est pas ordinairement affecté. (*The New York Medical Journal*, mai 1880.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'albuminurie chez la femme enceinte, par le docteur Léon Dumas. — Thèse pour l'agrégation, Doin, 1880.

Bien qu'il n'eût à traiter que de l'albuminurie pendant la grossesse, l'auteur de ce travail fort consciencieux a cru devoir agrandir son cadre et nous tracer une histoire à peu près complète de l'albuminurie. Les deux premiers chapitres sont donc consacrés à l'historique de l'albuminurie, à sa pathogénie, à son étiologie générale : lésions des reins, maladies du cœur, fièvre, choléra, etc. L'auteur fait preuve d'érudition dans ces développements, qui n'appartiennent pas d'ailleurs à son sujet et qu'il pouvait supposer connus, et n'aborde l'étude de l'albuminurie gravidique qu'après ces préliminaires trop étendus.

C'est en 1818 que Blackall signala le premier la présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes; mais c'est à Royer (1840) qu'appartient l'honneur d'avoir étudié le premier cette question, au point de vue de la santé de la mère et du développement régulier du fœtus, et c'est à sa suite que s'engagèrent les auteurs, dont les travaux se multiplient sur le même sujet dans ces trente dernières années.

Bien qu'on ait étudié particulièrement l'albuminurie gravidique dans ses rapports avec l'éclampsie, on sait aujourd'hui que les urines peuvent contenir de l'albumine chez la femme grosse, sans troubler sa santé. Les recherches les plus récentes évaluent à un cinquième la proportion des femmes grosse atteintes d'albuminurie. Elle se manifesterait particulièrement vers le sixième mois.

Quand on connaît les conditions sous l'influence desquelles l'albuminurie se produit habituellement, on voit que la plupart d'entre elles se trouvent réunies chez la femme grosse : l'altération du sang est constante; l'eau augmente considérablement; le chiffre des globules s'abaisse; l'albumine diminue; la fibrine augmente à partir du sixième mois.

D'autre part, la pression sanguine est exagérée par le fait de la pléthore séreuse; le cœur se dilate et souvent le ventricule gauche s'hypertrophie. Beaucoup d'auteurs admettent, en outre, que le voisinage de l'utérus gravide détermine une augmentation de pression locale sur les vaisseaux rénaux. Brown-Séquard a même montré que, dans certains cas, en faisant pencher la femme en avant pendant quelques heures, on voyait l'albumine disparaître momentanément des urines. Litzmann soutient que l'albuminurie est constante dans les grossesses gémellaires, et Hubert (de Louvain) fait remarquer qu'on ne l'observe jamais chez les quadrupèdes. Enfin, sans admettre, avec certains auteurs, que l'albuminurie est toujours liée à une altération du parenchyme rénal, il n'en est pas moins vrai que ces altérations sont fréquentes chez la femme grosse, où elles sont d'ailleurs favorisées par les conditions que nous avons déja signalées : l'altération du sang, l'augmentation de pression générale et locale. Quand ces lésions rénales préexistent à la grossesse, il est incontestable que celle-ci les aggrave singulièrement et crée en quelque sorte un terrain favorable à leur développement.

Si on ne recherche pas la modification du liquide urinaire, l'albuminurie peut passer complètement inaperçue et ne provoquer chez la femme grosse aucun phénomène appréciable. Quand elle se traduit pas des phénomènes pathologiques, c'est l'hydropisie, l'anasarque débutant par la face qu'on observe le plus ordinairement. Le pouls est dur, tendu, souvent dicrote; la femme est pâle; l'appétit est diminué; il y a de la tendance aux hémorrhagies. Du côté du système nerveux on note des douleurs vagues, occupant les parois abdominales ou la région lombaire, des troubles sensoriels, des modifications de caractère, de l'agitation, des contractions fugaces, annonçant quelquefois l'invasion d'une névrose plus grave : l'éclampsie.

L'apparition de l'albuminurie gravidique est assez tardive. On ne l'observe guère qu'à partir du sixième mois, principalement dans les huitième et neuvième; un peu plus tard chez les primipares.

La marche des accidents peut être rapide, surtout quand il y a néphrite. Elle est généralement lente dans l'albuminurie sans lésions rénales. Le travail augmente considérablement la quantité d'albumine.

Lorsque l'albumine est uniquement liée à la grossesse, elle cède habituellement avec elle. Quand on la voit persister après la première semaine qui suit la délivrance, il y a lieu de craindre une lésion rénale. On la voit souvent disparaître brusquement, quand le fœtus meurt dans le sein de la mère.

L'influence du travail sur l'albuminurie est reconnue. Litzmann l'a constatée dans 40 pour 100 des cas environ. C'est évidemment l'augmentation de pression qui est ici en cause. C'est une albuminurie mécanique. Elle disparaît rapidement quand elle ne préexistait pas à l'accouchement.

Les accidents qui compliquent le plus souvent l'albuminurie sont l'hydropisie et l'éclampsie. Si beaucoup de femmes albuminuriques échappent à l'éclampsie, il est établi que, dans l'immense majorité des cas, l'éclampsie s'accompagne d'albuminurie; ce qui ne veut pas dire qu'elle en soit la conséquence. Il est plus probable que l'albuminurie et l'éclampsie ne sont que le résultat de l'altération rénale qui trouble profondément les fonctions sécrétoires et détermine dans le sang l'accumulation des éléments que le rein ne sécrète plus.

Blot a particulièrement appelé l'attention sur les hémorrhagies liées à l'albuminurie. Ces hémorrhagies peuvent se manifester dans différents organes; mais elles affectent de préférence l'utérus. L'altération du sang en est certainement la cause principale.

Quant aux troubles de la vision (amaurose albuminurique), l'ophthalmoscope a montré qu'ils étaient dus à une rétinite avec exsudats et foyers hémorrhagiques. L'instrument révèle le plus ou moins d'étendue et de gravité de la lésion qui peut autoriser l'intervention du médecin, en vue de provoquer l'accouchement prématuré.

Nous n'avons pas à suivre l'auteur dans les développements qu'il a consacrés à la recherche et au dosage de l'albumine. Ces recherches n'ont rien de particulier dans l'albuminurie gravidique.

Au point de vue de la valeur séméiologique et pronostique de l'albuminurie, elle dépend surtout de l'état des reins. Ceux-ci sont-ils altérés? Y a-t-il simple trouble fonctionnel? C'est le point important à considérer, et c'est une question dont le microscope seul peut donner la solution.

Dans les cas légers, l'accouchement peut se faire à l'époque normale. Dans les cas graves, il est ordinairement prématuré; et sous ce rapport l'albuminurie a une fâcheuse influence sur la vie du fœtus, dont elle peut en tout cas compromettre la nutrition.

Sur quarante et une femmes albuminuriques, M. Blot a noté dix fois des accidents post-puerpéraux : éclampsie, hémorrhagies, péritonite, fièvre puerpérale. En ce qui concerne le traitement, il ne diffère pas de celui de l'albuminurie en général. Mais il y a ici une question fort discutée : celle de l'avortement provoqué ou de l'accouchement prématuré. A l'étranger ces opérations se pratiquent plus facilement que chez nous. On admet en France, généralement, que l'accouchement prématuré doit être, sauf les cas d'accidents très graves, préféré à l'avortement; et naturellement on doit, en reculant, tant que la mère n'est pas en danger, l'époque de l'intervention, laisser à l'enfant le plus de chances de vie possibles.

Ajoutons enfin que les résultats très encourageants obtenus par M. Tarnier, à l'aide d'un régime lacté rigoureux, rendront plus rares les cas où s'impose une intervention dangereuse pour la mère et pour l'enfant.

B.

VARIÉTÉS

Cours d'histoire de la médecine. — C'est bien le moins que ce journal signale la première leçon du *cours d'histoire de la médecine*, fait cette année à la Faculté de médecine, par le professeur Laboulbène, quand le sujet de cette première leçon a été précisément l'histoire du *journalisme médical*, et qu'un rôle si flatteur y a été réservé à la *Gazette hebdomadaire*. Cette situation particulière nous empêche d'insister sur le mérite de cet élégant exposé et sur le succès qu'il a obtenu; mais on pourra se donner le plaisir d'en prendre connaissance dans l'*Union médicale*, où il est en voie de publication.

Protestation des internes des hôpitaux. — Le corps de l'internat s'est, paraît-il, ému du projet de création d'aides de clinique dans les services de clinique chirurgicale et de places d'internes dans les services de clinique médicale, et a rédigé une protestation, couverte d'un grand nombre de signatures, contre cette modification apportée dans la constitution du corps de l'internat et les rapports difficiles qui pourraient en résulter entre internes et chefs de clinique.

Les médecins-experts de Paris. — Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, que MM. les médecins-experts de Paris venaient de rédiger une protestation contre certaines paroles prononcées par M. le procureur général Dauphin, à la séance de rentrée de la Cour d'appel, et avaient résolu, tout en continuant les expertises commencées, de n'en plus entreprendre de nouvelles. Les paroles incriminées étaient les suivantes :

Les témoins sont appelés; leurs allégations se confirment ou se détruisent; l'accusé n'en sait rien; les expertises se font sans lui, par des hommes pour qui leurs opinions scientifiques personnelles, des négligences inévitables dans des opérations sans contrôle, et la trop longue fréquentation des chambres d'instruction, sont autant de causes d'erreur.

La protestation a été, en effet, envoyée. Elle était signée de MM. les docteurs Beaudoin, Bergeron, Brouardel, d'Heurle, Gallard, Gratiot, Ladreit de Lacharrière, Laugier, Le Paulmier, Piogey, Simonot, Blanche, Bouchereau, Lasègue, Legrand du Saulle, Lunier, Motet et Voisin.

L'incident est terminé depuis que M. le procureur général a envoyé aux journaux judiciaires la note suivante :

Le procureur général près la Cour de Paris a appris que MM. les médecins et chimistes, chargés à Paris des expertises dans les affaires criminelles et correctionnelles, ont considéré une phrase du discours prononcé par lui, à l'audience de rentrée de la Cour, comme impliquant une critique de la manière dont ils accomplissent leur mission. Il tient à repousser cette interprétation, tout à fait contraire à sa pensée et à l'opinion qu'il professe sur le savoir, l'impartialité et le dévouement consciencieux de MM. les experts. Il a voulu seulement, dans une étude théorique, reprocher à la législation criminelle de ne pas placer à côté des expertises un contrôle qui les garantisse contre toutes les causes d'erreur.

On lit, du reste, dans plusieurs journaux :

A la suite d'une entrevue qui a eu lieu hier entre M. Dauphin, procureur général près la Cour d'appel de Paris, et MM. les docteurs Brouardel, Vulpian et Lasègue, les médecins et chimistes chargés des expertises en matière criminelle ont retiré leur démission.

École d'anthropologie. — L'ouverture des cours de l'École d'anthropologie annoncée par erreur pour le 16 novembre, a eu lieu le lundi 15 novembre, à quatre heures.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques et les conférences de physique médicale ont commencé le mardi 16 novembre 1880, sous la direction de M. le professeur Gavarret et de M. Gay, chef des travaux. Ils auront lieu le mardi et le jeudi de chaque semaine, de huit à dix heures du matin. Ces exercices sont obligatoires pour tous les élèves de première année, et nul ne pourra prendre son inscription trimestrielle s'il ne produit un certificat d'assiduité au laboratoire, délivré par le chef des travaux. Les élèves qui ont à préparer le troisième examen du doctorat (ancien régime) pourront être autorisés par le doyen de la Faculté à prendre part aux exercices pratiques de physique.

Les élèves devront se faire inscrire à l'École pratique, au laboratoire de physique, tous les jours, de une heure à trois heures. Ils devront produire : 1° leur carte d'admission, délivrée par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance détachée du registre à souche et constatant le payement des droits.

— Nous renouvelons l'avis suivant :

Association des médecins de la Seine. — Dans sa dernière séance, la Commission générale a déclaré vacante la bourse fondée par l'Association au lycée Saint-Louis, à Paris. Cette bourse, conformément à l'acte de donation du docteur Moutard, est fondée « en faveur du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, Français, reçu dans une Faculté française, pauvre et malheureux, membre ou non de l'Association, vivant ou décédé, que l'Association choisira et désignera ». Les demandes, avec les pièces à l'appui, devront être adressées, avant le 1er février 1881, à M. le docteur Genouville, trésorier de l'Association, 47, rue de Rennes, à Paris.

Le secrétaire général, Orfila.

École de médecine de Reims. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et accouchements sera ouvert, le 12 mai 1881, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Médailles d'honneur. — Des médailles d'honneur ont été décernées en récompense d'actes de courage et de dévouement, aux personnes dont les noms suivent : Kocher (Adolphe), externe en médecine à l'hôpital de Mustapha, département d'Alger. A montré un grand dévouement dans l'exercice de ses fonctions. A été atteint de diphthérie compliquée de paralysie laryngienne en soignant un enfant qui avait le croup. Pendant plusieurs jours sa vie a été en danger. — Rieu (Emile), interne en médecine à l'hôpital de Mustapha. A sauvé un enfant atteint du croup en pratiquant avec succès l'opération de la trachéotomie. A été atteint à cette occasion d'une angine couenneuse.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine, savoir :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe : Rochard, Coquiard, Bodet, Vergniaud, Palmade, Clavel, Griès, Danguillecourt, Arnaud, de Béchon, Chéreux, Jenevin, Gueit.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Hervé, Petit, Chevalier, Fortoul, Trabaud, Le Quément, Duval, Randon, Gimelli, Jouanne, Sauvaget, Lantier, Le Franc, Pongier, Martin, Malaret, Peyronnet de Lafonvielle, Touchet, Giraud, Machenaud, Couillebault, aides-médecins; La Blanchetierre, médecin auxiliaire de 2e classe; Castellan, Parés, Orgeas, Genébrias de Boissé, Pallardy, Bourdon, Bertrand, aides-médecins; Bernard, médecin auxiliaire de 2e classe; Giraud, Zimmer, Guilmoto, Narbonne, Mignon, aides-médecins; Rion-Kérangal, médecin auxiliaire de 2e classe; Bosch, Aubert, Lombard, aides-médecins.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants : Fras, Bédart, Barrau, Sillard, Bellot, Augier, Bosse, Névot, Chassaigne, de Bonadona, Llandrin, Cuirriec, Daliot Ménier, Borius, Pons, Bourrée, Huas, Vian, Branellec, Amiaud, Dumas, Macé, Bourit, Castellan, Gauran, Bellamy, Rançon, Jarri, Lassabatie, Salaün, Guérin, Thomas, Laugier.

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Rouhaud, pharmacien de 2e classe.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les aides-pharmaciens : Pottier, Reboul, Launois, Rigal.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants: Poiron, Hugues, Guéguen, Kérébel.

LÉGION D'HONNEUR. – Sont nommés ou promus dans cet ordre, savoir :

Au grade d'officier : M. Martialis (Mérault), médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : M. Piche (Louis-Marius), médecin de 1re classe de la marine. — M. L'Helgouac'h (Adolphe-Auguste), médecin de 1re classe de la marine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'histologie.* — M. le professeur Robin a commencé le cours d'histologie le samedi 6 novembre 1880, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Accouchements* (cours auxiliaire). — M. Pinard, agrégé, a commencé le cours auxiliaire d'accouchements le mardi 9 novembre 1880, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Cours de physique médicale.* — Chargé du cours : M. Gariel, agrégé, a commencé son cours de physique médicale le lundi 8 novembre 1880, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

HÔPITAL DE LOURCINE. — *Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie.* — M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, commencera ce cours le samedi 20 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis et samedis, à la même heure, pendant l'année scolaire 1880-1881. — *Ordre des travaux :* le mardi, à neuf heures, consultation; le mercredi, leçon sur la gynécologie; le samedi, leçon sur la syphilis.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot recommencera ses conférences cliniques le dimanche 21 novembre, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre. Des cartes spéciales seront délivrées aux bureaux de la direction de l'hospice, sur la présentation des feuilles d'inscription, et des cartes d'étudiant ou de docteur en médecine.

COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. S. Pozzi, agrégé, a commencé le cours auxiliaire de pathologie externe le mardi 16 novembre 1880, à cinq heures (salle Laennec), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Ce cours portera sur les maladies de l'abdomen.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Clinique médicale.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale, dans cet hôpital, le samedi 27 novembre, à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Pathologie et thérapeutique générales.* — M. le professeur Bouchard a recommencé son cours de pathologie et thérapeutique générales le mardi 9 novembre 1880, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Cours de pathologie médicale.* — M. le professeur Jaccoud a recommencé son cours de pathologie médicale le jeudi 11 novembre 1880, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — Le docteur Landolt fera des conférences, dans sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts, le mercredi et le samedi, de deux à trois heures. La leçon du mercredi, plus particulièrement consacrée aux étudiants, portera sur les *maladies externes de l'œil;* celle du samedi aura trait à la *physiologie de l'œil.* Les deux leçons s'appuieront sur des démonstrations cliniques, des opérations et des expériences.

Les conférences commenceront le mercredi 24 novembre.

MALADIES DES YEUX ET DES OREILLES. — M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera le lundi 22 novembre, à deux heures, un cours élémentaire sur les affections des yeux considérées dans leurs rapports avec les diathèses. — Le cours aura lieu le lundi et le jeudi, à deux heures, à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts.

COURS PRIVÉS. — M. le docteur Mallez a commencé son cours de pathologie et de chirurgie de l'*appareil urinaire* le jeudi 18 novembre, à huit heures du soir (amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique), pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure.

Projections photo-micrographiques d'anatomie pathologique de l'urèthre, de la vessie et du rein.

COURS COMPLET DES MALADIES DES YEUX. — Le docteur Galezowski commencera ce cours à l'Ecole pratique de la Faculté, à l'amphithéâtre n° 2, le lundi 22 novembre, à huit heures du soir, et il le continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure. — Ce cours comprendra le diagnostic des maladies externes et internes des yeux. Démonstrations ophthalmoscopiques à la fin de chaque séance.

EAUX MINÉRALES. — M. le docteur Félix Cros est nommé médecin-inspecteur des eaux de la Malou-l'Ancien.

MORTALITÉ A PARIS (45e semaine, du vendredi 5 au jeudi 11 novembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1047, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 46. — Variole, 26. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 9.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 29. — Phthisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 18; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 106; de l'appareil circulatoire, 69; de l'appareil respiratoire, 83; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 24; de la peau et du tissu lamineux, 9; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 3; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 25. — Causes non classées, 4.

Bilan de la 45e semaine. — Nous avons une aggravation sérieuse de la mortalité, puisque nous comptons, sur cette 45e semaine, 1047 décès au lieu de 954 la semaine précédente ou 44e, et 892 pour la 43e. Si nous cherchons à nous rendre compte de ce croît important, nous trouvons d'abord, au point de vue des maladies causes de mort, que plusieurs maladies épidémiques ont multiplié leurs sévices : la fièvre typhoïde, la variole, la diphthérie et la rougeole elle-même. La fièvre typhoïde s'est peu aggravée en général; mais il semble qu'elle tende à peser de nouveau sur la population militaire, qui, dans ces derniers mois, avait été singulièrement épargnée... Quant à la variole, elle nous offre avec constance son noyau *ordinaire* de mortalité autour de l'hôpital Saint-Antoine, à savoir : 3 décès dans le quartier *Sainte-Marguerite*, et 5 dans celui des *Quinze-Vingts!*

Mais *le fait grave entre tous*, sur lequel nous devons appeler toute sollicitude des administrations que ce fait concerne (malheureusement il y en a plusieurs), et auxquelles il appartient d'y porter remède, ce sont les hécatombes par diphthérie dans un quartier du Ve arrondissement, dans le quartier Saint-Victor. La semaine précédente on avait déjà relevé 2 décès de petits garçons de sept à dix ans par diphthérie; cette semaine-ci la même maladie a causé, dans ce même quartier Saint-Victor, 6 décès, dont un seul adulte. En examinant ces décès l'un après l'autre, on ne constate aucun lien de voisinage; mais *tous* les enfants qui en ont été victimes sont âgés de six à dix ans, *tous* sont des garçons, *tous* me sont signalés, dans les *notices statistiques* qui les concernent, comme fréquentant une école laïque du quartier; dès lors on est invinciblement porté à penser que c'est *l'école qui a été le lieu de la contagion.* Il nous semble que c'est là *un fait grave* qui réclamerait une enquête immédiate.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 25 novembre 1880.

Société de biologie : LE SYMPATHIQUE, NERF VASO-DILATATEUR.

Une discussion, qui n'est pas sans importance pour l'appréciation du rôle physiologique du grand sympathique, a été engagée, il y a un mois, devant la Société de biologie. On peut dès à présent faire la part de ce qui a été acquis et de ce qui reste à établir.

Le point de départ du débat est fourni par deux notes présentées à l'Institut, le 16 et le 30 août dernier, par MM. Dastre et Morat. Ces physiologistes annonçaient qu'ils avaient découvert, en des points déterminés du grand sympathique, les nerfs vaso-dilatateurs que l'on cherchait vainement depuis si longtemps dans les nerfs cérébro-spinaux, à savoir : les dilatateurs de l'oreille (chien, lapin, chèvre); les dilatateurs cutanés du membre supérieur et du membre inférieur; enfin les dilatateurs buccaux, dont on ne connaissait point l'origine.

Chose curieuse! Les dilatateurs buccaux sympathiques seraient mis en évidence par l'expérience classique de l'excitation du cordon cervical, faite pour la première fois par Pourfour du Petit (1727) et répétée par Cl. Bernard et Brown-Séquard (1851) pour établir précisément le fait inverse, à savoir l'existence de filets vaso-constricteurs.

C'est sur cette expérience fondamentale que le débat est resté circonscrit.

Le fait affirmé et contredit était le suivant :

Le cordon cervical du grand sympathique, chez le chien, contient des filets vaso-dilatateurs pour la région buccale.

Pour que cette assertion soit une vérité, il faut établir par l'expérience trois points : d'abord, que la dilatation existe lorsque l'on excite le bout céphalique du cordon cervical; — en second lieu, que cette dilatation est directe et non réflexe, c'est-à-dire qu'elle se produit lorsque l'excitation va du point excité au vaisseau dilaté, sans passer par la moelle ; — enfin, qu'elle est primitive, qu'elle n'est point précédée d'une constriction préalable, auquel cas ce serait, en effet, un phénomène de fatigue des vaso-constricteurs, et non un fait d'activité de vrais nerfs dilatateurs.

Ces trois conditions de la définition des vaso-dilatateurs sont-elles remplies? Oui, déclarent les auteurs, et ils donnent leurs preuves.

M. Laffont, au contraire, a nié l'existence de ces conditions. Dans la séance du 13 novembre, M. Dastre a noté les variations de son contradicteur et pris acte de ses rétractations successives. M. Laffont a dit (28 juin 1879) : « La dilatation n'existe pas. » L'expérience a appris qu'elle existait, et ce point est jugé. Il y a accord. En second lieu (16 octobre 1880), M. Laffont a dit : « La dilatation existe, mais elle est réflexe : elle n'est pas directe. » Dans la dernière séance, ce physiologiste a fait amende honorable sur ce point. Il y a de nouveau accord ; la dilatation est directe. Enfin (13 novembre 1880), M. Laffont admet bien que la dilatation existe, qu'elle est directe; mais il conteste qu'elle soit primitive.

MM. Dastre et Morat ont fourni leurs preuves qui semblent péremptoires : c'est d'abord le synchronisme parfait de la dilatation buccale avec la constriction linguale, qui oblige à considérer ces deux phénomènes comme des faits de même ordre, actifs l'un et l'autre ; c'est en second lieu la manière dont se compose la dilatation bucco-labiale, manière dont elle naît, se développe et cesse, et qui l'éloigne des dilatations paralytiques; c'est enfin et surtout l'épreuve directe. En aucune circonstance ils n'ont réussi à manifester la constriction initiale qui, d'après leur contradicteur, précéderait la dilatation.

A cela M. Laffont oppose une expérience. Il excite le cordon vago-sympathique, sans le couper, et il observe une pâleur initiale. L'épreuve a été faite devant les membres présents à la fin de la séance. MM. Dastre et Morat ont signalé sur-le-champ le vice de cette expérience. Le cœur était arrêté. La pâleur de la bouche était une pâleur syncopale, étendue aux deux côtés et remplacée par la rougeur lorsque le cœur reprenait ses battements. Le fait n'avait pas de rapport avec la question. Il faut couper les cordons vago-sympathiques, de manière à ne pas agir sur le cœur, et alors la dilatation est d'emblée, primitive.

Le fait fondamental paraît donc bien établi : nous ne le voyons plus contesté.

Il faut voir maintenant les autres points. Il faut que MM. Dastre et Morat nous disent si *tous* les dilatateurs buccaux passent par le cordon cervical, et par où passent les constricteurs de la région. Il faut, comme ils s'y sont engagés, qu'ils nous expliquent les phénomènes de dégénérescence et l'expérience de Vulpian. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces recherches.

A la dernière séance de l'Académie, avant que M. M. Raynaud eût pris la parole pour terminer sa communication sur le rhumatisme cérébral, M. Ernest Besnier a lu un important mémoire qui établit l'influence exercée par les constitutions saisonnières sur le développement de la fièvre typhoïde. Ce travail, qui résume les recherches entreprises il y a vingt ans par la Société médicale des hôpitaux, et dirigées avec tant de zèle et de talent par M. Ernest Besnier, a été écouté par l'Académie avec une sympathique attention.

HISTOIRE ET CRITIQUE

LES RÉFLEXES TENDINEUX AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE.

Des travaux récents de physiologie expérimentale, parmi lesquels se placent en première ligne les deux mémoires de Tschirjew (*Arch. für Psych.*, 1878, et *Arch. de physiol.*, 1879), et la remarquable thèse de Brissaud (*Recherches anatomo-path. et physiolog. sur la contracture permanente des hémiplégiques.* Paris, 1880), ont singulièrement élucidé la question, hier encore fort obscure, des réflexes tendineux. En même temps se poursuivaient à la Salpêtrière, sous l'inspiration de M. Charcot, et en Allemagne avec Erb, Westphal et leurs élèves, les études cliniques qui assurent désormais à ces phénomènes une place importante dans la séméiotique neuropathologique.

I

On s'explique difficilement que Westphal ait pu contester à l'école française la priorité de la découverte des réflexes tendineux. Car le *phénomène du pied*, le *clonus réflexe du pied*, signalé en 1875 par Erb et Westphal, n'est pas autre chose que la trépidation épileptoïde, l'épilepsie provoquée du membre inférieur connue depuis les travaux de la Salpêtrière. Ce phénomène morbide a été, on le sait, observé pour la première fois dès 1862, par MM. Charcot et Vulpian, dans la sclérose en plaques, puis étudié successivement dans l'hémiplégie avec contracture et diverses affections médullaires (Ordenstein, Joffroy, Dubois, Michaux). Dans le même ordre de faits se place le *phénomène de la main* (Bouchard, 1866), qui consiste dans une rapide trémulation du membre supérieur, que l'on détermine en soulevant par les doigts le bras d'un hémiplégique contracturé.

C'est seulement en 1875, dans les *Archives für Psychiatrie*, que parurent les mémoires d'Erb et de Westphal qui, devenus classiques en Allemagne, y ont donné lieu à une série d'intéressants travaux. On leur doit des notions très nettes sur les phénomènes produits par la contraction du triceps fémoral, déterminée par un coup brusque porté sur le muscle ou mieux sur le tendon rotulien : *réflexe tendineux rotulien* d'Erb, *phénomène du genou* de Westphal. Voici comme on l'obtient chez l'individu sain, et comment, dans les cas pathologiques, on en peut constater, soit la disparition, soit, au contraire, l'exagération morbide. Dans la position assise, une jambe étant croisée sur l'autre, abandonnée à elle-même, « ballante », la percussion brusque du tendon rotulien par le bord interne de la main amène un mouvement de va-et-vient, soulèvement et abaissement de la jambe, à chaque coup porté sur le tendon. Chez l'individu couché, le phénomène identique s'obtient par la même manœuvre, le membre inférieur étant soulevé et maintenu doucement fléchi par la main placée sous le jarret. Point essentiel sur lequel nous aurons à revenir : contrairement à la trépidation épileptoïde, phénomène exclusivement pathologique, le signe du tendon est à peu près constant à l'état normal, comme l'a démontré O. Berger par de très consciencieuses recherches. Il n'en est pas de même de divers réflexes tendineux de même nature, que l'on provoque parfois en percutant les tendons superficiels en général, entre autres celui du triceps brachial au-dessus de l'olécrâne, ou surtout du triceps sural près de son insertion inférieure.

Entrer dans la description détaillée de tous ces phénomènes nous entraînerait trop loin, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur désireux d'approfondir ce sujet à la thèse de M. Petitclerc (Paris, 1880) sur les réflexes tendineux, où il trouvera un exposé complet de la question. Disons, toutefois, quoiqu'il ne s'agisse pas ici, à proprement parler, de réflexes tendineux, que l'on a pu (Erb, Rumpf, Aug. Waller, etc.) déterminer chez certains malades des contractions réflexes dans divers muscles, par la percussion d'os ou de ligaments voisins; faits peu étudiés d'ailleurs et trop complexes pour avoir jusqu'ici une réelle importance clinique.

II

C'est dans les dernières années seulement que des expériences, bien conduites, nous ont fait connaître la nature et le mode de production des réflexes tendineux. Ces recherches ont porté sur le réflexe type, le phénomène du genou. Tandis que Westphal l'attribuait à l'irritation mécanique du triceps provoquée par la percussion de son tendon, Erb le rangeait dans la catégorie des phénomènes réflexes. Cette dernière opinion nous paraît entièrement confirmée par les recherches expérimentales.

En 1877, Schulze et Fürbringer montrèrent qu'après la section du nerf crural la percussion du tendon est impuissante à provoquer la contraction du triceps, alors que ce muscle répond encore aux excitations portées directement sur lui. L'intégrité du nerf crural est donc nécessaire à la production du phénomène ; mais cela ne tient-il pas, pouvait objecter un partisan de la doctrine de Westphal, à ce que la section de ce nerf abolit la tonicité des muscles et supprime ainsi la tension des fibres, indispensable pour que le choc puisse se transmettre du tendon au triceps? Tschirjew (*loc. cit.*) répondit à cette objection en montrant que les courants induits, tout en rétablissant la tonicité du muscle, ne peuvent en amener la contraction alors que le nerf est sectionné. De même la section des racines postérieures empêche la production du phénomène tendineux. Il s'agit donc bien ici d'un réflexe dont les expériences de Schulze et Fürbringer permettaient déjà de localiser le centre dans la moelle, au-dessous de la région dorsale. Burckhardt fit, en 1877, de nouvelles expériences qui, quoique défectueuses à certains égards, démontrèrent que le temps nécessaire à la production des réflexes tendineux est inférieur à celui que demandent les réflexes cutanés; d'où cette conclusion que ces deux variétés de réflexes ont un trajet différent et que l'arc diastaltique du premier est plus court que celui du second.

Tschirjew, dans ses deux mémoires déjà cités, fit faire à la question, par des expériences très ingénieuses, un pas décisif; tout en confirmant les données acquises, il put, par des sections successives de la moelle chez le lapin, localiser le centre du réflexe chez cet animal dans la moelle lombaire, au point d'émergence de la sixième paire ; de plus, en indiquant les voies conductrices du réflexe, il en dessina en quelque sorte l'arc diastaltique complet.

Si le nerf crural représente évidemment la voie centrifuge, quel est le conducteur centripète? En dehors des nerfs tendineux de Sachs, Tschirjew découvrit dans le triceps, et surtout dans son aponévrose d'enveloppement, de petits filets nerveux qu'il considère comme des organes rudimentaires de sensibilité. D'où une hypothèse très admissible : le tendon n'aurait d'autre rôle que celui d'un milieu élastique pour la transmission des vibrations aux terminaisons nerveuses aponévrotiques, point de départ du réflexe.

Enfin Tschirjew chercha à déterminer ce qu'on appelle le « temps réflexe »; il le trouva de 34 à 32 millièmes de seconde; mais ces chiffres ne représentent pas l'état normal, Tschirjew s'étant servi pour ces expériences d'individus atteints d'affections qui exagèrent l'excitabilité médullaire (tabes dorsal spasmodique).

Tout récemment enfin, Brissaud reprit et perfectionna le procédé graphique du physiologiste russe, et, en écartant ingénieusement toute cause d'erreur, il établit que chez l'individu sain le réflexe du genou demande 48 à 52 millièmes de seconde. Puis il l'étudia chez les hémiplégiques contracturés successivement du côté sain et du côté paralysé. Les tracés graphiques qu'il obtint sont très probants. Du côté paralysé, la contraction du triceps est plus prompte (6 à 12 millièmes de seconde en moins); de plus, l'amplitude de la contraction est plus considérable et se fait en deux ou plusieurs temps : polychrotisme qui indique la nature spasmodique du phénomène. Enfin, chose remarquable, le temps réflexe du côté en apparence sain est notablement inférieur au chiffre normal. D'où l'on doit conclure que la réflectivité médullaire est exagérée des deux côtés et que le « côté sain n'est pas tout à fait sain ». Ainsi les recherches physiologiques expliquent certains exemples de mouvements associés récemment signalés : production de réflexes exclusivement pathologiques (Déjérine), ou exagération du réflexe normal (Brissaud) dans la jambe saine chez les hémiplégiques. Enfin, M. Brissaud a remarqué que les malades, et même certaines personnes bien portantes, accusent parfois, à la suite de la percussion répétée du tendon, divers phénomènes douloureux, analogues à une véritable aura et pouvant même aller jusqu'à la production d'accès épileptoïdes (Debove). Il s'agit là, sans doute, d'une légère commotion médullaire.

Ces données physiologiques relatives au phénomène du genou peuvent évidemment s'appliquer aux réflexes tendineux de même ordre, sur lesquels n'a pas encore, à notre connaissance, porté l'expérimentation. Nous n'en exceptons pas la trépidation épileptoïde, que l'école française a toujours considérée comme de nature réflexe. On sait que pour MM. Charcot, Joffroy, elle est due aux contractions violentes des muscles antagonistes, fléchisseurs et extenseurs de la région. Si le signe du pied, contrairement au phénomène du genou, n'existe pas chez l'homme sain, cela tiendrait au mode d'insertion des fibres musculaires de la jambe; la secousse produite par l'ébranlement des orteils s'épuiserait dans les muscles passivement distendus, au lieu d'arriver à la gaine aponévrotique qui renferme les filets centripètes; à l'état pathologique, au contraire, le muscle étant contracturé, la secousse pourrait se transmettre à travers lui jusqu'à ces terminaisons nerveuses. Hypothèse à coup sûr, mais au demeurant fort acceptable et plus satisfaisante que celle des auteurs allemands, sur laquelle il nous semble inutile d'insister.

Les idées que nous venons d'exposer sur la nature des phénomènes tendineux sont aujourd'hui acceptées par la majorité des physiologistes : toutefois elles comptent encore quelques adversaires. Ainsi un des derniers numéros du *Brain* (July, 1880) renferme une note d'un élève distingué de Ferrier, Augustus Waller, où ce physiologiste, reprenant les objections de Gowers, cherche à démontrer que cette manière de voir est inadmissible.

D'après lui, la vitesse du courant nerveux n'étant que de 30 à 50 mètres par seconde et la période « d'excitation latente », temps perdu, durant 0",02 à 0",03, il est mathématiquement impossible de voir dans le phénomène tendineux un réflexe, puisque ce phénomène ne prend que 0",03 à 0",04. Ce raisonnement serait irréfutable si les chiffres invoqués étaient exacts; tout au contraire, on sait aujourd'hui que la vitesse du courant nerveux est de 156 mètres par seconde environ (Bloch, *Archives de physiologie*, 1875), et d'autre part, il résulte d'un travail de Mendelssohn (même journal, mars-avril 1880) que la période d'excitation latente n'est que de 0",006 à 0",008. Ces chiffres empruntés à des travaux très consciencieux étant admis, l'argumentation d'Augustus Waller perd toute valeur, et d'ailleurs l'abolition des phénomènes tendineux à la suite de la section du crural ou des racines nerveuses postérieures, fait incontestable, est de nature à entraîner la conviction.

En résumé, on peut considérer comme très fondées dans l'état actuel de la science les conclusions de M. Charcot : « Les phénomènes tendineux sont le résultat d'actions réflexes; ils ont pour origine les nerfs centripètes aponévrotiques placés entre le muscle et le tendon, nerfs qui se rendent avec les racines postérieures aux cellules æsthésodiques de la moelle, qui sont elles-mêmes en rapport avec les cellules motrices des cornes antérieures; l'arc réflexe est complété par les cellules motrices et par les nerfs moteurs qui en émanent. L'arc des réflexes tendineux n'est pas le même que l'arc réflexe musculo-cutané. »

III

D'une manière générale, *à priori*, le réflexe tendineux normal doit diminuer d'intensité ou même disparaître quand les éléments constitutifs de l'arc diastaltique sont altérés, ou que le pouvoir excito-moteur de la moelle est affaibli; au contraire, il doit s'exagérer et les réflexes exclusivement pathologiques doivent se produire, quand le pouvoir excito-moteur des cellules antérieures vient à s'accroître.

Or la clinique confirme le plus souvent ces données physiologiques. L'étude de la sclérose antéro-latérale est des plus instructives à cet égard; et les faits intéressants consignés dans la thèse de Brissaud et dans le cours de M. Charcot montrent que le clonus du pied, et en général l'exagération des phénomènes tendineux, constituent un des meilleurs signes de l'état spasmodique, symptomatique des lésions des cordons latéraux proto ou deutéropathiques. C'est, nous l'avons vu, dans la sclérose en plaques que la trépidation épileptoïde a été observée pour la première fois, et tous les auteurs s'accordent à lui reconnaître un caractère de constance presque absolu. Quant au tabes spasmodique, dû sans doute à une affection encore indéterminée des cordons latéraux, les réflexes tendineux peuvent y être à ce point exagérés que les mouvements en sont considérablement gênés : *pseudo-paralysie spasmodique*.

Dans le même ordre de faits se place naturellement la contracture posthémiplégique, par dégénérescence secondaire, des cordons latéraux, à propos de laquelle nous devons signaler les idées nouvelles, fort ingénieuses, que MM. Charcot et Brissaud ont émises sur la physiologie pathologique de la contracture, et par suite des réflexes tendineux. On pourrait dans la dégénérescence médullaire des hémiplégiques distinguer deux périodes : la première, période de sclérose avec irritation en quelque sorte dynamique de la cellule motrice, où le pouvoir excito-moteur de la moelle est accru, où la contracture s'accuse peu à peu et où tous les réflexes tendineux sont exagérés; la seconde, période de sclérose avec irrita-

tion destructive de la cellule motrice, où l'arc diastaltique réflexe se brise et où les réflexes tendineux disparaissent en même temps que la contracture fait place à l'hémiplégie flaccide avec atrophie musculaire. Il semble même que les réflexes tendineux fournissent un réactif plus sensible de l'état des cordons antéro-latéraux que la contracture ou la paralysie atrophique des membres; car souvent, au début, alors que la contracture fait encore défaut, qu'il y a seulement imminence de contracture, l'exagération des réflexes tendineux révèle un commencement de dégénération médullaire que l'apparition des autres phénomènes spasmodiques mettra plus tard hors de doute. D'autre part, à la période ultime, de flaccidité, la diminution de ces réflexes pourrait, avant l'atrophie musculaire, faire soupçonner le processus destructif qui frappe les cellules des cornes antérieures. L'étude des réflexes tendineux peut, on le voit, fournir les données les plus utiles au clinicien, à toutes les périodes de l'hémiplégie.

La disparition du réflexe rotulien n'aurait pas, d'après certains travaux fort intéressants, une moindre importance diagnostique dans un grand nombre d'affections médullaires. Que ce phénomène fasse défaut dans toutes les maladies où les cellules motrices sont altérées ou détruites, dans les polyomyélites primitives et secondaires, dans les diverses variétés d'atrophie musculaire, y compris la paralysie infantile, on eût pu le prévoir *à priori*, et chaque jour la clinique enregistre des faits confirmatifs. Quant aux myélites disséminées, non systématiques, variable est le siège des lésions, variable par suite l'état des réflexes tendineux.

Reste l'ataxie locomotrice progressive. La disparition du phénomène du genou, signalée par Westphal en 1878 dans le *tabes dorsalis*, et dès le début de la maladie, est attribuée par Tschirjew à la destruction des fibres commissurales des bandelettes externes des cordons postérieurs; d'où l'impossibilité pour l'excitation partie du tendon de se transmettre aux cellules motrices. D'après Erb, la diminution ou l'abolition du réflexe est un phénomène à peu près constant (55 cas sur 56). Il remarque en outre que, comme les autres maladies où pareil fait se présente, les polyomyélites, s'accompagnent toutes, soit d'atrophie, soit de myoparalysie, l'abolition du réflexe combinée avec la conservation de l'excitabilité musculaire peut être considérée comme un syndrome pathognomonique du *tabes dorsalis* même au début. D'autre part, Kahler et Pick (*Vierteljarschr. für prakt. Heilk.*, 1879) en font un élément important du diagnostic différentiel entre l'ataxie locomotrice vraie et les pseudo-ataxies d'origine cérébelleuse, où le réflexe du genou est conservé. Si la plupart des faits justifient l'assertion d'Erb, n'y a-t-il pas cependant quelques réserves à faire sur le caractère de constance presque absolue qu'on voudrait donner à ce symptôme? A cet égard, on peut invoquer le travail de M. Lane Hamilton (*Boston Journal*, 1878), qui constate la disparition du réflexe dans la moitié des cas seulement, tandis qu'il était conservé ou même exagéré dans les autres. Peut-être ce dernier résultat tient-il à ce que cette statistique embrasse des cas de *tabes dorsalis* compliqué, où la lésion avait, à côté des cordons postérieurs, envahi une partie des cordons latéraux. En résumé, sans se montrer aussi absolu que l'auteur allemand, on doit reconnaître que les faits recueillis sont assez nombreux pour qu'on puisse assigner à l'abolition du réflexe tendineux une place importante dans la séméiologie de l'ataxie locomotrice.

Jusqu'ici nous n'avons recherché les réflexes tendineux que dans les affections médullaires. Hors de là, il faut bien le dire, leur étude est bien peu avancée. On conçoit *à priori* qu'ils peuvent subir certaines modifications sous l'influence de lésions des filets nerveux centripètes et centrifuges. C'est ce que certains auteurs ont constaté dans diverses névralgies, telles que la sciatique. Dans cet ordre d'idées rentre la paralysie diphthéritique, où l'abolition des réflexes a été maintes fois signalée après Westphal par Rumpf, Berger, Buzzard et autres; ce fait s'explique aisément si l'on se rappelle les travaux de Déjérine, qui a décrit dans cette affection une altération des cornes et des racines antérieures de la moelle.

Les réflexes tendineux ont été peu étudiés dans les névroses; toutefois dans l'hémianesthésie hystérique on a pu constater qu'ils étaient exagérés, tandis que les réflexes cutanés sont affaiblis ou même abolis.

Enfin, que deviennent ces phénomènes dans les affections *totius substantiæ* qui amènent une modification, sinon organique, du moins fonctionnelle, de la moelle, et diminuent ou exagèrent son pouvoir excito-moteur, dans les cachexies, comme la phthisie pulmonaire; dans les maladies adynamiques, comme la fièvre typhoïde? Nous ne connaissons sur cette question, si intéressante au point de vue de la pathologie générale, que les recherches contradictoires de Strümpell et de M. Straus, ces dernières rapportées dans la thèse de M. Petitclerc. Problème fort délicat d'ailleurs, vu les difficultés d'exploration dans les affections ataxo-adynamiques, et qui mérite d'attirer l'attention des cliniciens.

L. DREYFUS-BRISAC.

SUR LES ABCÈS DU FOIE, LEUR ASSOCIATION AVEC L'HYPOCHONDRIE ET LEUR TRAITEMENT : M. HAMMOND.

L'intérêt d'actualité que présente le traitement des abcès du foie nous a engagé à donner une traduction abrégée d'une lecture du docteur Hammond, faite à la Société neurologique de New-York, il y a un an. Nous en devons la communication à M. Brown-Séquard, qui a soigné, à Paris, l'un des malades opérés par le docteur Hammond (voy. obs. n° 5).

Bien que nous n'admettions pas les conclusions de l'auteur et que nous ne proposions pas de suivre son exemple, nous croyons utile de faire connaître, ces réserves une fois faites, des faits remarquables qui prouvent combien le diagnostic des abcès du foie peut être obscur, et qui démontrent aussi l'innocuité des ponctions capillaires avec aspiration.

A. H.

Après avoir résumé les opinions des auteurs qui ont écrit sur le diagnostic des abcès du foie, tels que Twining, Geddes, Budd, Copland, Watson, Aitken, Flint, Simon, Stokes, Dutroulau, Rouis, Frerichs, Ranald Martin, le professeur Hammond rapporte ses propres observations.

OBS. I. — B. B. (de New-York), âgé de quarante-cinq ans, souffrant de paralysie spinale, tomba de son lit et se frappa violemment le côté droit contre l'angle d'un seau de bois. Il n'y avait eu, depuis lors, aucune douleur marquée du côté droit, aucune tuméfaction du côté de l'abdomen. Cependant il y avait des troubles gastriques, quelques douleurs dans l'épaule droite et une hypochondrie très marquée. En pressant avec les doigts sur le dernier espace intercostal et un peu en arrière, tandis que les doigts de l'autre main étaient placés sur la surface antérieure du foie, M. Hammond crut sentir de la fluctuation; mais il n'y avait ni fièvre ni troubles qui auraient pu être considérés comme indépendants de la paralysie spinale. Néanmoins, M. Hammond se

détermina à faire la ponction avec l'aiguille de l'aspirateur. Celle-ci fut pratiquée dans le dixième espace intercostal, un peu en arrière d'une ligne verticale passant par le milieu de l'aisselle. A une profondeur d'un pouce trois quarts, le pus commença à affluer, et l'on put en évacuer 15 onces et demie.

Aucun symptôme grave ne suivit l'opération. La santé générale du malade et son état mental furent grandement améliorés; le malade ne conserva que la paraplégie incomplète dont il était atteint, et l'auteur n'a pas appris que l'abcès se fût reproduit.

Obs. II. — E. P. R., un citoyen éminent d'Auburn, était soigné pendant plusieurs année par M. Hammond, pour des symptômes cérébraux résultant d'une légère hémorrhagie cérébrale. En 1876 il vint consulter l'auteur : il éprouvait une grande dépression mentale; l'action du cœur était irrégulière; la digestion troublée, avec des alternatives de constipation ou de diarrhée; les conjonctives étaient légèrement teintes en jaune. Il n'y avait pas de bile dans l'urine. A l'inspection de la poitrine, il n'y avait aucun signe d'abcès du foie; c'est à peine si l'auteur crut sentir une fois une fluctuation obscure. L'hypochondrie du malade était si grande que M. Hammond se décida à pratiquer la ponction. Le pus fut rencontré à la profondeur de 2 pouces sept huitièmes, et il en fut évacué la quantité de 8 onces et demie.

Le malade se rétablit sans aucun accident, l'hypochondrie disparut à jamais, et l'on ne constata aucun signe de récidive de l'abcès, bien que des examens aient été soigneusement pratiqués à plusieurs reprises.

Obs. III. — Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, J. N. C., de West Virginia, qui fut traité pendant une année environ pour des troubles nerveux très complexes, des vertiges, de la surdité, de la dyspepsie portée à un degré extrême, enfin une hypochondrie profonde. « Mon attention, dit l'auteur, fut portée sur l'état du foie; mais l'examen le plus attentif ne démontra aucun changement de volume, aucune exagération de sensibilité; il me sembla cependant sentir de la fluctuation. J'appris que le malade avait, plusieurs années auparavant, souffert d'attaques de malaria, et il vivait dans une région à fièvres de marais. Le 21 août je fis un nouvel examen de l'abdomen, je crus encore sentir de la fluctuation; pour être fixé sur ce point, j'introduisis l'aiguille d'une seringue hypodermique à travers le neuvième espace intercostal, et à la profondeur d'un pouce et demi, en aspirant avec la seringue j'obtins du pus. La ponction aspiratrice fut pratiquée le surlendemain. Une première ponction donne un pus fétide, brunâtre, ne ressemblant pas à celui qui avait été recueilli par la seringue; on fit une seconde ponction sur un autre point, et on obtint du pus non fétide; en somme, on aspira dans deux cavités environ 14 onces de pus. Le malade pendant quelques jours s'est plaint de douleur, de gêne dans la région du foie; il était dans un état nerveux excessif; mais la guérison se fit peu à peu; les symptômes nerveux ont entièrement disparu, le patient a pu reprendre la direction d'affaires de la plus haute importance.

Obs. IV. — W. J. S., âgé de treize ans, avait été traité depuis trois ans pour des symptômes rapportés à une hyperhémie cérébrale et à des troubles gastriques. Il consulta M. Hammond à diverses reprises, et enfin le 22 avril 1878 il revint le voir. A ce moment il souffrait de douleurs dans la tête, d'insomnie et d'hypochondrie la plus manifeste. L'estomac était affecté à ce point que la moindre nourriture causait de la douleur, des pyrosis, des nausées et des vomissements. L'examen de l'urine montra un excès de phosphates, mais pas de traces de bile. La conjonctive était légèrement teintée de jaune. L'émaciation était plus prononcée qu'antérieurement. L'examen de l'abdomen fut pratiqué d'autant plus facilement que la maigreur était prononcée : il n'y avait pas d'augmentation notable du volume du foie; le côté droit de l'abdomen n'était pas plus proéminent que le gauche, bien que le bord inférieur du foie descendît 1 pouce plus bas que normalement; mais cette circonstance s'est souvent présentée à M. Hammond, alors même qu'à l'autopsie l'organe était parfaitement sain. Enfin, il n'y avait aucune sensibilité, à la pression, dans aucun point de la région du foie. Cependant il y avait une fluctuation distinctement perçue quand, les doigts d'une main étant appuyés sur le huitième espace intercostal droit, on pressait brusquement avec les autres doigts un peu au-dessus de l'ombilic. On fit la ponction avec aspiration, et, à la profondeur de 2 pouces trois quarts, on trouva le pus, qui fut évacué en quantité de 8 onces e demie. La guérison se fit en quelques jours et s'est maintenue.

Obs. V. — F. C. S., de Rhode-Island, âgé de quarante-huit ans, manufacturier des plus importants, consulta M. Hammond, en 1877, pour des troubles nerveux et gastriques caractéristiques d'hyperhémie cérébrale; il revint le voir le 7 mai. A ce moment, dit l'auteur, il était dans un état déplorable; le malade avait perdu tout intérêt à la vie, tout en éprouvant les plus sombres appréhensions sur son sort. Il parlait constamment de l'impossibilité qu'il éprouvait de ne pouvoir concentrer sa pensée sur toute autre chose que sur ses propres sensations réelles ou imaginaires, et de passer les nuits dans l'insomnie la plus complète. Il était sûr, disait-il, qu'il allait bientôt mourir ou devenir fou.

Tous ces symptômes établissaient, sans aucun doute, l'existence de l'hyperhémie cérébrale; mais M. Hammond était certain que les autres symptômes, tel que le degré extrême d'hypochondrie, ne pouvaient être attribués à l'état hyperhémique du cerveau. Les troubles gastriques étaient graves; il n'y avait pas d'appétit; la constipation était opiniâtre, avec des alternatives de diarrhée.

« A sa visite, le second jour, dit l'auteur, je fis un examen approfondi de l'abdomen, sans découvrir aucun signe d'une affection » hépatique; mais ayant présente à l'esprit l'expérience des faits » antérieurs, je proposai l'exploration avec l'aspirateur. »

L'opération fut acceptée, et elle fut pratiquée, le 10 mai 1878, en présence des docteurs Alden et Clinton Wagner. Avant de la pratiquer, ces médecins explorèrent la région sans trouver aucun signe local d'abcès hépatique ni aucun des symptômes généraux que l'on considère habituellement comme caractéristiques de la suppuration hépatique. M. Hammond lui-même ne retrouvait aucun signe appréciable; cependant, prenant en considération les résultats de ses opérations antérieures et la bénignité de l'exploration, il se décida à la pratiquer.

Prenant la plus petite aiguille de l'instrument, il l'introduisit dans le onzième espace intercostal, en attirant la peau en haut, de façon que l'ouverture cutanée et celle de l'espace intercostal fussent distantes de plus d'un pouce. Le lieu de la ponction était situé environ à 2 pouces en avant de la perpendiculaire abaissée du milieu de l'aisselle, l'aiguille était plongée en haut et en arrière. A la profondeur d'un pouce, on ouvrit le piston d'aspiration sans résultat, et alors on poussa la pointe lentement un demi-pouce plus loin, et immédiatement un flot de pus remplit l'instrument. Pénétrant encore plus loin, on obtint environ 9 onces de pus crémeux, jaune clair et sans odeur. On laissa l'aiguille, en faisant le vide, pendant quelques minutes, et ensuite on l'enleva. Comme dans les autres cas, il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Le lendemain, le docteur Davis vit le malade en consultation avec le docteur Hammond; il n'y avait eu aucun symptôme fâcheux, et, pour la première fois depuis plusieurs semaines, le malade put dormir pendant toute la nuit. Le malade retournait chez lui sept jours après l'opération. Les symptômes d'hypochondrie, les troubles gastriques, la céphalalgie, avaient notablement diminué, et, dit M. Hammond, « il y a peu de doute que la guérison ne devienne complète » (1).

Dans ce cas l'examen microscopique a été fait incomplètement; mais, dans les autres cas, le microscope avait démontré dans le pus la présence d'une grande quantité de

(1) *P. S.* — Le malado qui fait le sujet de cette observation a été traité à Paris par M. Brown-Séquard, en janvier 1879, et présentait des symptômes de congestion cérébrale et d'irritation spinale, et plus encore d'hypochondrie profonde. Après un traitement de trois mois de durée, il retourna en Amérique parfaitement guéri. Il été revu en juillet 1880 et sa guérison s'était maintenue. A. H.

détritus du tissu hépatique, et dans l'un une grande proportion de pigment.

M. Hammond ajoute que, dans un autre cas, où il fit une exploration par l'aspiration, il trouva le liquide d'un kyste hydatique, et enfin, dans un dernier fait, où il s'agissait d'un habitant de l'Illinois, la ponction avec aspiration ne donna qu'un résultat négatif; ce malade présentait tous les signes qui pouvaient faire suspecter un abcès du foie : l'hypochondrie profonde, les troubles gastriques et intestinaux, la céphalalgie, la coloration jaune des conjonctives, l'émaciation.

M. Hammond pense avoir établi par l'histoire de ces opérations les propositions suivantes :

Les abcès du foie sont probablement beaucoup plus communs chez nous (Amérique du Nord) qu'on ne le suppose généralement.

Ils peuvent exister sans produire aucun symptôme local ou les troubles fonctionnels généraux, que l'on considère habituellement commo caractéristiques de leur présence.

Ils peuvent être associés à l'hypochondrie et à d'autres symptômes de lésions cérébrales.

On devra les ouvrir le plus tôt possible, sans attendre qu'il se forme des adhérences entre le foie et les parois abdominales.

Le lieu d'élection pour l'opération de l'aspiration est l'un des espaces intercostaux; ce point est très important, comme l'a démontré le docteur Davis; l'opération par l'aspiration est exempte de danger; en effet, le docteur Davis n'a jamais constaté de complications à la suite de l'aspiration (1), et le docteur Imenès (de Mexico), sur une centaine de ponctions du foie à travers un espace intercostal, n'a jamais vu l'opération suivie de péritonite; le docteur Tansky (de New-York), dans son article remarquable, exprime la même opinion (2).

Dans tous les cas d'hypochondrie ou de mélancolie, la région du foie devra être explorée avec soin, et même, si la fluctuation ne peut être perçue, ou si aucun autre signe d'abcès n'est découvert, l'aspiration, étant une opération sans danger, devra être pratiquée (*should be performed*).

Si le pus est évacué, on peut s'attendre à ce qu'elle soit suivie de la guérison des troubles de l'intelligence, en même temps qu'elle mot la vie du malade à l'abri des conséquences probablement fatales de l'abcès du foie.

Enfin, si l'on ne découvre pas d'abcès, le malade restera dans un état qui n'est pas pire que celui qu'il présentait avant l'opération.

Ce mémoire se termine par des considérations pathogéniques et physiologiques sur les rapports qui peuvent exister entre les suppurations hépatiques et les lésions cérébrales.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Fracture de la base du crane; luxation ovalaire du fémur droit, chez le même sujet, par le docteur Servier. (Observation recueillie et autopsie pratiquée par M. le docteur Berlin, médecin aide-major.)

L'histoire des grands traumatismes est toujours intéressante; elle est souvent instructive, soit pour les praticiens, soit pour les anatomo-pathologistes; c'est à ces derniers que s'adresse l'observation que je publie ici.

Obs. — Dans la soirée du 29 mars 1880, lundi de Pâques, deux soldats du 135e de ligne, casernés au bastion n° 34, se tenaient à une fenêtre de leur chambre située au deuxième étage; l'un d'eux était appuyé sur la traverse de la fenêtre, l'autre, par derrière, se penchait sur les épaules de son camarade. Tout à coup, la traverse vint à se rompre, et les deux malheureux furent précipités sur le pavé. La chute était profonde, car ce deuxième étage est à une hauteur de 15 à 16 mètres. Chose singulière, un de ces hommes, précisément celui qui s'appuyait directement sur la traverse, n'eut presque pas de mal, tandis que l'autre était atteint de lésions mortelles.

Tous deux furent apportés à l'hôpital Saint-Martin. Nous ne nous occuperons pas du premier, qui ne présentait autre chose qu'une double entorse tibio-tarsienne, et une entorse du genou droit. C'est à peine si l'on remarquait chez lui quelques phénomènes de commotion cérébrale. Le lendemain, il était parfaitement remis de la secousse éprouvée, et aujourd'hui, 20 avril, il peut, sans béquilles et sans canne, se promener dans les cours de l'hôpital.

Quant à l'autre, il n'en était pas de même. Nous le trouvâmes dans un état de torpeur accentuée, mais n'ayant cependant pas perdu toute connaissance, et répondant encore, mais brièvement, aux questions banales qu'on lui adressait. Il se rappelait son nom, son pays, le numéro de son régiment; il savait qu'il avait fait une chute; il nous a même dit qu'il s'était mis à la fenêtre pour voir passer les convois sur le chemin de fer.

La sensibilité cutanée, interrogée rapidement par l'exploration de toutes les parties du corps, nous a paru intacte.

Il ne présentait aucune plaie, ni à la tête, examinée avec grand soin, ni sur aucun autre point; nous remarquâmes seulement deux excoriations légères, peu étendues, l'une au niveau de la région sus-orbitaire du côté droit, l'autre à la peau du menton, du même côté.

Du sang, en médiocre abondance, s'écoulait par le nez et par l'oreille gauche. La face était légèrement boursouflée; les paupières, rouges, tuméfiées, se dessinaient en saillies très accusées; un moment nous avons pu croire à une double exophthalmie. Ecartant les paupières avec difficulté, nous pûmes reconnaître des deux côtés des ecchymoses sous-conjonctivales.

On percevait une sensation très évidente de crépitation au niveau des os propres du nez; une légère pression exercée sur le maxillaire inférieur droit provoqua immédiatement les plaintes du blessé. La douleur ainsi éveillée en ce point était le signe unique d'une fracture probable du maxillaire; on ne constatait là ni crépitation, ni déplacement des parties.

Indépendamment des graves lésions du crâne, dont le diagnostic n'était pas douteux, non plus que le fâcheux pronostic, on constatait chez ce malheureux une luxation de la cuisse droite, en bas et en dedans, luxation ovalaire.

C'était un homme perdu; il devait ou succomber rapidement au premier éveil de l'inflammation, contre laquelle sa puissance vitale ébranlée et affaiblie par le choc traumatique n'aurait pas la force de réagir, ou survivre jusqu'à la fin du développement des phases de la méningo-encéphalite, dont nous ne nous flattions pas d'empêcher l'explosion ou d'enrayer le cours. Il ne fallait cependant pas l'abandonner; nous instituâmes un traitement antiphlogistique, consistant dans l'emploi de la méthode de Gama, et l'administration du calomel à doses réfractées.

Le lendemain, les ecchymoses sous-conjonctivales et sous-palpébrales, le boursouflement de la face et, en particulier, des régions nasales et orbitaires étaient plus accentués que la veille. L'écoulement de sang, ou de tout liquide, par le nez ou par l'oreille gauche, était complètement arrêté. Le malade, très agité, poussait des gémissements sourds et continus; quand on l'interpellait, il sortait un peu de sa torpeur; il reconnaissait notre présence et répondait encore à nos faciles questions. Puis, l'agitation alla toujours en croissant; le blessé remuait sans cesse les bras et la jambe gauche, mais le tronc et la cuisse droite luxée demeuraient immobiles. Constamment il portait les mains à sa tête : il tirait à lui ses couvertures et les déchirait; il chantonnait, parlait entre ses dents avec une certaine prolixité. Cependant, le pouls battant avec une médiocre intensité, ni dur ni serré, restait à peu près normal; on comptait de soixante-dix à quatre-vingts pulsations par minute.

Enfin, notre pauvre blessé mourut le 1er avril, à onze heures du soir, quarante-huit heures environ après son accident, sans avoir

(1) Le docteur Davis a publié dans le *New York medical Journal* (juin 1878) un mémoire important sur les abcès du foie.

(2) Docteur Tansky, *Some remarks regarding Abcess of the Liver, etc.* (*Medica Record*, 20 avril 1878.)

présenté de symptômes particuliers, ni coma, ni convulsions, ni contractures, paralysies, vomissements, etc. Il succombait au choc traumatique.

Nous ne nous étions pas occupés activement de la luxation de la cuisse, jugeant que dans l'état où était ce malheureux toute intervention serait inopportune. Comme je l'ai dit, le membre luxé resta à peu près immobile; il était dans la rotation en dehors, avec flexion permanente de la cuisse sur le bassin, presque à angle droit, et flexion habituelle du genou, tout à fait dans l'abduction, si bien que pour qu'il fût facilement soutenu nous avions approché un lit de celui de notre malade; la cuisse luxée, au moins le genou, reposait le plus souvent sur ce lit voisin.

Autopsie pratiquée trente-quatre heures après la mort. — Aspect extérieur. Sujet vigoureux, fortement musclé, assez gras. La face est boursouflée, œdématiée, sans infiltration emphysémateuse. Deux larges ecchymoses occuppent les paupières supérieures, surtout la droite; elles leur donnent un volume tel que le globe de l'œil est complètement recouvert. En soulevant les paupières, on aperçoit des deux côtés une infiltration sanguine sous-conjonctivale intense, qui, au niveau de l'angle externe de l'œil, transforme la conjonctive en un bourrelet rouge violacé, recouvrant en partie le globe de l'œil. Les yeux sont sains; pas d'exophthalmie. Contusion légère de la peau au niveau de la région sus-orbitaire du côté droit. La peau du menton, du même côté, dans une étendue de 4 centimètres carrés environ, est également contuse et excoriée. L'excoriation ne dépasse pas les couches les plus superficielles du derme. Pas de sang dans la bouche, ni dans les narines; le conduit auditif externe du côté gauche est rempli de caillots noircis et desséchés; rien dans le conduit auditif du côté droit.

La cuisse droite est fléchie sur le bassin, à peu près à angle droit, dans l'abduction et la rotation en dehors. Au-dessous du pli génito-crural, les muscles adducteurs sont soulevés par une saillie que forme manifestement la tête du fémur.

En dehors des lésions que nous venons de décrire, le reste du cadavre ne présente aucune altération pathologique. En aucun point on ne constate la moindre plaie, la moindre trace de contusion, la moindre déformation du squelette.

Examen du crâne. — Une incision transversale, allant d'une apophyse mastoïde à l'autre, est pratiquée sur les téguments épicrâniens; les deux lambeaux sont rabattus en arrière et en avant. Au niveau du crâne, pas de contusion des parties molles, pas de foyers hémorrhagiques, pas de décollement du périoste. Au niveau des bosses frontales, les parties molles sus-périostiques sont le siège d'une infiltration sanguine considérable, qui se continue dans le tissu cellulaire des paupières et de la racine du nez; elles expliquent les énormes ecchymoses que nous avons signalées dans ces régions. Mais le périoste n'est pas décollé; aussi le sang épanché n'a-t-il pas fusé dans les régions profondes de la cavité orbitaire.

Extérieur du crâne. — Sur la bosse frontale droite on voit trois fêlures : de la partie moyenne du rebord orbitaire droit part une fêlure qui remonte verticalement dans une étendue d'environ trois centimètres; de l'extrémité supérieure de cette fêlure en part une seconde, qui lui est perpendiculaire, et se dirige vers la ligne médiane; à la partie antérieure de la fosse temporale droite, au niveau des sutures sphéno-frontales et sphéno-jugales, les os sont réduits en plusieurs fragments et déprimés vers l'intérieur du crâne; de ce point part une légère fêlure, à concavité inférieure, se dirigeant vers la bosse frontale droite, au-dessus des deux fêlures précédentes.

Sur la face externe de l'apophyse mastoïde gauche existe une petite fêlure partant de la partie postérieure du conduit auditif externe, longue d'environ deux centimètres, à concavité supérieure. Dans la cavité glénoïde du temporal, du même côté, on voit un trait de fracture occupant tout le grand diamètre de cette cavité, en arrière de la scissure de Glaser et dirigé parallèlement à cette scissure.

Intérieur du crâne. — La voûte crânienne est enlevée au moyen d'un trait de scie. Aucun épanchement entre l'os et la dure-mère, aucun décollement. La dure-mère est incisée d'avant en arrière, puis rabattue sur les côtés; elle adhère médiocrement aux membranes sous-jacentes. Les vaisseaux de la dure-mère sont très injectés, les veines notablement dilatées, les sinus gorgés de sang; au niveau du pressoir d'Hérophile, en particulier, on trouve une notable quantité de sang noirâtre. La convexité des deux hémisphères présente une coloration d'un rose vif; pas de pus, pas d'épanchements liquides notables, mais une mince nappe de sérosité louche. En somme, lésions indiquant une méningite au début, n'ayant pas eu le temps d'arriver à la suppuration. Mêmes lésions à la base; ici encore pas de pus ni d'épanchement appréciable; les sinus latéraux sont gorgés de sang.

Le cerveau présente, à la coupe, un piqueté hémorrhagique considérable dans toute l'étendue de sa masse. Pas d'épanchements dans les ventricules. Au niveau de l'extrémité postérieure du lobe occipital gauche, on constate qu'une portion de la substance cérébrale, du volume d'une petite noix, est transformée en une masse d'un rouge grisâtre, infiltrée de sang, entourée d'un piqueté noir qui ressemble tout à fait à des grains de poudre incrustés. Le cerveau, en ce point, a donc subi une contusion assez violente.

Pour examiner la face interne de la base du crâne, on détache la dure-mère dans toute son étendue, à l'aide de la rugine. On constate alors que la base du crâne est le siège de fractures multiples disposées de la manière suivante. La bosse orbitaire droite est sillonnée de traits de fractures qui circonscrivent et isolent un certain nombre de fragments osseux de dimensions variables. Ces traits de fracture n'ont pas de direction déterminée; ils rayonnent dans tous les sens; les uns se dirigent vers la fosse temporale, les autres vers la fosse frontale, d'autres vers la gouttière ethmoïdale, d'autres enfin vers le bord postérieur de la petite aile du sphénoïde. La mince lame osseuse qui forme les deux gouttières ethmoïdales est complètement défoncée et broyée, au point que l'apophyse crista-galli se trouve isolée du reste du squelette, et se détache sous l'influence d'une légère traction. De l'extrémité antérieure de la gouttière ethmoïdale droite part un trait de fracture qui se dirige vers la bosse frontale du même côté, et s'anastomose avec les traits de fractures de la bosse orbitaire. De son extrémité postérieure part un autre trait de fracture qui se bifurque; l'une des branches de bifurcation se porte vers la gouttière optique, l'autre vers le bord postérieur de la petite aile du sphénoïde, en sorte que l'apophyse clinoïde antérieure droite est complètement détachée du reste de l'os; le sinus sphénoïde du côté droit est ouvert. A gauche, des traits de fractures s'irradient également dans diverses directions, autour de la gouttière ethmoïdale; le plus important part de son extrémité postérieure; il se dirige obliquement d'avant en arrière et de droite à gauche, croise la gouttière optique et le sinus caverneux gauche, suit la base de la grande aile du sphénoïde en passant en arrière du trou grand rond, et vient aboutir au trou ovale. En arrière du trou ovale, cette fracture se continue dans la même direction sur la face antérieure du rocher; elle siège sur la partie moyenne de cet os dont elle croise obliquement le grand axe, laissant en dehors d'elle le conduit auditif interne et l'aqueduc du vestibule.

En résumé : l'étage inférieur (fosse cérébelleuse) est indemne; l'étage moyen n'est intéressé qu'à gauche; l'étage supérieur est de beaucoup le plus endommagé, surtout à droite où les lésions acquièrent les proportions d'un véritable fracas, d'un écrasement des os.

Ce qui frappe, à première vue, c'est que l'ensemble de ces fractures affecte de la façon la plus nette la direction d'une ligne oblique d'avant en arrière et de droite à gauche, partant de la bosse orbitaire du côté droit pour aboutir au rocher gauche, sans se laisser dévier par les trous ni les sutures. Il semble qu'on ait affaire à une fracture unique, croisant la base du crâne en diagonale; seulement cette fracture n'a pas les mêmes caractères dans toute son étendue; comminutive à son extrémité antérieure, où a porté la principale violence du traumatisme, elle se réduit en arrière à une simple fracture linéaire sans disjonction des fragments.

Par contre, nous avons vu que le cerveau était surtout lésé en arrière et à gauche.

C'était, certes, l'occasion de chercher si les faits ainsi observés par nous étaient en rapport avec les résultats obtenus par le docteur Félizet dans ses manœuvres expérimentales. (*Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne*, par le docteur G. Félizet. Paris, 1873.)

1° Dans notre cas, la loi formulée par Félizet, relativement à l'intégrité constante de certaines *pièces de résistance*, se trouve pleinement confirmée. La tubérosité et la crête occipitales, l'apophyse basilaire et la pièce naso-frontale sont

intactes; la grande aile du sphénoïde a résisté dans sa partie moyenne, elle a cédé au niveau de sa racine et de son extrémité frontale; le rocher a cédé également en son point le plus faible, qui correspond à peu près au fond du conduit auditif externe.

2° Notre fracture a eu évidemment pour point de départ un choc appliqué, plus ou moins obliquement, de droite à gauche, sur la convexité de la bosse frontale droite. Or, son trajet et sa direction se rapportent bien au mécanisme indiqué par Félizet pour expliquer ce qui se produit en pareil cas. La force contondante peut être considérée comme se décomposant en deux autres : l'une, perpendiculaire au point d'application (force tranchante), a provoqué un redressement de la courbe intermédiaire à l'apophyse orbitaire externe et à la pièce naso-frontale, d'où fracture de la voûte orbitaire ; en même temps, la force parallèle à la surface contuse (force de déplacement) a porté vers la gauche toute la partie gauche du front, d'où obliquité de cette fracture en arrière et à gauche (direction intermédiaire aux deux directions qui lui étaient simultanément imprimées). La fracture a coupé obliquement le sinus sphénoïdal et détaché la base de la grande aile du sphénoïde (écartement des deux murs-boutants orbito-sphénoïdaux). Mais, à partir de ce moment, notre pièce est en contradiction avec ce que dit Félizet de la « résistance invincible du rocher aux fractures venant d'une orbite du côté opposé à travers la fosse moyenne » (p. 106); nous voyons, en effet, le trait de fracture se continuer sur le rocher gauche, qu'il divise obliquement.

3° Enfin notre pièce offre un exemple d'un fait signalé par Félizet et réalisé par lui dans diverses expériences : la fracture du frontal s'est accompagnée d'une fracture *médiate* du maxillaire supérieur, fracture ayant porté sur le point le plus faible de cet os.

Revenant sur cette intéressante observation, je ne ferai qu'une courte réflexion sur les symptômes présentés par le blessé, et la marche des accidents.

Les ecchymoses oculaires constituent des signes précieux pour le diagnostic des fractures de la base du crâne. On sait qu'elles ont été bien étudiées, surtout par Maslieurat-Lagemard (*Arch. gén. de méd.*, t. XVI, 5e série). Cet auteur dit qu'elles n'apparaissent pas au moment même de l'accident, mais seulement quelques heures, ou quelques jours après. Or, chez notre sujet elles se sont bien vite montrées. Je l'ai vu environ quatre heures après sa chute, et déjà les ecchymoses palpébrales étaient extrêmement développées; les ecchymoses sous-conjonctivales étaient très manifestes. Il est vrai que le lendemain elles paraissaient plus étendues et plus accentuées encore. Il est probable que la force relative du choc doit influer sur le plus ou moins de rapidité avec laquelle ces ecchymoses apparaissent. Le sujet de notre observation avait supporté un choc des plus violents ; c'est sans doute pour cela qu'elles se sont montrées chez lui au bout d'un temps fort court.

La marche des accidents est intéressante à suivre. Les symptômes physiologiques observés chez notre malade, je ne parle pas des signes extérieurs, bien entendu, hémorrhagies et ecchymoses, sont les symptômes d'une forte contusion, et rien de plus. Nous avons dit qu'il n'y avait eu chez lui ni paralysie, ni convulsions, ni stupeur profonde, ni perte complète de connaissance. L'autopsie nous donne, dans une certaine mesure, l'explication de ces faits. Les désordres cérébraux n'étaient pas très considérables ; la masse encéphalique avait surtout été ébranlée ; elle n'avait pas été profondément déchirée, ni largement contuse; elle ne renfermait pas de volumineux caillots, elle n'était pas comprimée par quelques épanchements abondants de sang ou de sérosité. Il semble que dans ce cas la violence du traumatisme s'était surtout exercée sur les parois osseuses du crâne, et qu'elle s'y était épuisée aussi.

Voilà pour les lésions primitives. D'autre part, les lésions secondaires, celles de la méningo-encéphalite, n'avaient pas eu le temps de se produire. La cause prochaine de la mort de cet homme doit être cherchée dans la commotion cérébrale, et dans l'action funeste de cette force qu'on appelle le choc. Je suis obligé, comme les autres, de me servir de ce mot qui ne désigne, il faut en convenir, aucun désordre anatomique précis et saisissable, mais qui représente à l'esprit un groupe de faits d'ordre clinique positivement observés. Je n'estime pas que ce soit un mot vide de sens.

Qu'on me permette une courte digression. Il m'a paru que certains traumatismes produisent des effets absolument comparables à ceux qui naissent de l'épuisement; seulement ce que la violence a fait en quelques minutes, les grandes fatigues, le surmenage ont mis des semaines, des mois à l'accomplir. Dans les deux cas les sujets sont également à bout de forces, et la résistance vitale est presque éteinte chez eux. Parfois ils peuvent encore suffire pendant un certain temps aux exigences physiologiques de leurs organes; mais vienne le moindre trouble, tel qu'un éveil inflammatoire, ils succombent, n'ayant plus rien, si je puis dire ainsi, pour faire les frais du travail d'une évolution pathologique. Certainement il en est beaucoup parmi nous qui ont observé des faits de l'ordre que je signale ici, par exemple, dans les derniers jours du blocus de Metz, ou en Afrique, à la fin des dures expéditions dans les régions du Sud. Ainsi, des hommes très affaiblis résistaient pourtant encore; mais s'ils venaient à être atteints d'une affection quelconque, même peu importante, d'une simple bronchite, ils succombaient rapidement. Ces hommes étaient épuisés. Eh bien ! certains blessés sont épuisés comme eux, mais ils le sont en fort peu d'instants à la suite de quelque traumatisme, soit opératoire, soit accidentel. Ce que chez eux nous appelons le choc, c'est ce que chez les autres nous appelons l'épuisement.

Revenant à notre blessé, je remarque qu'il est mort précisément au moment où a débuté le processus inflammatoire ; il n'avait plus assez de ressources vitales pour suffire aux exigences du mouvement pathologique qui tendait à s'accomplir chez lui.

La seconde lésion que portait notre malheureux blessé offre également un grand intérêt. C'était une luxation de la cuisse droite, luxation *ischio-pubienne*, désignée aussi sous le nom de *luxation ovalaire*. Or, ces luxations ne sont pas très communes, et surtout l'occasion de faire la dissection des parties lésées ne se présente que rarement.

Voici ce que nous avons trouvé à l'autopsie de ce sujet. Nous avons déjà dit pour quelles raisons nous nous étions abstenus de toute tentative de réduction.

Examen de l'articulation coxo-fémorale droite. — La peau et l'aponévrose étant enlevées, on constate que les parties molles situées en avant et en dehors de l'articulation (muscles couturier droit antérieur, tenseur du fascia-lata, artère et veine fémorales, nerf crural) sont saines. Toutefois le muscle psoas-iliaque présente en quelques points de petites hémorrhagies interstitielles, dont le volume ne dépasse pas celui d'un haricot. La gouttière située entre le psoas et le pectiné, gouttière qui contient le faisceau vasculaire, et qui correspond à la tête du fémur chez les sujets sains, est déprimée.

La masse musculaire, constituée par le premier et le deuxième adducteurs et par le droit interne, est soulevée, tendue, et fait une saillie arrondie. En enlevant ces muscles on aperçoit la tête du fémur à nu, exactement située au-devant du trou ovalaire, en dedans du muscle pectiné sous lequel elle a glissé. Ce muscle est sain; il est maintenu en rapport par sa face profonde avec le col du fémur qu'il croise de haut en bas. La tête du fémur a déchiré le muscle obturateur externe d'arrière en avant; elle nous apparaît à travers une large boutonnière musculaire dont la direction est oblique en bas et en dehors; la plus grande partie du muscle est rejetée du côté du bord inférieur de la boutonnière: elle a conservé ses insertions au pourtour du trou ovalaire, et se réfléchit au-dessous de la tête et du col qu'elle tapisse; son insertion dans la cavité digitale n'est pas arrachée. Les nerfs et vaisseaux obturateurs sont intacts.

En arrière, on enlève le grand fessier qui est sain. Tous les organes des régions fessière et pelvi-trochantérienne (grand et petit nerf sciatiques, nerf et vaisseaux fessiers et honteux internes, muscles moyen et petits fessiers, pyramidal, jumeaux supérieur et inférieur, obturateur interne dans sa portion extra-pelvienne, carré crural) sont intacts; aucun des tendons qui s'insèrent dans la cavité digitale n'est arraché. On détache l'obturateur interne de ses insertions à l'intérieur du bassin; ce muscle est fortement contus au niveau du trou ovalaire, infiltré de sang; la membrane obturatrice est détruite, et le trou est occupé par la tête du fémur qui repose sur son pourtour.

Le ligament rond est arraché de la tête du fémur. Il reste adhérent au fond de la cavité cotyloïde, où on le sent en introduisant le doigt par la déchirure de la capsule articulaire.

Cette capsule est absolument intacte en haut, en avant et en arrière; mais à sa partie inféro-interne, au voisinage de l'échancrure ischio-pubienne, elle est le siège d'une vaste déchirure, parallèle à l'axe du col, et qui occupe toute sa longueur.

Cette déchirure n'étrangle nullement la tête du fémur. Par un mouvement d'adduction, combiné avec un mouvement de rotation en dedans, on réduit facilement la luxation; on la reproduit tout aussi facilement par un mouvement inverse.

C'est donc là un exemple, ainsi qu'on le voit, de luxation ovalaire complète.

Quelques mots seulement sur ce fait intéressant. Au point de vue du traitement nous ferons remarquer que cette luxation était facilement réductible par un procédé de douceur. C'est un exemple de plus à apporter en faveur de l'excellence de la méthode de Desprès, qui n'en est plus, du reste, à faire ses preuves.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, je rappellerai les habiles expériences de Tillaux, mais en ayant le regret de constater que le fait d'observation apporté ici n'est pas complètement en rapport avec les faits expérimentaux dont ce sage chirurgien a donné la relation. Il y a douze ans déjà, à la Société de chirurgie, dans la séance du 1er juillet 1868, M. Tillaux fit une démonstration des plus claires, pièces en mains, des différentes luxations de la tête du fémur. A propos de la production des diverses formes de ces luxations, il combattit la vieille doctrine des échancrures du rebord cotyloïdien, et dit que la cause déterminante de telle ou telle espèce de luxation devait être recherchée dans la forme de la déchirure de la capsule. Le dernier ouvrage de cet auteur reproduit ses idées sur ce point, et voici ce qu'on y trouve au sujet de la luxation dont nous apportons un exemple: « Dans la luxation ischiatique, la capsule est déchirée en avant, en bas, et en arrière, *elle est intacte en haut*. Ce sont les mêmes parties de la capsule qui sont rompues dans la luxation sous-pubienne ou ovalaire. »

Chez notre blessé, la capsule n'était déchirée ni en avant ni en arrière, mais bien en bas, et en dedans. Voilà quelques différences. Mais, et ce fait est important, elle était absolument intacte en haut; or, c'est à l'intégrité de la partie supérieure de la capsule que M. Tillaux attache le plus d'importance en pareil cas, puisqu'il a eu soin de souligner la phrase qui l'indique.

Entre notre observation et les expériences, les différences ne sont pas absolues, et il se présente le fait remarquable de ressemblance, de concordance, devrais-je dire, qui est l'intégrité complète de la capsule dans sa portion supérieure.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BECQUEREL.

Recherches expérimentales sur la chaleur de l'homme pendant le mouvement, par M. *L. A. Bonnal*. — Les principales conclusions de l'auteur sont les suivantes:

L'augmentation de la chaleur rectale, lorsqu'on passe de l'état de repos à celui de mouvement, n'est en rapport direct ni avec la durée de l'exercice ni avec la fatigue apparente se traduisant par des troubles physiologiques.

L'absence ou l'abondance de la transpiration n'ont pas une influence appréciable sur les variations de la température animale pendant le mouvement.

Tout exercice rapide qui amène une grande accélération du pouls et de la respiration, abaisse la température périphérique (bouche, aisselle, pli de l'aine). Celle-ci se relève aussitôt qu'on se repose, et, après un certain temps, les températures périphérique et rectale s'équilibrent ou reprennent leur différence normale (0°,2 ou 0°,3).

L'amplitude des oscillations de la chaleur rectale pendant le mouvement peut atteindre momentanément 39°,5, l'auteur l'a constaté le 14 novembre 1880 chez le coureur Delatouche, surnommé l'*homme-cheval*, âgé de trente et un ans; il venait de faire une course de 18km,480 en une heure et demie sans s'arrêter: après cette course, il ne s'est produit d'autre trouble qu'une élévation du pouls (145 pulsations), sans accélération de la respiration.

Dans une montée rapide, c'est presque toujours après la première demi-heure que la température rectale est le plus élevée; ensuite, si l'on continue à monter, elle peut rester stationnaire, s'élever de 0°,1 à 0°,3, ou même descendre de 0°,1 à 0°,2.

Pour un même trajet parcouru dans le même temps, toutes choses restant égales d'ailleurs, l'élévation de la température rectale est plus grande et surtout plus rapide si l'on marche sur un plan ascendant que sur un plan descendant ou horizontal.

La gymnastique, dans la position horizontale et limitée aux membres supérieurs, maintient le degré de la température initiale, alors même que le sujet est vêtu d'un léger maillot de laine et que la salle est à 12 degrés centigrades. La gymnastique, limitée aux membres inférieurs, peut, en trente minutes, élever la chaleur rectale de 0°,3 à 0°,7, suivant qu'elle est plus ou moins élevée avant l'exercice.

S'il est impossible de nier que l'exercice a toujours pour conséquence d'activer la respiration et les combustions internes, il résulterait de ces expériences que l'application rigoureuse des lois de la mécanique à l'organisme humain ne paraît pas justifiée.

De l'onde secondaire du muscle. Note de M. *Ch. Richet*. — Si l'on prend un muscle d'écrevisse, très frais et tendu par un poids faible (4 grammes par exemple), lorsqu'on excite ce muscle pendant une ou deux secondes par des courants d'induction forts et fréquents, on verra le muscle se relâcher dès que les excitations électriques auront cessé. Cependant ce relâchement n'est pas définitif. En effet, alors même qu'il n'y a plus aucune excitation électrique, au bout de quelques secondes de relâchement, le muscle se contracte de nouveau et revient plus ou moins complètement à son état tétanique.

Cette contraction secondaire dure quelquefois près d'une demi-minute; puis le muscle se relâche, et au bout d'une ou deux minutes il est complètement et définitivement relâché.

Nous avons donc là ce phénomène remarquable d'un muscle qui, après que la contraction a tout à fait cessé, se contracte de nouveau sans qu'aucune excitation nouvelle vienne déterminer sa contraction. En d'autres termes, l'onde primitive est suivie d'une onde secondaire. Si celle-ci est difficile à constater, c'est que, la force du muscle étant alors extrêmement faible, les poids les plus faibles peuvent masquer le phénomène.

Sur la contagion du furoncle. Note de M. *E. Trastour*. — A l'appui des idées du docteur Löwenberg sur la contagion possible du furoncle d'individu à individu, l'auteur rapporte plusieurs observations qui lui sont personnelles.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1880.— PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° un acte authentique par lequel Mme Vernois fait donation à l'Académie d'une somme de vingt mille francs, qui seront consacrés à la fondation d'un prix unique et annuel en hygiène, qui sera décerné par l'Académie et qui portera le nom du docteur Vernois; 2° un mémoire de M. le docteur Jardin, intitulé : *Uréthrotomie flexible à olive sans conducteur;* 3° une lettre de M. le docteur Viard (de Montbard), qui se porte candidat au titre de membre correspondant; 4° un pli cacheté déposé par le docteur Barety (de Nice) ; 5° une note de M. le docteur Laveran, sur un nouveau parasite trouvé dans le sang de plusieurs malades atteints de fièvre palustre.

M. *Léon Colin* présente : 1° la relation d'un cas de rage développé chez un artilleur dans les mêmes conditions que celui du sous-officier dont M. Colin a communiqué récemment l'observation; 2° au nom de M. le docteur Laveran, une note sur un nouveau parasite trouvé dans le sang de plusieurs malades atteints de fièvre palustre.

M. *Maurice Raynaud* présente, au nom de M. le docteur Augustin Fabre, professeur de clinique interne de l'École de Marseille, un ouvrage intitulé : *Fragments de clinique médicale.*

M. *Noël Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur Nivet (de Clermont), un volume intitulé : *Traité du goître;* 2° au nom de M. le docteur Barety (de Nice), une brochure intitulée : *De la métallothérapie balnéaire, à propos d'une visite aux bains de Lamalou* (Hérault); 3° au nom du même auteur, un pli cacheté renfermant des expériences nouvelles sur le magnétisme animal.

M. *Hillairet* présente, au nom de MM. les docteurs Chassagne et Dally, une brochure intitulée : *Influence précise de la gymnastique sur le développement de la poitrine, des muscles et de la force de l'homme.*

M. *Peter* dépose sur le bureau le tome XIV du *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, pour l'année 1879.

M. *le Président* annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie se réunira en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Peter sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national dans la première division (médecine).

DE LA RECHERCHE DES LOIS QUI RÉGISSENT LES ÉPIDÉMIES EN GÉNÉRAL. — DÉTERMINATION DE LA LOI SAISONNIÈRE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN PARTICULIER. — Tel est le titre d'un travail très intéressant communiqué par M. le docteur *Ernest Besnier*.

D'après l'auteur, les maladies populaires évoluent à travers les saisons et les années, selon des règles et selon des lois dont la détermination présente une importance considérable, au point de vue de l'hygiène et de la médecine publiques.

La doctrine hippocratique, dégagée des obscurités et des erreurs que l'on rencontre à la naissance de toutes les sciences, reste aujourd'hui la seule expression incontestable de la saine observation.

Cette doctrine mal comprise et mal interprétée, aveuglément appliquée selon la lettre et non selon l'esprit, à des temps et à des lieux différents de ceux pour lesquels elle avait été formulée, a été remplacée, après la Renaissance et jusqu'à l'époque contemporaine, par une série de doctrines déviées et dérivées, dont aucune n'a supporté l'épreuve du temps.

Les progrès réalisés dans toutes les branches de la médecine depuis le commencement de la seconde moitié de ce siècle; l'organisation administrative nouvelle, qui a permis de réunir sur les maladies principales, considérées dans leur morbidité et dans leur mortalité, des documents numériques précis, rendent aujourd'hui réalisable la recherche des lois pathologiques à l'aide de procédés scientifiques.

TRAITEMENT DU RHUMATISME CÉRÉBRAL PAR LES BAINS FROIDS. — M. *Maurice Raynaud* termine sa communication. L'orateur étudie d'abord la question de la température. Il ne faudrait pas, suivant lui, donner au mot hyperthermie une signification trop absolue. La tolérance pour la fièvre varie suivant les individus et suivant les maladies. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, les malades peuvent supporter une température de 40 à 41 degrés pendant un certain temps, mais à la condition qu'il y ait une rémission *matinale.* Il n'en est pas de même pour le rhumatisme; le chiffre de 39 degrés à 39°,5 est déjà, dans cette maladie, un chiffre élevé et qui ne peut, sans danger, être dépassé. Toutefois, les accidents graves du rhumatisme cérébral peuvent, dans certains cas, coïncider avec une température médiocrement élevée ; M. Maurice Raynaud a vu un individu avoir du délire avec une température de 37°,2. Il est vrai que son père était mort fou et peut-être tenait-il de cette condition héréditaire une susceptibilité particulière du cerveau?

Dans un autre cas où la température ne dépassait pas 39 degrés, le rhumatisme cérébral précéda les manifestations articulaires.

M. Maurice Raynaud a vu, enfin, un cas terminé par la mort, bien que la température n'eût pas dépassé 38°,5. — A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion appréciable.

Ces faits sont difficiles à expliquer, mais il faut les prendre tels que la nature nous les offre. Ils démontrent que l'on ne meurt pas seulement par l'hyperthermie, mais encore par d'autres causes.

En se tenant strictement sur le terrain de la clinique, peut-on admettre, se demande l'orateur, que la fièvre rhumatismale soit en rapport direct avec les déterminations locales, articulaires ou viscérales? L'observation montre qu'il n'y a pas toujours proportion entre l'intensité de la fièvre et la multiplicité et la gravité des manifestations rhumatismales.

On voit des rhumatismes généralisés dans lesquels la fièvre est peu de chose, tandis que dans d'autres cas, où les déterminations sont localisées à deux ou trois articulations seulement, on observe une fièvre très intense.

Que se passe-t-il dans ce cas? L'auteur ne saurait le dire. Il suppose une détermination du côté du système vasculaire, une *endartérite* analogue à l'endocardite, dont la découverte, aujourd'hui tombée dans le domaine public, est un des plus beaux titres de gloire de M. Bouillaud.

En ce qui concerne les bains froids, M. Maurice Raynaud admet qu'ils ont pour effet de ramener le rhumatisme articulaire de sa forme articulaire à la forme pyrétique, avec tendance à la fluxion viscérale. Il se demande si le rhumatisme cérébral n'est pas lui-même le commencement de cette transformation qui s'accuse plus nettement encore par les fluxions pulmonaires ou intestinales analogues à celles qui ont été signalées dans les deux cas de rhumatisme cérébral suivis de mort observés par M. Maurice Raynaud et traités par les bains froids.

Le bain froid n'a pas la prétention de juguler la maladie, mais de contribuer à sa guérison en supprimant un élément de gravité incontestable et en permettant ainsi à la nature d'accomplir son œuvre médicatrice.

M. *Bouillaud* dit qu'il ne faut pas confondre avec le rhumatisme proprement dit certaines affections qui n'ont de commun avec lui que le nom qu'on leur a faussement donné. Malheureusement cette confusion a été commise un nombre infini de fois.

La diathèse rhumatismale est pour M. Bouillaud une simple prédisposition innée, héréditaire, une sorte de péché originel qu'on apporte en venant au monde et qui a sa raison d'être dans la constitution que le rhumatisant tient de ses ascendants. La fièvre rhumatismale n'existe jamais sans une détermination locale ; si cette détermination ne se manifeste pas dans les articulations ou dans les viscères, c'est qu'elle existe alors dans le système vasculaire général, comme M. Bouillaud l'a établi. Ce qui distingue l'inflammation proprement dite des simples excitations fébriles de la fièvre *nerveuse*, comme on les a justement appelées, c'est qu'il n'existe jamais d'inflammation proprement dite sans produit anormal, fausses membranes ou pus. Or, dans le rhumatisme articulaire aigu, la fausse membrane existe toujours dans le sang, dont le caillot est recouvert d'une couenne plus ou moins épaisse et jamais à l'état de dissolution, ce qui, dans une inflammation aiguë, serait contre nature. La dissolution du

sang dont a parlé M. Maurice Raynaud ne survient que dans les états typhoïdes ou putrides, jamais dans les états inflammatoires proprement dits.

C'est pour contribuer à cette renaissance de l'épidémiologie inaugurée par les travaux de cette Académie que la Société médicale des hôpitaux de Paris a institué depuis vingt ans, dans son sein, sur la proposition de M. Lailler, une commission permanente des maladies régnantes. Les travaux déjà exécutés ont permis d'élucider un certain nombre de points obscurs de l'épidémiologie parisienne; notamment de démontrer la réalité des constitutions médicales bénignes ou malignes; la variabilité des différentes affections à des époques diverses; la variabilité du pouvoir contagieux d'une même affection à différentes périodes. Ils ont permis, enfin, de jeter les bases positives de la constitution des lois qui régissent, dans leurs oscillations saisonnières, la plupart des maladies régnantes, etc.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, M. Ernest Besnier croit avoir démontré que sa loi saisonnière peut être formulée de la manière suivante : Dans l'agglomération parisienne et dans toutes les régions soumises à un régime climatérique analogue, la fièvre typhoïde est une maladie de l'été et de l'automne. La loi est absolue, hors certaines exceptions dont il a précisé la fréquence, la nature et la signification.

Dans les régions où elle règne en permanence, comme à Paris, son accroissement saisonnier commence régulièrement au mois de juin ou au mois de juillet; son progrès occupe les mois d'août, de septembre et d'octobre; en novembre ou en décembre, la déclinaison est commencée, et elle continue régulièrement jusqu'à la fin du printemps.

La mortalité typhoïde varie régulièrement avec la saison et elle atteint son apogée normale durant les chaleurs de l'été. Alors même que les épidémies sont locales et accidentelles, celles qui appartiennent à la saison d'été et d'automne sont toujours plus meurtrières que les autres, qu'il s'agisse de la population civile ou de la population militaire.

Enfin de nombreux intérêts relatifs à l'hygiène publique et à la médecine pratique sont attachés à la connaissance exacte et précise des lois que M. Besnier s'est efforcé de dégager et de formuler.

— La séance est levée à six heures.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement médical du cancer de la langue. — Opération d'ovariotomie. — Discussion sur le traitement de l'étranglement interne. — Commission des prix Duval et Laborie. — Extirpation d'un goitre. — Résection du coude.

M. *Th. Anger*, à propos de la communication de M. Verneuil, rappelle qu'en 1872, dans sa thèse d'agrégation sur le cancer de la langue, il a relevé 260 observations de cancer lingual; souvent on a observé une aggravation du mal à la suite du traitement mercuriel ou par l'iodure de potassium. Le seul moyen de faire un diagnostic précis dans les cas douteux, c'est de prendre un fragment de la tumeur et de l'examiner au microscope.

Sur cinq cas que M. *Delens* a opérés par la ligature élastique, il a pu avoir des nouvelles d'un homme opéré en septembre 1876; la guérison se maintient depuis cette époque.

M. *Després*. Le diagnostic de l'épithélioma de la langue est difficile; on le confond avec le psoriasis invétéré. Il y a à l'hôpital Cochin une femme qui porte au bout de la langue une petite tumeur qui ressemble à un cancroïde ou à une syphilide. C'est une ouvrière en feuillages, qui effile la soie avant de coudre; la soie verte est colorée par une préparation arsenicale. M. Després a conclu à une ulcération arsenicale, malgré les syphilides qui couvrent le corps de la malade. Une cautérisation au chlorure de zinc a amené une grande amélioration, ce qui n'eût pas eu lieu dans le cancer ou la syphilis. Voilà encore un élément de diagnostic. Quand on guérit un épithélioma de la langue par une opération, c'est que la tumeur n'était pas un épithélioma.

M. *Terrillon*. Si le diagnostic du cancer lingual est facile, il est parfois impossible de soupçonner l'existence de ganglions cancéreux. Chez deux malades que M. Terrillon a opérés, on ne pouvait sentir les ganglions avant l'opération; on dut les enlever pendant l'opération, et ils étaient manifestement épithéliomateux.

M. *Verneuil* continue à affirmer que le diagnostic de l'épithélioma lingual, au début, est chose facile. M. Després dit qu'on ne le guérit pas même par une opération, et qu'on le confond avec le psoriasis. Nous ne faisons pas cette confusion, tout en reconnaissant que le papillome du psoriasis peut devenir épithéliomateux.

— M. *Polaillon* fait un rapport verbal sur une opération d'ovariotomie pratiquée par M. Bonne (de Nîmes). Le kyste, très volumineux, avait été ponctionné une fois; il contenait 48 litres de liquide. M. Bonne dut faire l'ovariotomie six mois plus tard; le ventre, volumineux, tombait sur les genoux; on fit l'incision au-dessus de l'ombilic, qui touchait le pubis.

M. *Terrier* pense qu'une incision sous-ombilicale eût rendu l'opération beaucoup plus simple.

— M. *Berger* continue sa communication sur la laparotomie.

Est-il possible d'établir un diagnostic précis de la cause de l'étranglement interne? Quand l'étranglement est causé par une bride, le début brusque des accidents permet de supposer l'obstacle. Mais dans la première observation de M. Berger ce début brusque a trompé, car il s'agissait d'un cancer annulaire. M. Trélat a soupçonné le diagnostic parce que le mal siégeait dans la région iliaque gauche. L'observation que ce chirurgien a rapportée ne viendrait-elle pas infirmer la sorte de règle établie par lui, que le cancer siège à gauche, puisque son malade avait un obstacle à gauche, et que cet obstacle était une bride?

Quand l'étranglement arrive chez un sujet qui a eu une hernie, on peut encore supposer l'existence d'une bride; quand il y a une tumeur, des troubles digestifs anciens, c'est plutôt un cancer.

Mais les cas douteux sont nombreux, et, dans le doute, il vaut mieux faire la laparotomie, qui permet de lever n'importe quel obstacle.

A quelle époque doit-on opérer? Le retard est très préjudiciable. En opérant des hernies étranglées dans les trente-six premières heures de l'étranglement, M. Berger n'a perdu qu'un malade. Faut-il négliger le traitement médical, ou bien distinguer les cas de moyen étranglement? M. Berger a peine à accepter cette distinction, car des malades ont des symptômes peu aigus; au cinquième jour on opère, et on trouve l'intestin gangrené. Les phénomènes fonctionnels de l'étranglement sont trompeurs. Faut-il opérer de bonne heure dans tous les cas? On voit des cas en apparence aigus qui guérissent par les moyens médicaux. M. Périer en communiquera une observation.

La gravité de la laparotomie est due non seulement au retard apporté à l'opération, mais au local où on opère, dans un hôpital, par exemple, sans les précautions antiseptiques. Le manuel opératoire explique encore les insuccès; l'intestin est sorti de l'abdomen, refroidi, souillé par le sang; pour obvier à ces inconvénients, M. Périer a apporté une modification au manuel opératoire.

M. *Sée* communique une observation d'occlusion intestinale recueillie à la Maison de santé. Un homme de quarante et un ans entre le 27 octobre 1880, avec des symptômes d'étrangle-

ment interne. Depuis trois mois il maigrissait. En octobre, constipation opiniâtre; vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes; un lavement d'eau de Seltz fit cesser les accidents. Puis nouvelle constipation, suivie des mêmes accidents et traitée sans succès par les moyens ordinaires. Ventre ballonné, face grippée; pas de hernie; rien du côté du rectum; une sonde pénètre à 12 centimètres dans l'intestin.

Le 28 et le 29 octobre, les lavements d'eau de Seltz ne donnent aucun résultat. Le 30, amélioration; le ventre n'est plus ballonné; on ne découvre aucune tumeur dans l'abdomen.

Le 1er novembre, les accidents reparaissent: vomissements, refroidissement, pouls faible; température à 35 degrés. Opération sans chloroforme après injection d'éther sous la peau; on fait un anus contre nature dans la région iliaque; issue des matières fécales. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on trouve vers la crête iliaque une tumeur du volume d'une cerise, sur une anse intestinale, à la partie supérieure de l'S iliaque; l'anus contre nature avait porté sur le cæcum. La tumeur, de nature cancéreuse, rétrécissait le calibre de l'intestin, qui admettait à peine une bougie n° 19. Dans ce cas la résection de la partie malade eût été possible.

Cette résection a été faite plusieurs fois. Ludwig a réséqué 12 centimètres d'intestin; un chirurgien de Magdebourg a fait deux fois cette résection; un autre a eu deux succès sur trois opérations. Dans tous ces cas, il y avait hernie étranglée avec gangrène de l'intestin. D'autres fois on a réséqué l'intestin pour guérir un anus contre nature. La résection faite pour le cancer intestinal n'a donné que des insuccès.

A ce propos, M. Sée rappelle l'observation de Reybard (de Lyon), 1843, qui avait fait une opération suivie de guérison (*Bulletin de l'Académie de médecine*). 3 pouces d'intestin furent enlevés; le trente-huitième jour, la guérison était complète. Au bout de six mois, le malade mourut de la récidive du cancer. Jobert de Lamballe, chargé de faire un rapport sur cette observation, dit qu'on ne pouvait en tirer parti pour la science. Ce fait fut donc oublié. Depuis, trois chirurgiens allemands ont fait la même opération, et les trois malades sont morts.

— *Commission du prix Duval* : MM. Marjolin, Le Dentu, Gillette, Delens et Sée.

Commission du prix Laborie : MM. Berger, Périer, Farabeuf, Saint-Germain et Lannelongue.

— M. *Terrillon* fait une communication sur l'extirpation du goitre. Une fille de vingt-quatre ans avait une tumeur du lobe droit du corps thyroïde depuis deux ans à peine. Voix rauque; difficulté de la respiration; accès de suffocation; gêne dans les mouvements de la tête. La tumeur envoyait un prolongement derrière la clavicule. M. Terrillon fit l'opération. La tumeur étant dénudée à la périphérie, on attaqua les parties profondes; l'isthme fut coupé entre deux ligatures. Les adhérences au larynx et à la trachée étaient très prononcées. L'opération dura une heure quinze minutes. Application de la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Réunion de la plaie; immobilisation de la tête. Guérison le douzième jour, sauf une petite fistule qui dura un mois et qui guérit après la sortie d'un fil phéniqué.

M. *Terrillon* présente une femme à laquelle M. Monod a fait subir la même opération. Cette femme, âgée de quarante et un ans, porte une tumeur du lobe droit du corps thyroïde depuis l'âge de huit ans. En 1863, la tumeur grossit beaucoup et la voix s'altéra. En 1866, accès de suffocation; en 1880, il s'y joint des douleurs lancinantes.

Opération: la tumeur a le volume d'une pomme; pansement de Lister; guérison. La malade est présentée à la Société de chirurgie.

— M. *Berger* présente une malade qui a subi la résection du coude par le procédé d'Ollier, il y a dix-huit mois. Guérison avec reproduction complète de l'extrémité supérieure du cubitus, mais les mouvements de latéralité sont encore considérables.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Rôle des nerfs cutanés et de la moelle épinière dans la production des phénomènes observés après des applications de chloroforme sur la peau; lésions héréditaires de l'œil : M. Brown-Séquard. — Tuberculose expérimentale : M. Martin. — Recherches sur la pepsine : M. Hallopeau. — Anatomie pathologique de l'inflammation des muqueuses : M. Cornil. — Réflexes des articulations du pied : M. Onimus. — Hyperexcitabilité musculaire produite par le curare : MM. Couty et Lacerda. — Doses toxiques de l'oxyde de carbone : M. Gréhant. — Système nerveux cardiaque du lapin : M. Vignal. — Structure du nerf des insectes et son mode de terminaison dans les muscles striés : M. Viallanes.

M. *Brown-Séquard* a fait les recherches suivantes pour reconnaître la part des nerfs cutanés dans la production des phénomènes si singuliers qu'il a décrits dans une précédente communication. Sur plusieurs cobayes, après avoir coupé transversalement la moelle épinière au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, il a appliqué du chloroforme sur l'un des côtés du sacrum et de l'abdomen, c'est-à-dire sur des parties recevant leurs nerfs de la portion de moelle séparée de l'encéphale. Chez d'autres cobayes ayant eu la moelle coupée au même niveau, il a appliqué du chloroforme sur un des côtés du thorax et du cou. Il est clair que si ce liquide appliqué sur la peau produit les effets inhibitoires qui ont été décrits dans la précédente note (effets somnifères, anesthésiques, cardiaques et autres), par suite de son passage dans le sang ou par suite d'une modification qu'il exercerait sur le sang des capillaires cutanés, les effets dont il s'agit se montreraient tout aussi bien lorsque l'application a lieu *en arrière* du siège de la lésion médullaire que lorsqu'elle est faite *en avant* de ce siège. Or, ces effets manquent dans le premier de ces deux cas, tandis qu'ils existent comme si la moelle n'avait pas été lésée, dans le second cas. *Ce n'est donc pas par l'intermédiaire du sang, mais bien par celle du système nerveux, que ces phénomènes se produisent.*

Plusieurs particularités intéressantes ont été constatées dans ces expériences. Dans le cas où le chloroforme est appliqué en arrière de la section, on constate l'absence de la congestion des intestins et des autres viscères abdominaux, qui est un des effets ordinaires de l'application du chloroforme sur la peau chez des animaux dont la moelle épinière n'est pas lésée. Cette congestion se montre chez les cobayes à moelle coupée, lorsqu'on applique ce liquide sur la peau du cou ou sur celle du tronc, en avant du siège de la lésion médullaire. Ces différences s'expliquent aisément par ce que nous enseignent l'anatomie et la physiologie à l'égard des nerfs splanchniques.

L'application de chloroforme en arrière de la section de la moelle épinière, au niveau de la neuvième ou de la dixième vertèbre dorsale, détermine l'inhibition de la faculté réflexe du renflement dorso-lombaire de la moelle. De plus, la puissance de la moelle sur la tonicité musculaire se perd du côté de l'application du chloroforme, et l'on voit la paroi abdominale se distendre bien plus que celle du côté opposé.

Dans d'autres expériences, M. Brown-Séquard a cherché si la transmission à l'encéphale des irritations cutanées peut se faire également, quel que soit le côté où l'on applique le chloroforme, chez des cobayes ayant eu une hémisection de la moelle cervicale. Après avoir fait cette opération au niveau de la seconde paire cervicale, *à droite*, et après s'être assuré qu'il y avait, comme à l'ordinaire, de l'hyperesthésie dans la moitié *droite* du corps et de l'anesthésie dans la moitié *gauche*, il a fait l'application du chloroforme chez quelques cobayes *à droite*, chez d'autres *à gauche*. Il a constaté chez les pre-

s l'apparition rapide de tous les phénomènes cérébraux, iaques et respiratoires qu'il a décrits dans sa première nunication, tandis qu'au contraire, chez les seconds, ces omènes ne se sont montrés que très tardivement et à un degré. Ainsi donc le chloroforme appliqué sur le côté esthésique a agi très énergiquement et rapidement, tanue sur le côté anesthésique il n'a agi que très faiblement rdivement. De plus, appliqué sur ce dernier côté, il ne uit pas l'état congestionnel des intestins et des autres viss abdominaux, qu'on observe chez les animaux dont la le n'a pas été lésée.

. Brown-Séquard a aussi cherché si l'on peut à volonté les animaux en parfaite santé par des applications de roforme à la peau. Il a trouvé que, dans tous les cas où ce de a produit la perte de connaissance, l'anesthésie et une nution notable de température et des mouvements du r et de la respiration, on détermine sûrement la mort si continue à verser de ce liquide sur la peau. Il s'est assuré presque toujours, on peut placer un animal dans cet état gereux de stupeur et de résolution générale qui conduirait mort si l'on continuait à faire des applications de chloroe. Cependant quelques animaux ont été réfractaires et résisté à l'irritation que cause ce liquide; mais même chez -là on a observé la production d'une partie des phénoes généralement produits.

Brown-Séquard montre à la Société plusieurs cobayes t des lésions de la cornée ou des altérations plus proés de l'œil. Ces animaux sont nés de parents auxquels on pratiqué des lésions du bulbe. Le savant professeur du ge de France exposera prochainement avec plus de détails ais intéressant d'hérédité.

M. *Malassez* dépose, au nom de M. Martin, une note sur berculose expérimentale. L'auteur, en injectant dans le eine de plusieurs lapins des matières pulvérulentes, re de lycopode, poivre de Cayenne, cantharidine, a proé des lésions semblables, au point de vue macroscopique icroscopique, à celles de la tuberculose. Les granulations ulcuses ainsi obtenues varient suivant les substances oyées. La cantharidine donne des granulations formées amas de petites cellules. Avec le poivre de Cayenne, on ollicules tuberculeux constitués par une cellule géante rée de cellules épithélioïdes et, plus en dehors, de celembryonnaires. Le lycopode donne naissance à des tus fibreux. En injectant du cinabre dans les jugulaires es animaux en expérience, M. Martin a retrouvé les s colorés dans les éléments des tubercules.

M. *Hallopeau* a recherché si la pepsine est un ferment le ou un ferment figuré. La pepsine renferme des corpusprovenant des cellules des landesns stomacales; elle comme les ferments figurés que dans certaines condidans un milieu acide et entre 30 et 50 degrés. Si l'on une solution de pepsine, le liquide filtré a perdu ses tés digestives; le résidu recueilli sur le filtre a, au conconservé les siennes. MM. Richet et Mourrut ont vu l'acide phénique à 1/1000 enlève au sucgastrique des ons ses propriétés. Enfin la pepsine paraît pouvoir se plier comme les ferments figurés. M. Hallopeau se dele s'il ne faut pas attribuer l'action de la pepsine aux sculesqu'elle renferme.

D'Arsonval fait observer que la pepsine et la pancréapréparées par la glycérine se comportent autrement que sine étudiée par M. Hallopeau; si l'on filtre le produit, cérine filtrée est bien plus active que le résidu.

M. *Cornil* a étudié les lésions de la muqueuse dans l'inon du larynx, de la trachée et des bronches. Quand on est légère, dans le catarrhe muqueux, on trouve pithélium cylindrique un grand nombre de cellules es; les cellules comprises entre ces éléments sont ées par eux, et portent seules, à leur surface libre, des cils vibratiles. Les petites cellules de la couche profonde de la muqueuse ne sont pas altérées.

Si l'on injecte de la cantharidine, dissoute dans l'éther acétique, sous la peau d'un chien, l'animal déjà au bout d'une heure présente une vive inflammation des muqueuses. Dans ce cas, la surface de la muqueuse se montre formée d'une couche épaisse de cellules arrondies, semblables aux cellules lymphatiques; les plus superficielles sont allongées et portent encore des cils vibratiles. Plus tard, il se produit par places, à la surface de la muqueuse, des accumulations de cellules, dans lesquelles se creusent des cavités contenant des cellules lymphatiques. On trouve aussi des amas de cellules lymphatiques, mêlées au mucus, dans les petites et les grosses bronches.

Quand on fait agir directement des substances irritantes, telles que l'iode ou le nitrate d'argent, la surface de cette muqueuse disparaît, et on ne trouve plus à sa place que de nombreuses cellules lymphatiques et des globules du pus.

— M. *Onimus* appelle l'attention des physiologistes sur les réflexes des articulations du pied. Il a pu plusieurs fois, sur lui-même, faire cesser une crampe du mollet en appuyant fortement la face inférieure du gros orteil contre un corps résistant.

— M. *D'Arsonval* dépose sur le bureau une note de MM. *Couty* et *Lacerda* sur les phénomènes d'hyperexcitabilité musculaire qui précèdent la narcose après l'administration du curare.

— M. *Gréhant* a déterminé exactement la dose toxique d'oxyde de carbone nécessaire pour tuer un animal. Il faisait respirer aux animaux en expérience un mélange d'air et de gaz délétère de composition connue; il laissait reposer les animaux pendant vingt-quatre heures, et il augmentait la proportion du gaz jusqu'à ce que la mort s'ensuivît. M. Gréhant est arrivé à ce curieux résultat que la dose toxique diffère considérablement d'un animal à l'autre; pour le chien, elle varie entre 1/300 et 1/250; pour le lapin, entre 1/70 et 1/60; pour le moineau, entre 1/500 et 1/400. On pourrait donc employer ces animaux pour mesurer la quantité d'oxyde de carbone contenue dans un endroit confiné.

Le sang des divers animaux empoisonnés paraissait, dans tous les cas, avoir à peu près la même capacité d'absorption pour l'oxygène.

— M. *Vignal* dit que des nerfs venant du plexus cardiaque, chez le lapin, forment sur les oreillettes un plexus très serré, surtout à l'embouchure des veines pulmonaires; on y trouve des ganglions formés de cellules à un noyau et à un seul prolongement, et d'autres cellules contenant deux noyaux et plusieurs prolongements; les premières appartiennent au système cérébro-spinal, les secondes au sympathique; dans le sillon auriculo-ventriculaire, on trouve seulement des petits ganglions formés de cellules à un seul noyau. L'auteur pense que les cellules à un seul prolongement et à un noyau sont des cellules motrices, tandis que les secondes cellules du système sympathique sont frenatrices.

— M. *Viallanes* a étudié les nerfs des larves de diptères (*Musca*, *Eristalis*, *Ctenophora*). Chaque nerf est constitué par un paquet de fibrilles enveloppé d'une gaine conjonctive et est en tous points comparable à la fibre de Remak des vertébrés. Le mode de terminaison des nerfs ainsi constitués dans la fibre musculaire striée a été étudiée à l'aide de la méthode de l'or sur la larve du *Ctenophora*. Chez cet animal, un seul nerf se rend à chaque fibre. Quand le nerf approche de la fibre musculaire, sa gaine conjonctive s'évase en entonnoir dont les bords se soudent au sarcolemme: il résulte de cette disposition un cône creux dont la base est formée par le sarcolemme. C'est à ce cône que l'auteur réserve le nom de *colline de Doyère*. Les fibrilles du nerf ayant pénétré dans la colline de Doyère se divisent en deux paquets, au point de division desquels se trouvent quelques noyaux. Chacun des deux paquets perce le sarcolemme, et s'étend de ce point jusqu'à l'extrémité de la

fibre, en restant toujours sous le sarcolemme. De ce tronc principal partent, à angle droit, un nombre considérable de troncs secondaires, qui en émettent une masse d'autres de troisième, quatrième et cinquième ordre, etc. Les dernières branches de ramification pénètrent au sein de la masse contractile entre les fibrilles. Toutes ces branches nerveuses sont accompagnées de noyaux abondants, surtout sur les troncs principaux. Ces noyaux sont de deux ordres : les uns, petits, sont plongés entre les fibrilles nerveuses ; les autres, plus gros, sont simplement accolés aux branches de la ramification et ne se remarquent que sur les gros troncs.

REVUE DES JOURNAUX

L'origine des cylindres fibrineux de l'urine,
par M. Voorhoeve.

Depuis que Henle a découvert, en 1837, les cylindres fibrineux dans l'urine des albuminuriques, diverses opinions ont été émises sur leur nature et leur origine : les uns, les moins nombreux, les considèrent comme de simples exsudations sanguines ; les autres, comme un produit de sécrétion ou de destruction des épithéliums. L'auteur a cherché à résoudre cette intéressante question par la voie expérimentale, les résultats obtenus par la chimie lui semblant sujets à des critiques fondées. Il injecta d'abord à des lapins de la *cantharidine* à diverses doses : dès le lendemain on voit apparaître dans l'urine l'albumine et les cylindres en question. A l'examen direct des reins par le microscope, on trouve que les canalicules sont remplis de la même masse fibrineuse que celle qui constitue les cylindres de l'urine : on en trouve jusque dans les glomérules de Malpighi ; mais partout les cellules paraissent intactes. Si l'on injecte à ces animaux du *chromate d'ammoniaque*, on obtient des effets plus violents : à côté des mêmes cylindres que ci-dessus, on en trouve d'autres composés d'une masse granuleuse, évidemment formée de débris épithéliaux renfermés dans des canalicules dont toutes les cellules ont disparu. Dans les reins, où cette dernière forme existait seule, jamais on ne trouvait de cylindres fibrineux, et réciproquement, lorsque l'on trouvait des cylindres fibrineux, on constatait toujours l'intégrité des cellules épithéliales : Ce qui démontrait déjà que ces cylindres devaient leur origine à un processus peu agressif pour les éléments du rein ; il s'agissait maintenant de faire voir qu'ils n'étaient pas non plus le fait d'une sécrétion des cellules. Pour cela l'auteur *liait* un des *uretères* et examinait l'urine ainsi retenue. Cette méthode ne donne pas de résultats bien clairs, à cause du grand nombre de petites hémorrhagies interstitielles qui en sont la conséquence. Il nous suffira de dire que les résultats sont toujours les mêmes, et que l'on ne trouve rien qui puisse faire supposer qu'il y ait une sécrétion fibrineuse des cellules.

Une dernière série d'expériences est surtout intéressante. Ici l'on se contente de faire la *ligature incomplète et temporaire d'une veine rénale*. Le simple fait de produire au sein de l'organe une congestion plus ou moins marquée suffit pour faire apparaître les corps en question. Dès lors, il fallait bien admettre qu'il y a là une pure question de circulation, et que les cylindres fibrineux de l'urine sont, *chez le lapin*, de simples exsudations sanguines. L'auteur montre beaucoup de réserve lorsqu'il s'agit d'appliquer à l'homme ces résultats expérimentaux. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain, car nous ne voyons pas pourquoi, si ces faits étaient confirmés, ils ne seraient pas immédiatement utilisés en pathologie humaine. Comment pourrait-on expliquer plus clairement la présence des cylindres hyalins dans certaines formes de maladies du cœur par exemple ? (*Virchow's Archiv*, t. LXXX.)

Une particularité anatomique de l'appendice testiculaire,
par M. Roth.

On s'expliquait difficilement jusqu'ici la présence fréquemment observée de cadavres de spermatozoïdes dans le liquide séreux de l'hydrocèle, et l'on admettait toujours, en pareil cas, la rupture d'un kyste spermatique avant ou pendant l'opération. Le travail de Roth nous fournit une explication bien plus logique. Ce médecin a découvert qu'il existait une communication, sinon normale, du moins très fréquente, entre l'épididyme et la cavité vaginale, et cela par l'intermédiaire d'un petit *vas aberrans*, qui vient aboutir vers le sommet de l'appendice testiculaire. Cette anomalie constitue probablement un résidu de ce qui existe à l'état fœtal : chez la femme on trouve, dans des cas rares, une disposition semblable. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme, par le docteur Christian Smith. Tome I. In-8 de 540 pages, avec 49 figures. — Paris, 1880, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Smith débute par une profession de foi, adhésion complète aux doctrines de Bazin, notre illustre dermatologiste, sur l'interprétation des termes : diathèse, maladie constitutionnelle, maladie, affection et symptôme. Avec Martineau, il sépare nettement la lésion, origine des troubles fonctionnels et des altérations matérielles, de la maladie proprement dite, dont la nature constitue surtout la gravité du mal, fait varier le pronostic et devient la base nécessaire des indications thérapeutiques sérieuses.

Excellent résumé des connaissances actuelles et de la pratique des chirurgiens les plus autorisés de l'Europe et des États-Unis, l'ouvrage de Smith est surtout écrit pour le jeune médecin. On ne peut lui reprocher d'être trop personnel, et cependant l'auteur y discute avec beaucoup de sagacité les indications diagnostiques et thérapeutiques, exposant clairement au lecteur les raisons de sa conduite dans les diverses affections. La partie anatomique : étude rapide de l'urèthre, de la vessie, des reins, du périnée, est faite d'après les recherches les plus récentes.

Dans la seconde partie, *Urologie*, les caractères physico-chimiques de l'urine, les principes normaux inorganiques et organiques, les principes anormaux inorganiques, organiques et organisés, sont successivement passés en revue. Laissant aux chimistes purs le soin de déterminer exactement la quantité des composés normaux et anormaux du liquide urinaire, Smith se borne, avec raison, à exposer en détail les procédés multiples de l'analyse qualitative. Tout chirurgien doit être capable d'examiner une urine, il doit en connaître les caractères normaux et morbides, posséder à fond l'emploi du microscope et des réactifs chimiques, pour déterminer la nature exacte des dépôts ou des sédiments.

L'uréthrite n'est pas une affection spécifique, il n'y a pas de virus blennorrhagique, et les microbes signalés dans les sécrétions morbides sont purement accidentels. Les différentes manifestations blennorrhagiques ne sont que l'expression d'un même processus inflammatoire, ne possédant aucun caractère virulent ou spécifique, et pouvant se développer sous l'influence des causes communes à toutes les inflammations. Les complications articulaires sont d'origine uréthrale. Au point de vue clinique, l'uréthrite aiguë est primitive, se développant sur des organes sains jusque-là, ou consécutive, secondaire, affectant des organes déjà malades. C'est dans les dyscrasies (arthritis, herpétis, scrofule) qu'il faut chercher la cause prédisposante ou déterminante de l'uréthrite aiguë.

La cause efficiente la plus commune est l'irritation excessive; la contagion n'agit que bien rarement. Avec Fournier, avec Ricord, on doit admettre que fréquemment les femmes donnent la blennorrhagie sans l'avoir, que l'homme se donne plus souvent la chaudepisse qu'il ne la reçoit. La division de l'uréthrite aiguë en quatre types : bénin, subaigu, aigu et suraigu, est conforme à l'observation et facilite l'exposé des indications et des moyens thérapeutiques. Sans rejeter complètement les injections abortives, Smith les réserve à certains cas déterminés, dans la période de début, et n'emploie que des solutions de nitrate d'argent au centième, solutions incapables de produire des lésions profondes de la muqueuse uréthrale. Dans les cas aigus, les antiphlogistiques aux périodes d'augment et d'état, les balsamiques au déclin, plus tard, enfin, les injections substitutives, constituent le traitement ordinaire. Le bromure de potassium aux doses de 6 à 8 grammes d'abord; plus tard, de 10 à 15 grammes, est un puissant sédatif; son emploi doit être surveillé. Le bromure de sodium est moins actif. Introduire dans le rectum, journellement, 3 à 4 suppositoires contenant chacun jusqu'à 5 centigrammes d'extrait d'opium ou de belladone, pratiquer des injections hypodermiques de morphine ou d'atropine, nous semble une pratique bien rarement nécessaire, si aiguë que soit l'inflammation de l'urèthre. Peut-être les blennorrhagies s'accompagnent-elles, à Bruxelles, de douleurs assez violentes pour exiger d'aussi fortes doses de narcotiques. Les injections substitutives doivent être très légères et graduées avec soin; il est indispensable d'apprendre au malade à les pratiquer.

Dans les types sub-aigu et bénin, les injections substitutives graduées sont le meilleur agent. Mais, au lieu du sulfate de zinc, excellent dans la forme aiguë, les solutions légères de nitrate d'argent et de chlorure de zinc méritent ici la préférence. Dans ces cas, Smith confie au patient un linge divisé par carrés égaux et numérotés, pour recueillir le liquide sécrété au moment du lever, seul moyen d'apprécier les résultats du traitement et de le diriger. Toujours la convalescence doit être longue et soigneusement surveillée. Les complications de l'uréthrite aiguë : lymphite, adénite, uréthrorrhagie, phlegmons et abcès péri-uréthraux, uréthrite sous-muqueuse ou myo-spongite, folliculite, cowpérite, épididymite et orchite vraie, rhumatisme uréthral, enfin blennophthalmie, sont étudiées principalement au point de vue du traitement. L'uréthrite chronique, cette affection si rebelle, est très fréquente d'emblée et le plus souvent elle est constitutionnelle. « En résumé, dit Smith, qu'elle soit chronique d'emblée ou consécutive à un accès aigu, qu'elle soit simple ou compliquée, dès son début, de lésions des tuniques sous-muqueuses du canal, l'uréthrite n'a, pour moi, d'autre déterminisme évident que la modalité catarrhale de l'une des trois maladies constitutionnelles : l'arthritis, l'herpétis et la scrofule. » L'uréthrite chronique est apparente ou latente; sa marche est stationnaire, rarement régressive, mais au contraire progressive, son siège habituellement profond. Vivement influencée par l'hygiène, les eaux minérales, l'hydrothérapie, elle réclame cependant un traitement local. Dans la forme simple, les injections substitutives antébulbaires ou profondes suffisent ordinairement. Dans la forme invétérée, les injections prostatiques fortes, le nitrate d'argent solide, le vésicatoire et le séton au périnée, peuvent devenir nécessaires pour amener la malade à guérison. Smith décrit minutieusement le manuel de ces injections énergiques, des cautérisations locales, que le chirurgien doit pratiquer en se conformant à des règles aujourd'hui nettement déterminées.

Dans les rétrécissements organiques de l'urèthre, le diagnostic et le traitement sont étudiés en détail. Les explorations pour constater la présence ou l'absence d'un rétrécissement, pour préciser l'état particulier du rétrécissement, varient avec la perméabilité du canal. En admettant l'existence de coarctations dans un urèthre que traverse une bougie de 7 millimètres de diamètre, Smith nous paraît exagérer le calibre normal de l'urèthre. Dans les cas difficiles, des manœuvres spéciales et l'emploi des bougies filiformes deviennent indispensables. En somme, les rétrécissements sont rarement infranchissables, et, dans ces cas, rejetant le cathétérisme forcé, il faut recourir à la section de la coarctation, de dehors en dedans, et sans conducteur. Pour les rétrécissements franchissables, la cautérisation et l'électrolyse sont abandonnées, la divulsion avec ou sans conducteur est à rejeter, la dilatation et l'incision sont seules à conserver. Le traitement comprend toujours deux périodes : 1° le recalibrement du canal; 2° le maintien du calibre obtenu. Dans les cas simples, la dilatation graduée temporaire, en éloignant les séances de trois jours au moins et ne s'arrêtant qu'à la bougie la plus volumineuse, soit au minimum le n° 24 (8 millimètres) est la méthode préférable. Les cas compliqués : déviation ou étroitesse de l'orifice, dureté ou contractilité du rétrécissement, fausse route, irritabilité, lésions des reins ou de la vessie, rétention, stagnation, incontinence ou infiltration d'urine, etc., exigent des soins particuliers. Smith se montre grand partisan du cathétérisme à la suite; il a fait construire des sondes avec ajutage conique pour le rendre plus aisé. L'étude du cathétérisme et de ses variétés est suivie d'un long chapitre sur l'uréthrotomie interne et externe. Smith est peu partisan de l'uréthrotomie faite d'avant en arrière. L'instrument de Maisonneuve est insuffisant, celui de Voillemier préférable. L'uréthrotomie d'arrière en avant exige un instrument bien approprié. L'uréthrotome de Mercier, celui de Berkeley-Hill, modifié par Smith, remplissent les conditions voulues. L'opération n'étant suivie de succès que si tout le tissu morbide est divisé, l'action d'arrière en avant permet de mesurer l'obstacle et l'élasticité du tissu, elle permet de changer la hauteur de la lame sans sortir le conducteur et assure cette division complète de la coarctation. Thompson proclame qu'elle l'emporte sur la section d'avant en arrière de tout ce qui, en chirurgie, distingue le travail d'une main intelligente, pouvant s'adapter aux circonstances, du travail d'une machine qui ne saurait être parfait qu'autant que les circonstances s'adaptent à son mode d'action. Les lames sont ouvertes de 8 à 10 millimètres, parfois 12 et 15 millimètres avec l'uréthrotome Mercier. Sauf nécessité absolue, la dilatation est d'abord poussée à 4 et 5 millimètres. Après l'opération, sonde à demeure pendant vingt-quatre heures seulement; plus tard, dilatation obligatoire pour éviter une récidive, résultat de la rétraction du tissu divisé et de la pièce supplémentaire. La mortalité de l'opération n'est que de 0,4 pour 100. La fièvre intermittente uréthrale ou urémique est le résultat d'une congestion des reins et non de l'absorption de l'urine par la plaie récente; l'urine n'agit sur la plaie que par l'irritation que provoque son passage. Sur la nature de la fièvre uréthrale comme sur l'emploi de l'uréthrotomie d'arrière en avant, Smith est en désaccord avec presque tous nos spécialistes français actuels.

L'uréthrotomie externe avec ou sans conducteur présente des indications spéciales. Sa mortalité est de 8 à 9 pour 100. Le calibre du canal doit être maintenu par le passage de cathéters volumineux, jusqu'à que cesse toute tendance à la récidive. Ce volume se termine par l'étude des épanchements d'urine, infiltration, abcès et poches urineuses; des lésions traumatiques, plaies simples et contuses, contusions, fausses routes de l'urèthre. Un dernier chapitre est consacré aux fistules urinaires du canal, uréthro-rectales, uréthro-périnéales et scrotales, enfin uréthro-péniennes, et à leurs modes de traitement. Le second volume comprendra les affections de la prostate, de la vessie, des reins, ainsi que le traitement de la pierre et des corps étrangers.

Dr J. Chauvel.

VARIÉTÉS

REVUE D'ANTHROPOLOGIE, fondée en 1872 par PAUL BROCA. Deuxième série, quatrième année, G. Masson, éditeur.

Du *prospectus* qui vient d'être publié nous détachons les passages suivants :

La *Revue d'Anthropologie* entre dans sa dixième année, au lendemain de la perte de son éminent directeur. Rien dans son attitude, son esprit et ses traditions n'est changé...

Broca, en fondant successivement le Laboratoire d'anthropologie de l'École des hautes études, la *Revue d'Anthropologie* et l'École d'anthropologie, trois institutions solidaires, n'a fait qu'en rassembler et utiliser les éléments épars et militants. La *Revue* reste l'organe de cette phalange active et indépendante. La *Revue*, cependant, mettra en première ligne les œuvres du maître vénéré. Broca a laissé des mémoires inédits, les uns tout prêts, les autres à coordonner, des ouvrages commencés, des documents, d'imposants registres de mensurations, une foule de documents, de notes, de dessins. C'est à elle de les publier aussi rapidement que la place le permettra. Nous commencerons sans doute, dès le prochain numéro, par un mémoire sur « la torsion de l'humérus », auquel Broca mettait la dernière main la veille de sa mort. Nous entendons aussi donner les leçons si originales et si appréciées, recueillies fort heureusement et sur lesquelles rien n'a encore été publié, que Broca faisait à l'École d'anthropologie, depuis quatre années, sur l'anatomie et la morphologie comparées de l'homme et des anthropoïdes...

Broca, accablé d'occupations diverses, avait depuis longtemps été obligé de s'en remettre du soin de la rédaction de la *Revue* au directeur-adjoint de son laboratoire, le docteur Topinard. Celui-ci n'a qu'à continuer l'œuvre dont il était chargé depuis la fondation et d'y maintenir l'esprit de modération et d'impartialité dont il ne s'est jamais départi.

Chaque numéro de la *Revue* est divisé en trois parties : l'une consacrée aux *travaux originaux*, l'autre aux *revues, extraits* et *miscellanea*, et la troisième à la *bibliographie*. La seconde partie comprend la REVUE CRITIQUE ; la REVUE PRÉHISTORIQUE ; la REVUE DES LIVRES ; les REVUES ALLEMANDE, ANGLAISE, AMERICAINE, BRÉSILIENNE, ESPAGNOLE, FRANÇAISE, HOLLANDAISE, ITALIENNE, POLONAISE, RUSSE, etc.

La REVUE D'ANTHROPOLOGIE paraît tous les trois mois, par fascicules de 12 feuilles grand in-8 (environ 200 pages), avec figures dans le texte, cartes, planches et tableaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX CORVISART. — Les candidats au prix Corvisart sont priés de faire parvenir leurs mémoires à la Faculté avant le 1er décembre 1880.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Les concours pour le clinicat et l'adjuvat se sont terminés par la nomination de M. le docteur A. Duhreuilh comme chef de clinique médicale ; de MM. les docteurs T. Piéchaud et Monod comme chefs de clinique chirurgicale ; de M. le docteur Troquart comme chef de clinique adjoint ; et de M. Marcondès comme aide d'anatomie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Dharpy, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire d'anatomie pendant l'année scolaire 1880-1881.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — La séance d'installation des internes et externes a eu lieu le jeudi 11 novembre. Ont été proclamés : *Internes* : MM. Loumeau, Doche, Bertrand, Dumont et Etienne Ferré (ce dernier pour un an). — *Internes provisoires* : MM. Saint-Mégard, Bias, de Fleury et Bos. — *Externes* : MM. Tronchet, Ducasse, Gacom, Camidebat, Plangeau, Maillé, Audubert, Prideau, Dignat, Latrille, Suzanne, Barraud, Mattenzo, Meilhon, Sieur, Firpo, Dussaud, Princeteau, Marcondès, Garrigade, Talauchet, Chevalier, Dutil, Pouchet, Auzequil, Robert, Collinet, Augis et Puech.

Sont proclamés *lauréats* : *Prix Delord* : M. Courtin. — *Prix de l'Administration* : M. Laconche. — *Prix Levieux* : M. Labadie. — *Médailles d'argent* : MM. Rivière, Moussous, Chevalier, Busquet, Doche et Etienne Ferré. — *Médailles de bronze* : MM. Sébileau et de Fleury. — *Mentions honorables* : MM. Loumeau, Bos et Bertrand.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours sera ouvert, le 25 mai 1881, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion du Congrès hygiénique de Turin, les palmes universitaires ont été conférées : à MM. Casalis, préfet, et à M. le comte Ferraris, syndic, ainsi qu'à MM. les docteurs Pacchiotti (de Turin), Crocq (de Bruxelles), Félix (de Bucharest), Van Overbeck de Meijer (d'Utrecht), Ligor (d'Amsterdam), Bambas (d'Athènes), Lubelski (de Varsovie), et Mme Bowel-Sturge (docteur de Londres).

MORTALITÉ A PARIS (46e semaine, du vendredi 12 au jeudi 18 novembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 988, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 15. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 10. — Diphthérie, croup, 29. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 31. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 83. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés au biberon et autrement, 42 ; au sein et mixte, 15 ; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113 ; de l'appareil circulatoire, 69 ; de l'appareil respiratoire, 79 ; de l'appareil digestif, 42 ; de l'appareil génito-urinaire, 14 ; de la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 6.

Bilan de la 46e semaine. — La semaine précédente a compté 1047 décès, celle-ci (46e) en a enregistré 988, soit une diminution de 59 décès. Ce dégrèvement important porte sur plusieurs maladies épidémiques : sur la fièvre typhoïde, qui de 46 est descendue à 36, surtout au profit de la garnison, qui, au lieu de 7 décès, n'en a plus que 1 ; la variole avait fourni 26 décès, elle n'en compte plus que 15 ; la diphthérie, de 49, s'est abaissée à 29. Empressons-nous d'ajouter que le quartier Saint-Victor a surtout bénéficié de cette diminution, puisque au lieu de 6 décès il n'en compte plus que 2 ; d'ailleurs, aucune des autres affections épidémiques ne s'est sensiblement aggravée.

Cependant, j'attirerai l'attention de mes confrères, dans l'espérance d'en recevoir quelque éclaircissement, sur la hausse singulière des décès par le groupe des maladies *cérébro-spinales*, tel qu'il est composé dans notre liste des maladies causes de décès, au dos des *Notices statistiques* (moins la méningite, qui est relevée séparément). Avant la 43e semaine, les décès dus à ce groupe morbide n'atteignaient presque jamais 90 ; ils sont même descendus à 79 et 72, dans les 43e et 44e semaines ; mais, dans les deux dernières, les voilà qui montent tout d'un coup à 106, puis à 113 décès !...

La natalité est encore assez élevée cette semaine ; elle compte 1049 naissances vivantes, ce qui suppose 27,3 environ par an et par 1000 habitants : c'est à peu près la valeur moyenne à Paris.

Cependant, sur ces 1049 naissances vivantes, il y en a sans doute un peu plus du quart qui ont été placés en nourrice, et plus de la moitié de ce quart y ont été avec la clause formelle faite par la pseudo-nourrice, et acceptée par les familles, que l'enfant serait privé du sein, mais alimenté au biberon ou autrement. De si fâcheux contrats nous paraissent pourtant pris en contradiction certaine avec l'esprit de la loi Th. Roussel (21 décembre 1874).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 2 décembre 1880.

ERRATUM. — Dans le *Premier-Paris* du numéro dernier, p. 773, deuxième colonne, dernière ligne de la note : *au lieu de* : Il été revu, *lisez* : Il est revenu à Paris. A. H.

LÉSIONS ANATOMIQUES ET MÉCANISME DE L'ATHÉTOSE.

L'*athétose* a été depuis quelque temps à l'ordre du jour dans plusieurs Sociétés savantes.

Depuis que cette expression a été introduite dans le vocabulaire médical, — il y a de cela dix ans environ, — l'affection désignée par ce terme nouveau a été l'objet d'une étude incessante. C'est vers la même époque que les localisations cérébrales commencèrent à s'affirmer par des preuves de plus en plus nombreuses, et il était inévitable qu'un désordre des mouvements, aussi bien caractérisé que l'est l'athétose, captivât l'attention de beaucoup d'observateurs. Mais les cas de maladies cérébrales chroniques qui se traduisent par la perturbation motrice à laquelle Hammond a donné le nom d'athétose sont incomparablement plus rares que ceux où le symptôme dominant est l'impotence paralytique. Aussi le chapitre de l'anatomie pathologique, dans l'histoire de l'athétose, demeura-t-il bien longtemps sans un seul témoignage qui permît de donner une base à la pathogénie de cette affection. Les premiers travaux publiés sur la matière ne renfermèrent donc qu'un exposé plus ou moins détaillé des symptômes cliniques, dont on n'osait pas encore hasarder une explication théorique.

Au bout de trois ou quatre ans, lorsque, grâce à un assez grand nombre d'autopsies pratiquées sur l'homme et en particulier chez les hémiplégiques, on eut déterminé avec une approximation suffisante les bornes des régions motrices de l'écorce cérébrale, on put être tenté de localiser les lésions de l'athétose aux mêmes régions qui avaient été reconnues malades dans la plupart des cas de paralysie des membres. Eulenburg soutint cette opinion, alors que les autopsies d'athétose proprement dites manquaient encore. Hammond, au contraire, estimait que le foyer devait occuper probablement la région opto-striée, et M. Charcot, plus explicite que le professeur américain, prédisait en quelque sorte que la localisation de l'athétose unilatérale serait trouvée au voisinage de celle de l'hémichorée. A l'heure actuelle, la science est en possession de quelques comptes rendus d'autopsie; mais, à l'inverse de ce qu'on aurait pu espérer, les auteurs ne leur ont pas attribué leur signification véritable. Il nous semble du moins que les observateurs auxquels nous faisons allusion n'ont pas suffisamment comparé les faits les uns avec les autres. Ces faits, à première vue dissemblables, ont cependant entre eux certains points de contact à l'aide desquels on peut aisément saisir le mécanisme de l'athétose.

Nous ne parlerons ici, bien entendu, que de l'*hémiathétose* dont la grande majorité des auteurs se sont presque exclusivement occupés, d'abord parce qu'elle est infiniment plus commune que l'athétose bilatérale, ensuite parce qu'elle rentre plus directement que celle-ci dans le domaine des localisations cérébrales proprement dites. Il est précisément un point sur lequel M. Charcot a particulièrement insisté dans ses leçons cliniques, c'est que l'hémiathétose est un symptôme posthémiplégique du même ordre que la contracture permanente, c'est-à-dire que la lésion à laquelle elle est

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Les ivrognes au violon. — Une ovariotomie triple. — Un nouveau monstre pygopage : Rosalie-Josepha. — L'hygiène publique et le choléra au Japon : bons effets de la pilocarpine dans le choléra. — Un frère mangé par son frère, mais non digéré.

Un spirituel article de notre excellent confrère le docteur Galippe, sur *le Violon et les Ivrognes*, appelle l'attention du public médical et des autorités compétentes sur la situation des malheureux ramassés sur la voie publique en état d'ivresse et portés au poste pour y cuver leur boisson. M. Galippe rappelle que les individus ivres, abandonnés à eux-mêmes une fois au poste, sont très aptes à passer de vie à trépas, soit parce qu'ils se refroidissent très vite, soit parce que les matières vomies s'introduisent mécaniquement dans les voies aériennes. Il cite, à ce sujet, le fait d'un individu apporté, il y a quelques mois, à l'hôpital Saint-Antoine, d'un poste de police où il avait été enfermé la veille, et qu'on avait trouvé mort au moment où on voulait le remettre en liberté. Pareille mésaventure vient encore d'arriver à un militaire.

Un autre point signalé par M. Galippe est qu'on peut mettre au poste, comme ivre-mort, un individu trouvé inanimé dans la rue, et atteint d'apoplexie cérébrale. C'est, du reste, ce qu'on a vu récemment. S'il n'est guère facile pour un médecin, en présence d'un individu ramassé dans le coma sur la voie publique, de décider si le coma est dû à l'ivresse, à la commotion cérébrale, ou à la fracture du crâne causée par la chute, ou à une apoplexie, cette difficulté est encore plus grande, nous semble-t-il, pour les agents, dont le devoir consiste simplement à porter l'ivrogne sur le plancher du poste.

La question n'est pas neuve; nous en avons dit quelques mots déjà dans une de nos dernières chroniques, à propos d'un fait analogue signalé en Angleterre; dans ce pays en particulier, on se préoccupe fortement de lui trouver une solution,

due, occupe dans l'encéphale un emplacement voisin de celui qui correspond aux hémiplégies communes, voisin *a fortiori* de la localisation de l'hémichorée. Pour faire ressortir plus clairement les conditions auxquelles sont subordonnées les perturbations de la motilité qui caractérisent l'athétose, il est donc de toute nécessité que nous rappellions en quelques mots les connexions symptomatiques de l'hémiathétose, de l'hémichorée et de la contracture hémiplégique.

Si l'on envisage le cas le plus ordinaire, celui de l'hémiathétose consécutive à une attaque d'apoplexie, on doit être d'abord frappé de ce fait que les mouvements involontaires des petites extrémités n'apparaissent qu'au bout d'un certain laps de temps. Tantôt ces mouvements survivent seuls à la crise initiale, tantôt ils sont accompagnés d'une raideur insolite du membre où ils se produisent. Cette raideur n'est autre chose qu'une contracture véritable, laquelle ne se manifeste qu'à son heure, après trois ou quatre semaines, et qui exagère notablement les difformités changeantes que subissent les doigts ou les orteils athétosiques. Ainsi, dans un bon nombre de cas, l'athétose survient en même temps que la contracture, et par son évolution est identique à cette dernière.

Après une période d'augment dont la durée varie, les désordres des mouvements ne subissent plus de modifications dans un sens ou dans l'autre, et les choses restent en l'état, car la maladie est arrivée à un degré qu'elle ne dépassera plus. Mais on peut encore remarquer que si les deux membres du côté malade sont animés de mouvements involontaires, c'est dans le membre supérieur que ces mouvements sont le plus accentués. Il arrive même assez souvent que les orteils restent immobiles alors que les doigts exécutent des contorsions incessantes. Sous ce rapport, l'hémiathétose présente une grande analogie avec la contracture hémiplégique, dont la fréquence et l'intensité dans le membre supérieur sont assurément doubles de ce qu'elles sont dans le membre inférieur. Ce sont là, d'ailleurs, des faits que M. Oulmont a exposés dans tous leurs détails et sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister davantage. Peut-être seulement n'est-il pas inutile de rappeler que la strychnine, même à faible dose, provoque chez les athétosiques une aggravation considérable des mouvements, ainsi qu'en témoigne une observation de Sidney Ringer dont nous reparlerons un peu plus loin. Or, chez les hémiplégiques contracturés, la strychnine ne détermine pas de mouvements, mais elle exaspère le spasme musculaire. Donc elle agit de la même façon sur le phénomène posthémiplégique, quel qu'il soit, athétose ou contracture, et son influence se traduit par une exagération transitoire de ce symptôme.

Dans ses rapports avec l'hémichorée, l'hémiathétose n'est pas moins intéressante. Ainsi que l'a fait voir M. Charcot, elle n'est elle-même qu'une hémichorée d'une certaine forme, et qui encore affecte un caractère spasmodique du même ordre que la contracture permanente. Il existe, en effet, entre ces trois grands symptômes posthémiplégiques une série de transitions insensibles dont l'anatomie pathologique rend parfaitement compte, et grâce auxquelles la pathogénie de l'athétose et de l'hémichorée peut recevoir une interprétation très satisfaisante. C'est en nous appuyant à la fois sur l'examen comparatif des symptômes et des lésions que nous allons tâcher de démontrer que l'hémiathétose n'est, pour ainsi dire, qu'une hémichorée mitigée, que les différences d'intensité qui lui ont valu une dénomination spéciale tiennent à une très légère différence de localisation, mais que le mécanisme de l'une et de l'autre affection est rigoureusement le même.

Le nombre des cas où l'hémichorée et l'hémiathétose sont de tous points conformes à la description classique qu'on a donnée de chacune d'elles est relativement fort restreint. En revanche, nous voyons s'augmenter de jour en jour le chiffre des observations relatives à des troubles moteurs posthémiplégiques qu'on ne saurait taxer d'hémiathétose plutôt que d'hémichorée. Ainsi M. Oulmont a relaté dans sa thèse le cas très intéressant d'une malade *hémiathétosique* qui devenait *hémichoréique* aussitôt qu'elle voulait exécuter le moindre mouvement volontaire. Tout dernièrement se présentait à la consultation de la Salpêtrière une jeune fille également frappée d'hémiathétose simple, et qui, par moments, était agitée de grands mouvements choréiques. A la même catégorie de malades appartient aussi cette femme que M. Charcot montre dans ses cours comme une athétosique, et dont l'histoire se trouve insérée sous le titre d'*hémichorée* dans la thèse de M. Raymond. En résumé, dit M. Oulmont, ces deux variétés d'une même famille ne sont même pas des espèces bien définies, isolées l'une de l'autre par une ligne infranchissable; entre elles le rapprochement se fait par de nombreux degrés, où les caractères d'une des variétés disparaissent ou s'effacent peu à peu pour faire place à ceux de la seconde.

Tant d'affinités symptomatiques entre l'hémichorée et l'athétose impliquent nécessairement une grande similitude dans la nature et le siège des lésions, et il était en quelque

---

et maintes fois le *British medical Journal* a attiré l'attention sur ce point; nous lui empruntons le fait suivant.

Une femme de trente-neuf ans, que son mari disait être très sobre, fut arrêtée pour ivresse et enfermée dans une cellule du poste, où elle mourut. On prétendit que la police avait méconnu, chez cette femme, une paralysie par intoxication alcoolique, et qu'on avait accéléré sa mort en la laissant se coucher sur le froid pavé de la cellule. Le chirurgien de quartier certifia que la défunte était sous l'influence de la boisson; mais le docteur Miller, qui fit l'autopsie, constata que la mort était due à la paralysie avec rupture d'un vaisseau du cerveau, lésion que le chirurgien de quartier soutenait être survenue après sa visite au poste de police. L'affaire fut portée devant la justice, et, après délibération, le jury rendit un verdict de « mort par causes naturelles », ajoutant que, dans son opinion, on ne pouvait blâmer la police, et que la défunte était une femme sobre. Toutefois, le chirurgien de quartier paraît avoir fait un examen trop rapide et avoir porté un diagnostic erroné.

Ce fait, dans son essence, est donc du même genre que ceux de notre confrère, avec l'intervention de la justice en plus; mais, comme les siens, il démontre la nécessité de réformer complètement la manière d'agir en pareil cas. Il serait original de voir se fonder, dans un avenir plus ou moins éloigné, une ou plusieurs sociétés de secours mutuels entre ivrognes. En attendant nous adoptons les conclusions de M. Galippe :

« Tout individu apporté au poste en état d'ivresse apparente ou réelle devrait être l'objet d'un examen médical; si l'ivresse est reconnue réelle, les agents de garde devront exercer une surveillance attentive sur leur pensionnaire et ne point s'en laisser imposer par un sommeil trompeur qui pourrait être quelque chose de mieux (ou de pire, s. v. p.) que l'image de la mort. En procédant ainsi, on concilierait les exigences de la sûreté publique avec celles de l'humanité.

sorte forcé que l'anatomie pathologique confirmât les présomptions suggérées par la clinique. A l'heure actuelle, il existe environ une dizaine d'observations complètes d'athéthose. Sept seulement nous paraissent propres à être utilisées comme se rapportant à des cas relativement simples, et nous passerons sous silence celles qui font mention de lésions par trop complexes (celles d'Ewald, *Arch. f. kl. Med.*, Bd XIX, entre autres, qui concernent des cas de paralysie générale des aliénés). Il serait également superflu de donner le détail de toutes les altérations qu'on a pris soin d'énumérer. En effet, ces altérations sont très diverses : il s'agit tantôt d'un ramollissement du corps strié, tantôt d'une hémorrhagie de la couche optique, tantôt d'une fonte kystique du noyau lenticulaire, etc. La seule lésion qui mérite d'être prise en considération est précisément de celles qu'on serait tenté de considérer, au premier abord, comme accessoires; mais elle tire de sa constance une importance capitale.

La première autopsie a été publiée par M. Landouzy (*Progrès médical*, 1878, p. 96). Elle a révélé l'existence d'une lésion, évidemment très rare, d'un calcul enkysté dans le noyau lenticulaire. Vient ensuite l'observation de Lauenstein, qui a trait à un cas d'athétose du membre supérieur, déterminée par un foyer de ramollissement occupant la partie la plus antérieure de la couche optique. Puis parut la très remarquable relation de Pick et Kahler (*Prager Vierteljahrschrift*, 1879, 141 et 142), qui est relative à une hémiathétose avec hémianesthésie. L'examen nécroscopique du cerveau fit voir que la moitié externe de la couche optique était détruite, et que la capsule interne était intéressée pour une notable part dans cette lésion, à tel point que sa partie la plus postérieure (localisation de l'hémianesthésie) était totalement envahie dans son diamètre transversal. Quelques mois plus tard, M. Sidney Ringer (*The Practitioner*, septembre 1879) terminait par un examen cadavérique détaillé l'histoire d'un malade dont il avait déjà longuement parlé en 1877. Il s'agissait là d'une lésion complexe consistant en un ramollissement de la queue du corps strié, ainsi qu'en une excavation lacunaire ayant anéanti la presque totalité du noyau lenticulaire et touchant à la partie externe de la capsule interne. Nous tenons également à faire figurer dans cette énumération le cas dont M. Grasset a rapporté l'observation dans une note récente sur l'*hémiataxie posthémiplégique* (*Progrès médical*, 13 novembre 1880). Cette soi-disant hémiataxie n'est assurément pas autre chose qu'une variété d'hémiathétose ou d'hémichorée, ainsi que nous essayerons de l'établir dans un instant. Qu'il suffise de rappeler actuellement que l'autopsie démontra l'existence de trois foyers de ramollissement, dont un, assez petit d'ailleurs, situé à la partie inférieure de la couche optique, confinait à la capsule interne, tandis qu'un autre englobait une partie du noyau caudé, du noyau lenticulaire, de la capsule interne et de la couche optique. Enfin, notre ami le docteur P. Richer a mis à notre disposition des notes très circonstanciées sur l'autopsie d'une malade athétosique, dont l'observation clinique est rapportée tout au long dans la thèse de M. Oulmont. Là encore plusieurs foyers de ramollissement occupaient l'hémisphère malade; mais deux surtout avaient de l'importance. L'un avait détruit toute la moitié postérieure du noyau caudé; l'autre avait creusé une cavité assez profonde dans le noyau lenticulaire, et, sur un tout petit espace, rejoignait à travers la capsule interne le foyer du noyau caudé. Aussi la destruction partielle de cette région très circonscrite de la capsule interne avait-elle entraîné une légère dégénération secondaire des fibres pédonculaires et pyramidales.

De l'examen de toutes ces observations il résulte, en premier lieu, ce fait contraire à l'opinion émise par Eulenburg, que la lésion de l'athétose n'est pas corticale, mais centrale; car c'est presque toujours à un ramollissement ou à une hémorrhagie des corps opto-striés qu'on a affaire. Par là on voit aussi que, dans certains cas remarquablement simples, la destruction de tissu a porté, soit sur la couche optique, soit sur le noyau lenticulaire, à l'exclusion de toute autre partie; et que, dans des cas plus complexes, au moins sous le rapport anatomo-pathologique, d'autres portions des centres, tels que la capsule externe, le noyau caudé, et surtout la capsule interne, ont été plus ou moins directement touchés.

Étant donné que le même ensemble de symptômes s'est manifesté à l'occasion d'une altération encéphalique de localisation si variable, il est tout naturel d'admettre *a priori* que c'est dans la partie du cerveau qui a été toujours intéressée que doit résider le foyer de l'affection. Or, dans les six observations que nous venons d'énumérer, cette partie toujours intéressée a été la capsule interne. Dans l'observation de Pick et Kahler, dans celle de Sidney Ringer, aussi bien que dans celles de Grasset et de Richer, la lésion capsulaire est péremptoirement signalée. Quant aux deux premières observations, celles de Landouzy et de Lauenstein, le même fait nous y paraît indiscutable, à savoir que la capsule interne était en cause. Ainsi, dans le cas de Landouzy, puisque le noyau lenticulaire était en partie énucléé, la portion externe

---

» ... Des médecins spéciaux sont attachés aux postes de police; ils ne demanderont pas mieux que d'aller visiter, suivant le tarif adopté par la préfecture pour les visites de nuit, les individus arrêtés. On protège les animaux, souvent même avec un zèle belliqueux; faisons quelque chose pour les pauvres ivrognes. »

— On sait qu'il n'existe pas d'exemple authentique, du moins reconnu scientifiquement et avec toutes les preuves à l'appui, de testicule triple. Les organes pris pour tels étaient des tumeurs graisseuses, ou épiploïques, ou intestinales, ou ganglionnaires, etc., mais non formées de tissu testiculaire indéniable. Jusqu'alors on avait pensé qu'il en était de même pour l'ovaire, et je ne sache pas qu'on ait jamais trouvé trois ovaires ayant toutes les garanties désirables d'authenticité. Aussi le fait suivant est-il particulièrement intéressant.

Le docteur Fritz Keppler, médecin allemand établi à Venise, pratiquant une ovariotomie, trouva une dégénérescence de l'ovaire et de la trompe des deux côtés. Dans le cours de l'opération, il découvrit une troisième trompe et un troisième ovaire bien développés, mais atteints également par la maladie. On en fit l'extirpation, comme des deux autres. La malade guérit bien d'ailleurs.

Après cette monstruosité enlevée aussitôt qu'aperçue, nous pouvons en citer une autre aussi inopérable que la précédente fut curable.

— Un nouveau monstre pygopage, du genre Millie-Christine ou Helena-Judith, vient de faire son apparition à Londres, où on l'exhibe comme objet de curiosité. Le professeur Breisky, de Prague, en a donné la description suivante :

« La difformité de ces jumelles, Rosalie-Josepha Blazet, de Skrejchow, dictrict de Mühlhausen, en Bohême, consiste dans la jonction des parois postérieures du bassin. Leur développement correspond à leur âge, et au moment de leur examen elles paraissaient en bon état. La formation séparée de chaque enfant est manifeste; parfois l'une dort pendant que l'autre est éveillée, et les mouvements volontaires et

de la capsule interne devait être nécessairement séparée des nombreux filets nerveux qu'elle fournit à ce ganglion; et dans l'observation de Lauenstein, où il est dit qu'un foyer de ramollissement de la grosseur d'un haricot occupait la partie la plus antérieure de la couche optique, la capsule devait être immédiatement tangente à ce ramollissement. Si, relativement à ces deux cas, on est moins édifié que relativement aux autres sur la part qui revient à la capsule interne dans la lésion, cela tient à ce que le mode de dissection employé a été défectueux. Les coupes de l'hémisphère malade ont été pratiquées verticalement, et c'est dans le sens horizontal qu'il faut sectionner le cerveau toutes les fois qu'on tient à préciser les limites d'une localisation de ce genre. Voici, d'ailleurs, en quelques mots la raison pour laquelle on doit procéder de la sorte.

Flechsig et Charcot ont démontré que le faisceau pyramidal ou *faisceau moteur* ne contribue que pour une part restreinte à la constitution de la capsule interne. Celle-ci étant formée de deux segments, l'un antérieur, l'autre postérieur, c'est dans le segment postérieur seul que sont contenues les fibres du faisceau pyramidal; et dans ce segment postérieur même les fibres motrices ne sont pas partout disséminées; elles occupent uniquement les deux tiers antérieurs du segment. Le tiers postérieur est, comme on le sait, réservé aux fibres centripètes, dont la destruction entraîne l'hémianesthésie. Or, l'athétose se caractérisant par des troubles essentiellement moteurs, il va de soi que c'est dans la région ou sur le trajet du faisceau pyramidal que les lésions doivent être cherchées. Mais comme il n'est possible de déterminer les limites exactes de ce faisceau que dans le sens antéro-postérieur, c'est seulement à l'aide de coupes horizontales qu'on pourra déterminer avec précision la situation du foyer. Les coupes de Pitres, très utiles lorsqu'il s'agit de reconnaître la localisation des foyers dans le centre ovale, ne peut fournir ici que des indications insuffisantes. Pour nous rendre compte des rapports des lésions avec la capsule interne dans les cas qui précèdent, nous avons donc pratiqué des coupes *verticales* sur un cerveau durci et préalablement coupé *transversalement;* nous avons pu ainsi nous assurer que toutes les altérations décrites dans les différentes observations qu'on possède actuellement, soit qu'elles affectent le noyau lenticulaire, soit qu'elles aient pris naissance dans la couche optique, intéressent plus ou moins directement *les deux tiers antérieurs du segment postérieur de la capsule,* c'est-à-dire le faisceau pyramidal.

Par conséquent il ne faut pas dire, comme Sidney Ringer, qui a observé un cas de lésion du noyau lenticulaire, que la localisation de l'athétose est dans le noyau lenticulaire; car il serait tout aussi juste, à ce compte, de la placer dans la couche optique, conformément au cas de Lauenstein. Ce qu'on peut considérer comme un fait constant, c'est que la capsule interne est intéressée sur le trajet du faisceau pyramidal, soit par une lésion de la couche optique, soit par une lésion du corps strié. Mais ce qui fait aussi le grand intérêt de cette lésion, c'est qu'elle n'est pas de la même nature que celle d'où résulte une contracture permanente. Ici, en effet, il n'y a pas destruction des fibres motrices, comme dans l'hémiplégie incurable; du moins cette destruction n'est que très circonscrite. Dans l'observation de Richer, par exemple, une certaine portion de la capsule avait été englobée dans le ramollissement; il en était résulté une légère dégénération latérale, et la malade effectivement avait une certaine contracture associée à son athétose. Au contraire, dans le cas de Landouzy, la capsule interne n'était altérée en aucune de ses parties, mais ses connexions avec le noyau lenticulaire étaient rompues. Il est donc suffisant qu'une lésion adjacente à la capsule interne soit une cause d'irritation permanente du faisceau pyramidal, pour que l'athétose se produise. Cette opinion a été déjà formulée très nettement par Pick et Kahler dans un travail dont Sidney Ringer n'avait pas eu connaissance.

Dr Brissaud.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

De la valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie, par M. Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine.

La question du drainage de la cavité abdominale dans l'ovariotomie est encore aujourd'hui très discutée. Les ouvrages didactiques ne contiennent à ce sujet que des indications bien vagues. La plupart des auteurs s'occupent surtout des mesures à prendre contre les hémorrhagies consécutives; mais ils ne donnent aucune règle précise pour favoriser l'évacuation des liquides morbides qui peuvent s'accumuler dans la cavité abdominale après l'opération.

MM. Kœberlé et Boinet conseillent, il est vrai, d'après la

---

réflexes, sous l'influence d'une irritation mécanique de la peau des extrémités inférieures, sont séparés dans chaque individu. Par suite de la jonction des deux bassins, les deux grandes lèvres sont confondues, ainsi que les ouvertures génitales et anales. L'orifice uréthral, qui paraît unique, est situé au-dessous d'une petite saillie en forme de repli, constituée par la jonction des petites lèvres rudimentaires, et correspondant à un prépuce clitoridien médian, d'où partent de chaque côté les petites lèvres. Je n'ai pas sondé l'urèthre, mais j'ai vu l'urine en sortir. Au-dessous sont les orifices vaginaux, très près l'un de l'autre, et séparés par une cloison longitudinale; un périnée assez mince les sépare à leur tour d'un anus unique.

» Un point remarquable chez ces deux enfants est l'asymétrie singulière des crânes dans les deux sens supéro-inférieur et postéro-antérieur. Vus d'en haut, les ovales crâniens paraissent aplatis suivant leur bord contigu, dans la circonférence antérieure du crâne, et très proéminents en arrière. Vu de derrière, la face regardant en haut, l'aplatissement des parties contiguës des crânes est également très frappant.

» Ces enfants naquirent, avec l'assistance d'une sage-femme, le 20 janvier 1878, d'une mère âgée de vingt-deux ans, qui, deux ans auparavant, avait donné le jour à une fille bien conformée. Rosalie vint la première, la tête en avant. Après la sortie de la partie supérieure du corps, il survint un obstacle au cours de l'accouchement. Alors la sage-femme, par des tractions énergiques, délivra les quatre pieds et le bassin; puis la partie supérieure du corps de Josepha suivit, et enfin la tête. Lorsque le médecin qu'on avait envoyé chercher arriva, l'accouchement était terminé. Le placenta vint spontanément, mais ne fut pas examiné. Les suites de couches furent normales. »

— Les récriminations de toute nature soulevées récemment contre l'administration de la voirie, au sujet des *odeurs de Paris*, nous engagent à faire connaître à nos lecteurs les us

pratique de Keith, de se mettre en mesure contre les hémorrhagies et les épanchements consécutifs, en plaçant des canules ou des tubes en verre qu'on laisse à demeure et qui servent, soit à extraire le liquide de la cavité péritonéale, soit à le déverser au dehors par le vagin ou une ouverture de la paroi abdominale.

Mais ces opérateurs n'ont pas suffisamment précisé les cas dans lesquels cette méthode doit être mise en pratique.

J'avais moi-même, en 1868, appliqué le drainage, à l'aide du tube de verre recommandé par Kœberlé. Dans un cas j'eus un succès complet, et il s'écoula par le tube, pendant les quarante-huit heures qui suivirent l'opération, 1100 grammes de liquide.

Dans un autre cas, le drainage pratiqué dans les mêmes conditions ne put sauver la malade. Elle succomba à des accidents septicémiques, que je crus devoir rapporter à la communication de la cavité abdominale avec l'air extérieur par l'intermédiaire du tube dont l'orifice était insuffisamment protégé. Cet insuccès me fit renoncer au drainage, et je l'abandonnai pendant les années qui suivirent.

Je disais déjà, dans mes *Leçons de clinique chirurgicale* publiées en 1876 (*Leçon sur les kystes de l'ovaire*, p. 409), que, de toutes les causes de mort après l'ovariotomie, les plus fréquentes étaient sans contredit la *septicémie* et la *péritonite*. La première de ces complications, qui est de beaucoup la plus grave, est due à la rétention de matières putréfiées dans la cavité abdominale. Ces matières sont habituellement du sang ou du sérum introduits dans le péritoine, soit pendant le cours de l'opération, soit pendant les quelques heures qui l'ont suivie. Cet épanchement de sérosité est quelquefois considérable dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, ainsi qu'on en jugera par les observations que je vais rapporter un peu plus loin.

Cette opinion que j'exprimais, il y a quelques années, sur la gravité de la septicémie causée par la rétention des liquides morbides dans l'abdomen après l'ablation des kystes de l'ovaire, s'est encore fortifiée par la pratique des nombreuses opérations d'ovariotomie que j'ai faites pendant ces dernières années. J'ai eu notamment l'occasion d'observer un fait très concluant et dans lequel la malade, qui a succombé, aurait presque certainement guéri si le drainage de la cavité abdominale avait été pratiqué immédiatement après l'opération. Voici un résumé de cette observation.

L'auteur rapporte une première observation d'ovariotomie pratiquée sur une malade chez laquelle il existait un certain degré d'ascite en même temps que des adhérences. La mort eut lieu à la suite d'accidents septicémiques et sans qu'il existât de péritonite.

L'autopsie fut autorisée. On trouva dans le petit bassin 1 litre environ d'un liquide séro-sanguinolent, brunâtre, et présentant des caractères franchement septiques.

L'observation que je viens de rapporter, jointe à quelques autres faits de ma pratique antérieure, me firent réfléchir de nouveau à la valeur du drainage préventif. Je m'attachai d'autant plus facilement à cette idée, qu'à la même époque je commençais à appliquer à l'ovariotomie la méthode listérienne. J'étais tellement pénétré des avantages de cette méthode au point de vue antiseptique, que j'eus la conviction absolue qu'elle rendrait inoffensive l'introduction d'un drain dans la cavité abdominale. Je pris donc la résolution d'employer le drainage préventif toutes les fois que l'ovariotomie se présenterait dans des conditions où l'on pourrait craindre de voir se reproduire, consécutivement à la fermeture de la plaie abdominale, une accumulation de liquides dans la cavité du petit bassin.

Or ces conditions me paraissent de deux sortes :

1° Lorsqu'il existe, comme dans le cas malheureux que je viens de rapporter, une ascite qui, très vraisemblablement, aura une tendance à se reproduire pendant quelque temps. J'ajoute que ce liquide ascitique deviendra d'autant plus nuisible qu'il coïncidera avec la présence d'adhérences dont la déchirure aura déterminé la rupture d'un grand nombre de petits vaisseaux, et par suite une hémorrhagie plus ou moins abondante.

2° Lorsqu'il existe des adhérences très étendues et très vasculaires. Dans ces cas, en effet, l'ablation du kyste n'a lieu qu'à la suite de déchirures considérables entre la paroi kystique et les tissus voisins (épiploon, intestins, paroi abdominale, etc.); et par suite une hémorrhagie capillaire consécutive est presque inévitable, malgré les nombreuses ligatures perdues que le chirurgien aura pu appliquer pendant le cours de l'opération.

J'eus bientôt l'occasion de vérifier la justesse de cette manière de voir, et voici dans quelles circonstances.

Obs. II. — Mme X..., âgée de trente-cinq ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire multiloculaire, constitué principalement par une poche considérable, avait été ponctionnée au commencement de juin 1879. On lui avait retiré environ 7 litres d'un liquide blanchâtre et glaireux; la ponction avait été faite avec un grand trocart de Nélaton, c'est-à-dire avec un instrument d'un diamètre relativement considérable. Malgré les précautions prises au moment de la ponction, des douleurs très vives ne tardèrent pas à apparaître au niveau du point ponctionné. Quand je dus pratiquer l'ovariotomie six semaines plus tard (juillet 1879), la malade réclamait impérieusement un soulagement à ses douleurs, qui étaient devenues si violentes qu'elles avaient déterminé une attitude vicieuse; la malade avait en quelque sorte le corps courbé en deux du côté où elle avait été ponctionnée.

L'opération fut faite suivant les règles ordinaires, et, aussitôt la paroi abdominale ouverte, on put constater que la ponction avait

---

et coutumes des peuples de la Chine, du Japon et de l'Inde à cet égard.

Le docteur Simmons vient de publier, dans les *Reports of the Chinese maritime Customs*, une importante monographie sur le choléra au Japon, et à ce propos entre dans des détails curieux sur l'hygiène des pays de l'extrême Orient.

Sur ce point, dit-il, la Chine et le Japon n'ont rien à envier aux peuples occidentaux ; on peut même dire que la Chine leur est supérieure, non seulement par les précautions prises pour conserver les eaux potables dans leur état de pureté, mais encore par l'installation générale des fosses mobiles, dont le produit est employé comme engrais par l'agriculture.

En Chine, les excréments sont déposés par chaque individu dans un vase spécial très bien entretenu. Les latrines n'existent pas, même dans les plus grandes villes, et les chaises percées font partie indispensable de l'ameublement des chambres à coucher et des trousseaux de noces. Une jarre située dans la cour de la maison reçoit toutes les immondices, qui sont enlevées chaque jour et versées, soit immédiatement dans les champs, soit dans des bateaux qui les transportent au loin. L'eau potable n'est point infectée, et, de plus, elle n'est employée qu'après avoir bouilli, même pour faire le thé.

Les Japonais procèdent de même. Mais dans aucun de ces deux pays les bains et les pèlerinages ne font partie des pratiques religieuses.

Il n'en est pas de même dans l'Inde, où l'eau potable provient de puits, semblables à tous ceux de l'Asie; de réservoirs souvent de grande étendue, rassemblant pendant la saison des pluies l'eau qui tombe sur de vastes espaces, formant des mares stagnantes où l'on étanche sa soif par besoin ou par pratique religieuse, servant en même temps de lavoir et de bains; enfin des cours d'eau dont un grand nombre sont sacrés, comme le Gange, dont les ondes, sur un parcours de 1600 milles, sont dévotement souillées, non seulement par des millions de riverains, mais encore par des millions de pèlerins qui s'y baignent et y jettent leurs morts.

été le point de départ d'un travail très intense de péritonite localisée. La portion du kyste correspondant à la ponction était réunie à la paroi abdominale par des adhérences très vasculaires, sur une étendue d'environ 5 centimètres de diamètre. Le péritoine présentait un aspect grenu très prononcé. La déchirure de cette adhérence amena une hémorrhagie en nappe qu'il fut impossible d'arrêter par des ligatures, aucun vaisseau de calibre appréciable n'étant ouvert. On trouva en outre des adhérences assez nombreuses au niveau de l'épiploon, dont la rupture détermina également une hémorrhagie notable. Enfin il existait un épanchement ascitique assez prononcé.

Le pédicule, peu volumineux, fut divisé en deux et pris dans un double nœud de catgut, puis abandonné dans l'abdomen. Un gros tube à drainage, d'environ 25 centimètres de longueur et de 8 millimètres de diamètre, fut placé à l'angle inférieur de la plaie jusque dans le cul-de-sac rétro-utérin, et maintenu au dehors par une longue épingle qui l'empêchait de rentrer dans l'abdomen. La méthode de Lister fut rigoureusement appliquée pendant l'opération et le pansement.

Le lendemain, au moment où l'on enleva le pansement, toutes les pièces nombreuses qui le composaient étaient complètement traversées par un liquide séro-sanguinolent. Le tube fut diminué de moitié. Le surlendemain, au second pansement, une nouvelle quantité considérable de liquide s'écoula; le tube fut raccourci dans de notables proportions. Au troisième pansement, il y avait encore une quantité de liquide très appréciable, mais le tube se trouvait au dehors de la plaie et avait été repoussé par la pression intra-abdominale. La plaie qui lui donnait passage s'était elle-même refermée. La malade guérit rapidement et sans incident.

L'auteur rapporte un cas analogue observé en avril 1880, *et continue ainsi :*

Dans ce cas, comme dans le précédent, par suite de la conformation propre aux kystes para-ovariens, il n'y eut pas à proprement parler de pédicule à réduire. L'abdomen fut refermé et un gros tube placé dans le cul-de-sac rétro-utérin. Le pansement de Lister avait été appliqué méthodiquement depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération, qui fut terminée à midi. Elle avait duré deux heures et demie. Six heures plus tard, toutes les pièces du pansement étaient traversées par un liquide séro-sanguinolent d'une couleur très foncée. L'écoulement avait été tellement abondant pendant les trois jours qui suivirent, qu'on peut, sans exagération, l'évaluer à 1500 grammes.

Le tube, raccourci peu à peu, fut enlevé le quatrième jour et la guérison eut lieu sans complications.

Dans ces trois cas, je suis convaincu, et il me semble que ma conviction peut être facilement partagée, que la guérison doit être attribuée à la précaution que j'avais prise de laisser une porte de sortie aux liquides accumulés dans la cavité du petit bassin après l'opération.

Sans aucun doute, les grandes quantités de liquide qui, dans les cas que nous venons de rapporter, ont été rejetées à l'extérieur eussent séjourné dans le petit bassin et auraient donné lieu, très vraisemblablement, à des phénomènes de septicémie semblables à ceux que j'ai signalés dans ma première observation. Le drainage correspondait donc ici à une indication pressante : celle de donner issue aux liquides contenus dans le péritoine. Il faut ajouter que, pratiqué dans les nouvelles conditions où nous place la méthode de Lister, il remplissait cette indication majeure, sans exposer à aucun des inconvénients que l'on pouvait redouter avant l'emploi de la méthode antiseptique.

Pendant un voyage que jai fait à Vienne en 1879, j'ai eu l'occasion de voir le drainage mis en usage après l'ovariotomie, dans une large mesure, par le docteur Salzer, chirurgien aussi distingué que modeste, attaché à l'hôpital général de cette ville. J'ai pu observer plusieurs malades opérées dans des conditions détestables, avec adhérences nombreuses aux principaux organes de l'abdomen.

Dans ces conditions si mauvaises, Salzer ne se contentait pas de mettre un tube dans la cavité du petit bassin; il en plaçait plusieurs au niveau de chacun des points où les adhérences avaient été les plus difficiles à détruire. Chacun de ces tubes venait sortir à des hauteurs différentes, le long de la paroi suturée de l'abdomen. Notre confrère a ainsi obtenu des succès dans des cas véritablement désespérés. En pareille occurrence je n'hésiterais pas à avoir recours à ce drainage multiple.

Il est nécessaire d'employer, pour le drainage péritonéo-abdominal, des tubes d'un calibre relativement fort. Ceux dont je me sers habituellement sont des tubes en caoutchouc de 8 millimètres de diamètre environ; ils doivent avoir des parois assez épaisses et assez résistantes pour que leur lumière ne puisse pas être effacée; il est nécessaire qu'ils aient séjourné pendant longtemps dans la solution forte d'acide phénique au vingtième.

Pratiqué de cette façon, le drainage de la cavité abdominale donne lieu à une manœuvre d'une grande simplicité et qui, on peut l'affirmer, n'ajoute rien à la difficulté ou à la gravité de l'opération.

En est-il de même des autres modes de drainage proposés et mis en usage par quelques chirugiens ? Il est permis d'en douter, puisque, dans les diverses variétés de drainage péritonéo-vaginal, il est matériellement impossible de rendre le pansement complètement aseptique. La pratique est venue du reste confirmer cette vue théorique.

Un grand nombre de chirurgiens qui ont eu recours à ce moyen l'ont depuis abandonné. Pourquoi, d'ailleurs, compliquer à plaisir l'opération par l'ouverture du cul-de-sac vaginal, quand l'expérience démontre très nettement qu'un simple tube, placé à l'angle inférieur de la plaie et mis en contact par une de ses extrémités avec le point le plus dé-

---

Quant au choléra, il a déjà fait de nombreuses victimes au Japon. On ne sait au juste à quelle époque il y fit son apparition ; mais les plus fortes épidémies ont été celles de 1817, 1854, 1861-62. En 1877, 1878, et surtout en 1879, la mortalité fut très considérable. Dans cette dernière année, l'épidémie éclata sur plusieurs points à la fois, vers le milieu d'avril; le 20 décembre, on comptait 164 274 cas, dont 97 422 avaient été mortels, 47 162, guéris, et 19 590 étaient encore en traitement.

Pendant cette épidémie, les mesures sanitaires furent très sévères; généralement acceptées, elles furent quelquefois repoussées cependant par les populations ignorantes. Des hôpitaux provisoires, abondamment pourvus de toutes les ressources alimentaires et thérapeutiques, furent installés. La crémation des victimes fut universelle; le peuple accepta cette pratique avec d'autant plus de facilité qu'elle est en partie dans ses mœurs. On employa principalement comme désinfectant l'acide phénique, dont la consommation fut telle que le prix de la livre anglaise de ce produit s'éleva de 25 à 250 francs. On se servit concurremment de l'acide sulfureux pour désinfecter les égouts, les sépultures, les latrines, vases, etc., son bas prix en permettant un large usage, qu'interdit celui de l'acide phénique, provenant exclusivement de l'étranger. Quant au traitement, il a été dirigé soit d'après les enseignements de la médecine moderne, soit par les médecins indigènes, qui, paraît-il, ne perdirent pas beaucoup plus de malades que leurs confrères plus éclairés. Si peu flatteur pour nous que soit cet aveu, il n'infirme pas la valeur des mesures sanitaires en général, il ne peut que nous stimuler à les perfectionner.

Néanmoins le docteur Simmons fit quelques remarques importantes sur l'action de la pilocarpine dans l'amélioration des symptômes urémiques du choléra. L'action sur les reins, de cette substance, en injection hypodermique, était souvent plus prononcée que sur la peau. Dans un certain nombre de cas, même alors que l'anurie durait depuis plusieurs heures,

clive du petit bassin, suffit pour permettre aux quantités de liquide les plus abondantes d'être rejetées à l'extérieur (1)?

Certes, au premier abord, il paraît difficile d'admettre que le liquide accumulé au fond du cul-de-sac rétro-utérin vienne sortir facilement dans une région située plus haut que la symphyse pubienne. S'il s'agissait d'un vase inerte, assurément le tube serait placé en pure perte; mais, ici, le chirurgien peut compter pour l'aider sur le jeu normal des mouvements physiologiques qui accompagnent chaque acte respiratoire, et qui ont pour résultat incessant de tendre à repousser, à travers tout orifice libre de la cavité abdominale, les organes ou les liquides qui y sont contenus.

La conclusion que je veux tirer de ces quelques observations et des réflexions qu'elles m'ont suggérées est la suivante :

Il faut, à la suite de l'ovariotomie, pratiquer le drainage péritonéo-abdominal dans ces deux conditions principales : 1° lorsqu'il existe, concurremment avec un kyste de l'ovaire, une ascite dont on a lieu de craindre la reproduction; 2° lorsqu'il existe des adhérences assez étendues que l'on ne peut rompre qu'en produisant des déchirures, qui donnent nécessairement lieu à un suintement séro-sanguinolent consécutif, toujours assez abondant.

J'ajoute que, en présence de l'innocuité acquise par le drainage, depuis sa combinaison avec la méthode antiseptique employée dans toute sa rigueur, loin de restreindre l'emploi de ce moyen, il y a lieu de le généraliser; et je pense que, dans tous les cas où l'on est assuré de pouvoir sécher complètement la cavité abdominale, on est autorisé à le mettre en usage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BECQUEREL.

Mesure de la dose toxique d'oxyde de carbone chez divers animaux. Note de M. *Gréhant*. — En poursuivant ses recherches sur l'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant, l'auteur a été conduit à déterminer exactement dans quelle proportion minimum l'oxyde de carbone doit se trouver dans l'air pour produire la mort de différents animaux. Il a constaté de grandes différences d'une espèce animale à une autre, et les nombres qu'il a obtenus peuvent servir, outre l'intérêt qu'ils présentent au point de vue physiologique, à instituer avec des animaux la recherche de l'oxyde de carbone produit par divers appareils de chauffage.

Déjà il a publié (*Annales d'hygiène*, 3e série, t. I, 1879) des expériences faites sur un poêle sans tuyau, et d'où il résulte que la combustion de 2 kilogrammes de charbon de bois dans cet appareil, au milieu d'une chambre dont la capacité est égale à 45 mètres cubes, a empoisonné un chien partiellement, de sorte que, le pouvoir absorbant du sang normal pour l'oxygène étant 23,2, le sang, après deux heures et demie, ne pouvait plus absorber que 12cc,4 d'oxygène; 10cc,2 d'oxyde de carbone avaient été fixés par 100 centimètres cubes de sang; dans les conditions de cette expérience, un moineau serait mort, puisque l'atmosphère de la chambre renfermait 1/500 d'oxyde de carbone dosé par l'oxyde de cuivre.

Sur le rôle attribué au maïs, employé comme aliment, dans la production de la pellagre. Extrait d'une lettre de M. *Fua* à M. le Président. — La pellagre existe en Italie et aussi, dit-on, en Roumanie et en Grèce. Cependant, les chiffres mentionnés par rapport à l'Italie dans la communication de M. Faye paraissent à l'auteur exagérés, malgré leur caractère officiel; s'ils étaient exacts, tous les hôpitaux de la Lombardie et de la Vénétie ne suffiraient pas pour donner asile aux 70 000 pellagreux dont il est question. Du reste, pour M. Fua comme pour M. Faye, l'idée que la nourriture exclusive du maïs azyme pourrait exercer une influence fâcheuse dans l'économie d'individus mêmes débiles est en contradiction avec les faits.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une série de lettres et de communications de M. le docteur Manceau, de Mme Coquillard, sage-femme, etc., relatives à des remèdes et à des médications variées. Ces lettres sont renvoyées à la Commission des remèdes secrets et nouveaux.

L'Académie reçoit : 1° un nouveau pli cacheté de M. Baréty, sur le magnétisme animal; 2° une note de M. Laveran, sur un nouveau parasite, auquel devrait être attribué la fièvre palustre. (*Comm.* : MM. Léon Colin et Laboulbène.). 3° M. Larrey adresse un travail de M. le docteur Companyo, sur l'organisation du service de santé dans les ateliers du canal interocéanique de Panama. 4° M. Larrey adresse également le tome XVI des *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*. 4° M. le docteur Léopod Arnauld, la relation d'un voyage en Mésopotamie, pour observer la peste.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le docteur Luton (de Reims), une note sur la possibilité d'injecter directement sous la peau le mercure métallique ou amalgamé avec d'autres métaux.

M. *Dechambre*, au nom de M. le docteur Hamelin, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, présente à l'Académie un nouveau *dynamographe*.

Le dynamographe de M. Hamelin est un dynamographe à transmission, que l'on met en rapport avec un appareil enregistreur au moyen d'un tube de caoutchouc; l'appareil récepteur est simplement un tambour, dont la surface de caoutchouc, mo-

(1) Il est bien entendu que la proscription du drainage péritonéo-vaginal ne s'adresse qu'aux cas d'ovariotomie ou d'hystérectomie sus-pubienne. Quand il s'agit de l'ablation totale de l'utérus, le drainage péritonéo-vaginal seul ou combiné avec le péritonéo-abdominal, tel que le pratique Bardenheuer (de Cologne), doit être accepté.

---

et qu'il y avait du coma, les reins se remettaient à sécréter abondamment; alors la stupeur disparaissait et on obtenait une guérison souvent inespérée.

— Passons du grave au doux, pour terminer. Ceci n'est pas un canard, c'est un serpent.... avalé par un autre. Voici comment le *Précurseur*, d'Anvers, raconte cette étrange aventure, qui se serait passée au Jardin zoologique de cette ville.

On avait donné à manger aux jeunes serpents, qui habitent une loge sous le musée. Deux de ces charmants ophidiens, nés dans ce local il y a une couple d'années, avaient entamé le même lapin. L'un commençant par la tête et l'autre par la queue, ils finirent par se rencontrer nez à nez. Dès lors, la franche cordialité qui avait régné jusqu'alors à ces agapes fraternelles fit place à la gloutonnerie la plus odieuse : l'un des serpents ouvrit brusquement plus grande encore sa gueule déjà fort distendue, et un énergique mouvement de déglutition introduisit la tête du second convive dans celle du premier. Or, paraît-il, en serpent comme en tout, il n'y a que le premier pas qui coûte; la victime descendit progressivement dans l'œsophage fraternel, et bientôt il n'en resta plus que le bout de la queue, quelque chose comme 2 centimètres.

A ce moment les gardiens s'aperçurent de ce qui venait de se passer; deux d'entre eux entrèrent dans la cage, et, non sans efforts, réussirent à retirer le serpent avalé, piteux, confus, et complètement enduit de cette bave abondante dont les serpents humectent leur proie et qui facilite la digestion. Les deux animaux, complètement réconciliés, se portent aujourd'hui à merveille.

L'histoire, malgré ses invraisemblances, ne vient pas d'Amérique, nous l'avons déjà dit. Vraie ou non, il nous semble toutefois qu'elle se termine trop tôt. Nous aurions bien aimé savoir, par exemple, ce que le lapin est devenu. Le serpent dégluti a-t-il profité de l'obscurité de sa situation pour avaler sa proie en entier, ou bien, pour prix de sa délivrance, ou pour tout autre motif, a-t-il laissé avant de sortir

bile, est mise en rapport avec les mouvements du dynamomètre par une tige métallique articulée avec les branches du ressort, et dont une extrémité vient buter plus ou moins énergiquement contre la surface de l'ampoule suivant le degré de rapprochement des branches du ressort. Dans l'instrument de M. Bastiau, la tige battait directement contre le ressort du sphygmographe, remplaçant le pouls.

Allaitement maternel. — M. *René Blache* lit un mémoire sur l'allaitement maternel considéré au point de vue des avantages que l'enfant et la mère elle-même peuvent en retirer. (Renvoyé à la Commission d'hygiène de l'enfance.)

M. le docteur *Léon Labbé* lit un travail sur la valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie. (Voy. *Travaux originaux*, p. 768.)

De la transmission de la morve des solipèdes aux lapins; essai d'analyse de la virulence morveuse. — Tel est le titre d'une communication de M. *Colin* (d'Alfort). L'auteur émet les trois propositions suivantes: La première est que la morve semble ne pas être une maladie tout d'une pièce, et toujours achevée. Elle paraît constituée par des éléments qui s'additionnent successivement pour donner l'affection complète, mais qui peuvent se dissocier en divers points de leur chaîne, et laisser cette affection à l'état d'ébauche, comme le dit M. J. Guérin d'un grand nombre de maladies. — La deuxième est que la virulence n'est pas nécessairement et constamment liée à cette affection. — Enfin, la troisième est que l'élément apte à donner le tubercule n'est pas l'élément propre de la virulence, puisque la virulence n'aboutit pas toujours au tubercule, et que le tubercule ne restitue pas la virulence.

« Il est probablement, ajoute M. Colin, beaucoup de maladies dans le même cas que la morve, d'origine commune et de nature identique, mais qui, par les physionomies diverses qu'elles prennent d'une espèce animale à une autre, se montrent comme des affections distinctes. Aussi, lorsqu'il s'agit d'établir l'identité d'une maladie par la voie expérimentale, il ne faut pas chercher à la reproduire chez un animal où elle demeure inachevée. »

M. *Jules Guérin* dit que, tout en approuvant les idées émises par son honorable collègue, il désire appeler son attention sur la manière dont sont faites les inoculations. Il voudrait qu'il n'y eût pas de complication possible entre les effets de la plaie elle-même et les effets de l'inoculation, et pour cela il pense qu'il serait préférable d'employer l'inoculation par la méthode sous-cutanée.

M. *Colin* répond que, d'une part, les précautions que prend M. J. Guérin ne mettent pas, à la rigueur, à l'abri du contact de l'air pas plus que des vibrions. Il faudrait flamber les instruments dont on se sert, et dans ce cas on courrait le risque de détruire la matière elle-même qu'on inocule. Quant à lui, il n'a pas si grand'peur ni de l'air, ni des vibrions.

— A quatre heures quarante-cinq, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Peter sur les candidats au titre de correspondant.

Secours sur la voie publique. — M. le docteur *Nachtel* (de New-York) communique un travail relatif à un service médical permanent existant à New-York sur la voie publique. Ce service, établi depuis 1869, a donné d'excellents résultats. Il est constitué par des ambulances mobiles dont le personnel médical est fourni par l'hôpital Bellevue (de New-York).

Depuis l'existence de ce service il y a eu 12 250 demandes de secours, ce qui prouve surabondamment son utilité. La dépense annuelle est d'environ 30 000 francs.

L'auteur pense qu'il y aurait grand avantage pour la Ville de Paris à organiser un service semblable.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Sarcome généralisé : M. Millard. — Laryngite syphilitique secondaire : M. Gouguenheim. — Intoxication arsenicale suraiguë : M. Féréol. — Athétose chez un aphasique : M. Du Cazal. — Scrofule et tuberculose : M. Féréol.

M. *Millard* présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie de la malade qu'il avait amenée devant la Société dans la séance du 28 mai dernier. Il rappelle l'observation déjà publiée (voy. le numéro du 4 juin) de cette malade, atteinte de sarcome fibro-plastique généralisé; son état s'aggrava dans le courant de juin et, sauf une légère rémission en août, l'épuisement, la cachexie, ne firent que s'accroître : l'ascite reparut, la dyspnée plus intense s'accompagna d'une expectoration muqueuse abondante, de nouvelles tumeurs cutanées se montrèrent, enfin une diarrhée colliquative apparut vers la fin d'octobre, et la mort, survenue le 17 novembre, vint justifier le pronostic fatal porté au mois de mai par divers membres de la Société. A l'autopsie, on trouva une énorme tumeur sarcomateuse (2650 grammes) développée dans l'hypochondre droit au-dessous du foie, en arrière du péritoine pariétal, dans la loge du rein droit, qui est réduit par compression à un très petit volume ; l'uretère n'était pas comprimé. Cette tumeur était enveloppée d'une capsule fibreuse qui envoyait dans la masse des prolongements la subdivisant en un certain nombre de lobes. Le foie est gras, et n'est envahi par le sarcome qu'au point de contact avec la tumeur abdominale. Le rein gauche offre quelques points sarcomateux. Pendant la vie, on n'avait pas constaté d'albumine dans l'urine. Un noyau fibro-plastique à l'abouchement de la veine cave inférieure dans l'oreillette peut expliquer les phénomènes d'ascite. Les poumons offrent des adhérences

---

la moitié de lapin qui lui revenait en propre (sans parler au figuré)? En l'absence de renseignements à cet égard, nous nous contentons d'admirer à la fois la puissante élasticité œsophago-stomacale du serpent, sa résistance à l'asphyxie, et la richesse d'imagination du chroniqueur anversois.

L. H. Petit.

Conseil général du département de la Seine. — Dans la séance du 25 novembre, le Conseil a voté une indemnité annuelle de 100 francs à chacun des vingt-neuf médecins des écoles du département, qui seront désormais chargés de l'examen des demandes de congé du personnel, pour cause de maladie. Jusqu'ici un seul médecin était chargé de ce service et n'y pouvait suffire. L'Administration proposait de porter l'indemnité à 300 francs.

Dans la séance du 26 novembre, M. Forest a donné lecture d'un rapport sur les grands travaux à exécuter en 1882 dans les asiles d'aliénés du département. Le crédit proposé par l'Administration était de 317 024 fr. 60 c.; la Commission propose de la réduire à 291 089 fr. 60 c. Elle demande, en outre, que certains travaux notamment à Sainte-Anne, soient exécutés par des ouvriers aliénés, ce qui aurait le double avantage de procurer des économies à l'Administration et un petit pécule aux travailleurs pensionnaires de l'asile. — Ces conclusions sont adoptées.

Conseil général de la Seine. — Le *Dépôt de mendicité* de Villers-Cotterets est, en réalité, un hospice de premier degré qui ne reçoit qu'un nombre insignifiant de mendiants. La Commission chargée du rapport sur les dépenses de l'établissement n'a pas cru pouvoir admettre cette sorte de promiscuité. Elle invite les préfets de la Seine et de police à se concerter pour arriver à la désaffectation du Dépôt et à sa transformation en établissement d'utilité départementale. Elle propose, en attendant, de réduire de moitié le crédit demandé, soit de voter 134 132 francs au lieu de 268 264 francs pour les dépenses, et de nommer une Commission de trois membres chargée de suivre les études relatives à cette transformation, et d'en rendre compte au Conseil.

Ces propositions sont adoptées, sous réserve que la Commission s'occupera de la création d'un nouveau Dépôt de mendicité.

nombreuses et sont comme *farcis* de tumeurs sarcomateuses, dont la plupart, pédiculées ou non, sont superficielles et sous-pleurales. Les noyaux de la peau sont sous-cutanés et également enveloppés d'une capsule fibreuse. Le corps thyroïde, refoulé par des tumeurs qui l'entourent, est déformé et atrophié. En aucun point les ganglions lymphatiques ne semblent intéressés par le néoplasme. L'examen histologique de ces diverses tumeurs confirme pleinement le diagnostic de sarcome fibro-plastique type. Enfin, on trouve dans l'utérus un fibrome assez volumineux, un kyste dermoïde dans l'ovaire droit, un kyste séreux dans l'ovaire gauche, donnant une triple explication de la stérilité dont cette femme était frappée.

M. *Cornil* insiste sur la disposition spéciale des tumeurs du poumon; il a eu l'occasion d'examiner une pièce tout analogue provenant du service de M. Dumesnil, à Vincennes : il a aussi constaté de volumineuses tumeurs fibro-plastiques sous-pleurales disséminées dans les deux plèvres. Dans ce cas, les ganglions lymphatiques paraissaient également indemnes; il semble donc qu'on pourrait formuler entre le sarcome et le carcinome cette différence, que le carcinome se propage par les lymphatiques et le sarcome par les veines.

— M. *Gouguenheim* dépose sur le bureau une monographie sur la *laryngite syphilitique secondaire ;* il croit cette affection relativement bénigne, mais plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et institue contre elle un traitement spécifique général et un traitement local consistant en cautérisations avec l'azotate d'argent.

— M. *Féréol* présente des pièces anatomiques provenant d'un homme de quarante ans, qui a succombé, il y a deux jours, à une intoxication arsenicale suraiguë, vingt-six heures après l'ingestion de 9 grammes d'acide arsénieux. M. Lacombe, appelé près de ce malade, avait administré la magnésie et l'avait fait transporter d'urgence à l'hôpital Beaujon, où il est mort peu d'heures après son arrivée. A l'autopsie, on constate une véritable eschare de la largeur de la main sur la paroi postérieure de l'estomac, et quelques ecchymoses disséminées; on trouve aussi sur les replis de la muqueuse gastrique une sorte de poudre jaune constituée, sans doute, par de l'orpiment. Dans l'intestin : lésions inflammatoires intenses du duodénum; psorentérie dans presque tout l'intestin grêle, et entérite légère dans le côlon. Le foie a subi une dégénérescence graisseuse totale, bien remarquable vu la faible durée de la survie; les reins sont stéatosés. Ecchymoses sous-péricardiques et sous-pleurales assez étendues. Dans ce cas, très analogue à celui qu'a déjà présenté à la Société M. Martineau, le poison a agi à la façon d'un escharotique. Certains composés arsenicaux ne produisent pas des lésions semblables. Ainsi, M. Féréol n'a retrouvé que la stéatose du foie à l'autopsie d'une jeune fille qui succomba en cinq ou six jours, avec des phénomènes d'épuisement progressif, après ingestion d'une quantité considérable de vert arsenical renfermant 2gr,50 d'arséniate de soude. Un rapport de MM. Bergeron, Delens et Lothe concernant ce fait a été publié dans les *Archives de médecine*, en septembre 1880.

M. *Lacombe* a vu le malade qui fait le sujet de la présentation de M. Féréol peu de temps après l'ingestion du poison, et a constaté tout un cortège de symptômes cholériques : vomissements, diarrhée, refroidissement périphérique, pouls filiforme, avec cyanose et crampes dans les membres; aphonie et dyspnée paroxystique sans phénomènes stéthoscopiques; abolition de la .sécrétion urinaire; l'intelligence, comme dans les cas de choléra véritable, était conservée tout entière. Il pense qu'on pouvait soupçonner la lésion aiguë du foie pendant la survie du malade, qui accusait des douleurs peu intenses, il est vrai, mais persistantes, dans l'hypochondre droit.

— M. *Du Cazal* présente un jeune soldat frappé, il y a quatre mois, d'hémiplégie droite incomplète avec hémianesthésie et aphasie, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde pour laquelle il avait été soigné à l'hôpital de Montargis. Il y a vingt jours, il eut une attaque épileptiforme unique. Aujourd'hui l'hémiplégie a diminué, l'aphasie est totale : il répond néanmoins d'une façon intelligente par *oui* ou *non* aux questions qu'on lui adresse, et peut écrire son nom et son âge. Lorsqu'il est au repos, la main droite n'est animée ni de mouvements ni de tremblement; mais lorsqu'il marche, des mouvements d'athétose se montrent aussitôt dans la main paralysée. L'aphasie et l'hémiplégie peuvent reconnaître pour cause une lésion corticale de la troisième circonvolution frontale gauche et des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, mais les phénomènes athétosiques ne peuvent être expliqués que par une lésion du tiers postérieur de la capsule interne. Ne peut-on admettre qu'une oblitération du tronc de la sylvienne gauche, avant l'origine des branches lenticulo-optiques et lenticulo-striées, a pu produire ces deux ordres de lésions?

M. *Quinquaud* a observé un cas analogue d'athétose avec monoplégie brachiale droite et aphasie, dans lequel l'autopsie n'a révélé qu'une lésion corticale du pied de la circonvolution de Broca.

M. *Landouzy* se demande si ce cas a une valeur aussi absolue que semble le croire M. Quinquaud, contre la localisation cérébrale admise jusqu'ici dans l'athétose. Ne se peut-il, en effet, que l'athétose, bornée d'ailleurs au membre supérieur, ait été sous la dépendance, non de lésions massives, mais de troubles fonctionnels par modification circulatoire de la partie postérieure de la capsule interne. Il croit exacte la localisation établie par M. Du Cazal chez son malade; l'hémianesthésie qui accompagne l'athétose plaide en faveur d'une lésion du tiers postérieur de la capsule interne, avec intégrité de ses deux tiers antérieurs et du faisceau pyramidal, vu l'absence de contracture et d'atrophie consécutives.

M. *Quinquaud* pense qu'il est bien difficile de discuter sur un retentissement fonctionnel sans lésions appréciables, soit à l'œil nu, soit au microscope.

— M. *Féréol* donne lecture d'une note sur *la scrofule et la tuberculose*. Il ne veut pas discuter la question histologique, mais étudier les rapports qui existent entre les deux diathèses. Tout d'abord y a-t-il deux diathèses distinctes : scrofule et tuberculose? Et si l'on n'en doit admettre qu'une, quelle est celle qu'il faut établir au détriment de l'autre? Pour M. Grancher, l'anatomie pathologique doit être la base de nos connaissances; mais ne voit-on pas la caractéristique anatomique vous faire défaut lorsqu'il s'agit de spécifier le tubercule, la scrofule, ou le cancer? A mesure que les études microscopiques font des progrès, la discorde apparaît dans le camp des histologistes, telle qu'elle existait auparavant dans le camp des cliniciens. Tout le mal vient, pour M. Grancher, de ce que la définition du tubercule a été changée depuis Laennec et que la granulation type ne suffit plus à caractériser la tuberculose : c'est la tuberbule élémentaire qui est venue apporter le trouble sur cette question, puisqu'on la retrouve dans la scrofule et dans les gommes. Que faut-il donc faire, selon M. Grancher? — Enlever à la tuberculose le follicule tuberculeux pour le rendre à la scrofule et en faire, sous le nom de *scrofulome*, la caractéristique de cette diathèse; mais comme M. Grancher admet que le scrofulome engendre le tubercule, et la scrofule la tuberculose, il semblerait que sa conclusion logique dût être qu'il n'y a qu'une seule diathèse, à savoir la scrofule. Il reconnaît cependant que la tuberculose et la scrofule sont comme deux branches issues d'un tronc commun; veut-il faire du lymphatisme le tronc d'origine de ces deux rameaux?

La doctrine opposée est celle de la fusion des deux diathèses, proclamée par Friedländer en 1871, dans ses études sur les tuberculoses locales, elle fut acceptée par Charcot

en 1877 et défendue par un de ses élèves, Brissaud, dans les *Archives générales de médecine*, en 1880. D'après ces auteurs, on rencontre des lésions tuberculeuses fixes, dans des points limités, sans tendance à la généralisation : par exemple, dans le cerveau, l'utérus, les testicules, les voies urinaires, les articulations. Friedländer a constaté le tubercule élémentaire dans le lupus scrofuleux et Brissaud dans les gommes strumeuses; quelquefois même on y retrouve la granulation type; or, la plupart de ces tuberculoses locales sont des cas de scrofule. La caractéristique de la scrofule est donc encore le tubercule; un scrofuleux devient fréquemment mais non forcément tuberculeux.

On voit, d'après le rapprochement des deux théories, que le point sur lequel porte la lutte c'est la définition anatomique du tubercule; faut-il créer le scrofulome avec M. Grancher, ou s'en tenir au follicule tuberculeux avec M. Charcot? Sans vouloir trancher le débat, M. Féréol pose à M. Grancher les deux questions suivantes : 1° M. Grancher admet-il que la granulation de Laennec n'est qu'un aggloméré de follicules tuberculeux? 2° Pourquoi semble-t-il vouloir restituer aujourd'hui à la granulation le caractère spécifique qu'il lui a justement dénié lorsqu'il s'agissait de renverser la pneumonie caséeuse? — Il fait remarquer d'ailleurs que les adversaires se trouvent d'accord sur les rapports qui existent entre la scrofule et la tuberculose, et que l'opinion à laquelle arrive M. Grancher est celle que défendaient Bazin, Pidoux, Trousseau et d'autres, et qui tend à prévaloir aujourd'hui : la scrofule engendre la tuberculose, et celle-ci n'est qu'un cas particulier de la scrofule.

M. *E. Labbé* défend cette opinion que les inflammations simples peuvent se terminer par production de tubercules, de même que les excès de tout genre, les chagrins, la dyspepsie, engendrent parfois des tuberculoses, sans que l'on puisse trouver aucun antécédent diathésique chez les sujets atteints. On admet, dit-il, que dans la pneumonie caséeuse les processus inflammatoires sont consécutifs à l'apparition du follicule tuberculeux, mais aucune preuve n'en a été fournie jusqu'à présent. Il lit ensuite une note de son interne, M. Méricamp, résumant les discussions récentes sur la question, au point de vue chirurgical.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MARJOLIN.

Traitement de l'épithélioma de la langue; durée de la survie après les opérations. — Fracture double du maxillaire inférieur chez un individu édenté. — Mesure de l'astigmatisme chez les opérés de cataracte.

M. *Trélat* continue la discussion sur le traitement médical et topique de l'épithélioma de la langue. Dès 1875 et 1876, il a cherché à établir les relations du psoriasis et de l'épithélioma lingual, à bien différencier l'un de l'autre, pour opérer le cancer épithélial à son début. Il a pu ainsi opérer un malade en 1872, un autre en 1874, un troisième en 1875, pour un cancer de la langue au début; le diagnostic avait été fait par des médecins et des chirurgiens connus; ces trois malades restent guéris. La guérison est donc possible, pourvu qu'on enlève largement tout le mal, ce qui est facile au début. Donc, faire un diagnostic précoce et opérer le plus tôt possible.

M. *Després*. Le cancer ne guérit jamais définitivement; les guérisons que nous obtenons ne sont que temporaires, mais d'autant plus durables qu'on opère plus tôt.

M. *Verneuil*. On peut guérir l'épithélioma de la langue : lorsque quinze ans après une opération on retrouve le malade sans récidive, on peut le déclarer guéri. De même, lorsqu'on fait une opération suivie de guérison, chez un scrofuleux, on dit le malade guéri; mais le scrofuleux comme le cancéreux garde son tempérament spécial; dans les deux cas on ne guérit pas la diathèse.

M. *Trélat* dit que ses opérés n'ont pas encore de récidive; sans opération, ils seraient morts depuis longtemps. MM. Verneuil et Delens ont produit des observations analogues.

M. *Després*. Il n'existe pas d'observation d'opéré resté guéri pendant dix ans, après l'ablation d'un cancer de la langue.

M. *Th. Auger* a recherché, dans sa thèse sur le cancer de la langue, quel bénéfice donne l'opération. En comparant environ 250 observations, il a trouvé que l'opération donne en moyenne une survie de huit mois; il faut dire que souvent l'opération est faite tardivement et dans de mauvaises conditions.

M. *Le Fort*. En opérant quand le cancroïde est de petit volume, on a chance de donner une survie de plusieurs années, ce qui n'est pas possible sans opération.

M. *Trélat*. Qu'importe la durée de la guérison, quinze ou vingt ans! Nos opérés rentrent dans l'état de santé pendant des années, et ceux qu'on n'opère pas meurent bientôt. M. Broca a cité des exemples de gangrène du cancroïde, suivie de guérison. L'été dernier, une jeune fille arrive à l'hôpital de la Charité pour une tumeur du mollet; on y voit, en effet, une masse noire entourée d'une plaque rouge; cette masse fut facilement extirpée avec une pince. A l'examen microscopique, on reconnut un cancroïde calcifié; la malade guérit. Si ces guérisons spontanées sont possibles, ne pouvons-nous pas, avec le bistouri, inciser cette séquestration naturelle?

M. *Verneuil*. En dehors des opérations curatives, il y a les opérations palliatives. Quand un malade souffre beaucoup, quand on a chance de prolonger son existence, on est autorisé à faire une opération palliative. Un élève de Rose a fait une thèse sur ce sujet; on y trouve des observations dans lesquelles la survie est assez satisfaisante pour des cas graves; Rose recommande d'enlever largement le tissu malade.

M. *Guyon* est partisan de l'opération précoce. Il a un malade guéri depuis quatre ans d'un épithélioma de la langue. Quant à l'opération palliative, c'est un point à réserver, car l'épithélioma lingual récidive rapidement.

M. *Labbé*. Les chirurgiens ont le droit et le devoir d'intervenir même dans les cas graves, à condition d'enlever tout le mal et de tailler largement. M. Labbé a lié les deux artères linguales afin de pouvoir ensuite enlever la langue avec des ciseaux. Pour cette besogne, il n'aime point le galvanocautère ou l'écraseur linéaire, qui se rapprochent trop du mal pendant le resserrement de la chaîne ou de l'anse.

Quand on entend parler de guérisons radicales, on peut se demander parfois si le diagnostic a été rigoureux. M. Labbé a opéré un malade atteint de cancer épithélial de la langue, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires. Il lia les deux linguales et enleva tous les ganglions au moyen d'une incision sous le menton; enfin, il coupa la langue avec des ciseaux. Il y a dix-neuf mois de cela, et le malade va bien. L'examen histologique fait par M. Rémy a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma. Les faits indiscutables de guérison sont extrêmement rares.

— M. *Després* présente un homme de cinquante-cinq ans qui tomba d'un tramway le 26 février dernier, le menton portant sur le marchepied; il en résulta une fracture double du maxillaire inférieur. M. Després vit le blessé le lendemain; d'un côté, le trait de fracture était au niveau de l'ancienne canine, et à gauche au niveau de l'ancienne seconde molaire. Le blessé n'avait plus de dents; comment appliquer un appareil? M. Després appliqua sous le menton un moule en gutta-percha qui fut fixé à un bonnet de coton au moyen de cour-

roies élastiques. Au bout de trois mois la mâchoire était solide; le malade quitta l'hôpital guéri.

— M. *Javal* présente un malade opéré de cataracte. C'est le deuxième malade sur lequel on ait mesuré l'astigmatisme à l'ophthalmomètre. La mensuration des verres nécessaires pour corriger l'astigmatisme peut être faite en quelques secondes.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Mécanisme de l'anesthésie : M. Brown-Séquard. — Contracture hystérique cédant au chloroforme; empoisonnement par l'hydrogène sulfuré : M. Laborde. — Développement des dents : M. Pouchet.

Sur des modifications profondes produites rapidement par certaines irritations de la peau, dans les grandes fonctions organiques animales, ainsi que dans les propriétés des tissus nerveux et musculaire. (Note de M. *Brown-Séquard*.)

Ayant accidentellement laissé tomber un peu de chloroforme sur la zone épileptogène, chez un cobaye non épileptique, l'auteur a vu se produire une violente attaque d'épilepsie. Cette expérience l'a conduit à faire, sur des chats, des chiens, des cobayes et des lapins, de nombreuses recherches dont voici les principaux résultats : Si l'on fait tomber du chloroforme sur la peau d'un de ces animaux, on voit se produire immédiatement une contraction réflexe des muscles peauciers et des muscles sous-jacents; la respiration, en général, diminue très rapidement; la température s'abaisse; l'animal s'engourdit et se laisse bientôt, dans la plupart des cas, mettre sur le flanc ou même sur le dos, sans résister et sans essayer de reprendre l'attitude normale; presque subitement, dans sept ou huit cas, sur une cinquantaine d'expériences, ou après quelques minutes dans nombre d'autres cas, un état voisin du sommeil survient; plus tard, chez les cobayes surtout, des tremblements se montrent dans les quatre membres, commençant dans le postérieur du côté opposé à celui de l'application du liquide irritant; chez les chats, les deux membres postérieurs sont tirés en avant, les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen; enfin, un état de résolution générale survient dans nombre de cas, et surtout chez les chats, qui, presque toujours, deviennent alors absolument anesthétiques. (L'auteur montre un chat dans cette condition, ne donnant pas d'autres signes de vie que de faibles mouvements du cœur et de la respiration.) Après un quart d'heure, une heure, ou quelquefois trois ou quatre heures, l'animal se réveille, commence à se mouvoir et, après un temps très variable, réacquiert l'état normal. En outre des tremblements, on a observé quelquefois des convulsions analogues à celles de l'épilepsie spinale; deux fois il y a eu du pleurosthotonos (du côté irrité); chez quatre animaux (un chat et trois cobayes) il y a eu du tournoiement (mouvement de manège, côté lésé); chez deux cobayes (non épileptiques) il y a eu une violente attaque d'épilepsie générale. D'autres phénomènes dignes d'intérêt ont été observés : 1° du délire chez deux chats; 2° deux formes d'hémiplégie consistant : l'une (cérébrale) en perte plus ou moins complète de mouvement volontaire, avec un peu d'anesthésie dans les deux membres du côté irrité par le chloroforme; l'autre (spinale) en paralysie avec hyperesthésie des deux membres du côté de l'irritation, et anesthésie des membres du côté opposé; 3° paralysie des deux membres antérieurs ou des deux postérieurs. Ces diverses paralysies s'accompagnent presque toujours d'une paralysie, soit d'une moitié, soit de la totalité de la paroi abdominale. C'est surtout le siège de l'irritation cutanée qui fait varier le siège de la paralysie; 4° il survient fréquemment, chez les cobayes surtout, une hyperesthésie générale qui a duré quelquefois un ou deux jours; 5° la faculté réflexe est plus ou moins notablement diminuée, surtout du côté correspondant à l'application du chloroforme; 6° les pupilles se contractent chez le chat et se dilatent considérablement chez les autres animaux, surtout chez le chien; 7° deux chiens ont eu une paralysie complète d'une partie de l'appareil musculaire respiratoire : chez l'un, les muscles thoraciques ont perdu leur action, la respiration se faisant par le diaphragme seul; chez l'autre, le diaphragme, au contraire, était complètement sans action, et l'on voyait l'abdomen s'enfoncer à chaque inspiration. Chez d'autres animaux aussi une paralysie de quelques muscles respiratoires, tantôt et le plus souvent le diaphragme, tantôt les intercostaux, a eu lieu; 8° chez deux chiens et chez plusieurs cobayes, après avoir ouvert le thorax, on a constaté que le nerf phrénique, d'un côté, avait perdu complètement (dans un cas), ou presque complètement dans les autres, son excitabilité. La moitié correspondante du diaphragme avait aussi une diminution notable de son irritabilité, qui n'a duré que le quart ou le tiers du temps ordinaire de persistance de cette propriété dans ce muscle après l'ouverture du thorax. Ce sont le nerf phrénique et la moitié du diaphragme *du côté opposé* à celui de l'application du chloroforme, qui ont été ainsi *inhibés*, paralysés, non seulement quant à leur action, qui dépend de cellules nerveuses, mais aussi quant à leur propriété de tissu. Au contraire, il est assez souvent arrivé que le nerf phrénique et la moitié du diaphragme *du côté correspondant* à l'irritation ont été trouvés, après l'ouverture du thorax, plus excitables qu'à l'état normal et que leur excitabilité a duré bien plus longtemps que chez des animaux sains tués par l'ouverture du thorax; 9° l'excitabilité des muscles et des nerfs du tronc et des membres, chez les animaux qu'on tue bientôt après les avoir soumis à l'application du chloroforme sur la peau du cou, du thorax ou des lombes, est modifiée à un très haut degré. Non seulement il suffit d'un courant galvanique excessivement faible pour mettre ces parties en jeu, mais on constate que la persistance de cette excitabilité après la mort est bien plus grande que chez des animaux sains tués par ouverture du thorax. Chez les cobayes en particulier, la persistance de l'excitabilité des nerfs sciatiques et brachiaux a été trois ou quatre fois plus grande que chez des animaux de même espèce non soumis à l'irritation de la peau par le chloroforme (de une heure à une heure douze minutes au lieu de vingt à vingt-six minutes); 10° il y a eu, chez les animaux soumis à cette irritation, les signes caractéristiques de l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang : abaissement de température très rapide, couleur du sang veineux s'approchant de celle du sang artériel, et (comme il a déjà été dit) augmentation d'excitabilité des nerfs et des muscles. De plus, la moelle épinière elle-même, dans quelques cas, a acquis une excitabilité morbide très remarquable. Enfin, en ouvrant plusieurs animaux, morts à la suite d'application de chloroforme à la peau, on a trouvé du sang dans le cœur gauche et dans l'aorte, fait que l'on n'a l'occasion de constater que chez des individus morts de syncope avec arrêt des échanges entre les tissus et le sang; 11° si l'on ouvre l'abdomen d'un cobaye vivant encore sous l'influence d'une irritation de la peau par du chloroforme, on constate que les intestins, les reins, la rate, etc., sont congestionnés à un très haut degré, et que la couleur de ces parties est d'un rose quelquefois très tendre; 12° l'auteur a vu mourir subitement deux animaux (cobayes) à la première application du chloroforme sur leur peau : l'un d'eux est mort d'arrêt du cœur, la respiration continuant pour quelques instants; l'autre est mort d'arrêt simultané du cœur, de la respiration et des échanges entre les tissus et le sang. Il serait impossible d'invoquer comme cause de tous ces effets l'entrée du chloroforme dans le sang : en effet, non seulement l'animal, respirant par un tube assez long, n'a pu inhaler que très peu de vapeur chloroformique, mais encore et surtout il est évident que le chloroforme dans le sang ne pourrait produire qu'une partie très minime des effets si variés et si nombreux qui viennent d'être rapportés. Ces effets sont donc dus à une influence exercée sur les centres nerveux par une irritation spéciale des nerfs d'une portion de peau.

M. *Luys* cite à l'appui de l'opinion de M. Brown-Séquard une observation faite sur lui-même. Il a souvent respiré du chloroforme pour se débarrasser d'une forte migraine. Dès que les vapeurs du chloroforme arrivaient sur la muqueuse pharyngienne, il éprouvait une sensation particulière, immédiatement suivie d'une sorte de perte de connaissance. La quantité de chloroforme absorbée par le sang était, dans ce cas, insignifiante; l'anesthésie était bien produite par une irritation des nerfs de la muqueuse.

M. *Dumontpallier* fait remarquer qu'il a, lui aussi, déjà invoqué l'irritation des nerfs périphériques pour expliquer la cessation de la douleur, après irritation de la peau, dans la région du corps symétrique de celle où siège la douleur.

M. *Brown-Séquard* ajoute que ce n'est pas seulement sur le système nerveux périphérique qu'agit le chloroforme; les fibres nerveuses et même les centres peuvent être atteints, aussi bien que les terminaisons. Ce sont surtout les extrémi-

tés nerveuses et les racines postérieures qui sont le plus facilement influencées par les anesthésiques. La muqueuse pulmonaire jouit au plus haut degré de la propriété anesthésiante, quand elle reçoit directement le chloroforme.

M. *D'Arsonval* fait observer que les expériences de Claude Bernard sur l'arrêt de la germination par les anesthésiques prouvent que le chloroforme n'agit pas seulement par l'intermédiaire du système nerveux. A côté de l'action par irritation des nerfs périphériques, il y a l'action directe sur les éléments anatomiques.

— M. *Laborde* rapporte l'observation d'une hystérique chez laquelle apparaît souvent une contracture du sterno-cléido-mastoïdien. On peut faire cesser rapidement la contracture en frictionnant le cou avec du chloroforme; mais en même temps que la contracture disparaît, on observe la paralysie et l'anesthésie du même côté du corps.

M. *Laborde* répète en ce moment les expériences d'Orfila sur l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré. Si l'on introduit un animal dans une vessie remplie de ce gaz délétère, en ayant soin de lui laisser la tête dehors pour qu'il puisse respirer, on voit bientôt l'animal mourir, comme s'il avait absorbé le gaz par les poumons. Il suffit même, pour tuer un animal, d'introduire un seul membre dans le gaz. Y a-t-il, dans ce cas, absorption de gaz par la peau, ou action directe sur les nerfs périphériques, avec retentissement sur les centres nerveux? M. Laborde l'ignore pour le moment.

— M. *Pouchet* fait, au nom de M. *Chabry* et au sien, une communication préliminaire sur le développement des dents. La lame adamantine, qui se forme, chez l'embryon, par une invagination épithéliale, se renfle sur sa face externe et non sur son bord libre, comme l'admet Kölliker, pour former le germe de l'émail. Cette lame subsiste dans la mâchoire, après avoir perdu ses connexions avec l'épithélium, et ne prend aucune part à la formation des dents secondaires. En effet, chez l'éléphant, qui n'a pas de dents de lait, la lame existe comme chez les autres animaux. MM. Pouchet et Chabry ne savent pas encore comment se développent les dents secondaires.

Les cellules étoilées de l'organe adamantin, que l'on considère comme dérivant des cellules épithéliales, présentent les réactions des cellules du tissu lamineux; elles proviennent du tissu lamineux qui entoure cet organe, et ont pénétré à travers la couche épithéliale.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Lavage de l'estomac (discussion). — Traitement de la diphthérie: M. Bernier de Bournonville.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Dujardin-Beaumetz* communique deux lettres qui lui ont été adressées: l'une de M. Bumann, médecin de l'hôpital de Fribourg, qui s'étonne de voir attribuer uniquement à M. Faucher l'invention du procédé du siphon, puisque le docteur Ozer de Vienne l'a préconisé au même moment, sinon quelque temps auparavant; l'autre de M. Galippe, qui rappelle qu'en 1873, dans ses expériences sur les empoisonnements chez les chiens, il se servait d'un tube mou formant siphon pour laver l'estomac de ces animaux. Sans pouvoir trancher la question de priorité, il faut donc reconnaître que plusieurs auteurs ont imaginé ce procédé à peu près en même temps.

M. *Dujardin-Beaumetz*, rapporteur pour les candidatures aux places vacantes de membre de la Société, examine les titres des candidats et présente au nom de la commission, pour les quatre places en médecine: MM. Blachez, Dumontpallier, Huchard et Lereboullet; et pour la place en pharmacie: M. Catillon.

M. *Ferrand* soigne en ce moment un homme de trente-neuf ans, robuste, mais adonné à des habitudes d'alcoolisme et présentant des symptômes d'affection gastrique grave. Traité déjà à plusieurs reprises à l'hôpital Lariboisière pour une gastrite alcoolique, il entrait en février dernier à l'hôpital Laennec, se plaignant de souffrances très vives au niveau de l'estomac et de vomissements pituiteux; cependant l'amaigrissement semblait peu prononcé. Amélioré par le régime lacté, il entrait bientôt à Bicêtre, d'où on l'envoyait en traitement à Vichy. Il revint à Bicêtre sans avoir obtenu de soulagement notable, et fut soumis au lavage de l'estomac sans beaucoup plus de succès. Sorti de l'hôpital, il voyait son affection s'aggraver, et le 1er novembre était reçu de nouveau à l'hôpital Laennec: il fut mis d'abord à la diète lactée, qui lui procura un léger soulagement; puis on lui prescrivit les lavages de l'estomac, qu'il pratiquait lui même avec la plus grande facilité: il employait chaque jour pour cette opération 4 litres d'eau renfermant, suivant la formule préconisée en Allemagne, 10 grammes de sulfate de magnésie par litre; en terminant, il injectait dans son estomac un demi-litre de lait avec 50 centigrammes de pepsine. Tout d'abord aucune amélioration ne se montra; puis, vers le quatrième jour, les vomissements s'éloignèrent, et depuis sept jours ils n'ont pas reparu; l'amaigrissement disparaît aussi rapidement. Lorsqu'on a introduit une certaine quantité de liquide dans l'estomac, si l'on abaisse l'entonnoir, sans le renverser, jusqu'à la hauteur du viscère, on constate que le liquide remonte dans l'entonnoir et tend à atteindre un niveau correspondant à celui qu'il occupe dans l'estomac lui-même; mais il est animé d'oscillations qui sont en rapport avec les mouvements respiratoires. On voit également se produire des oscillations plus prononcées, irrégulières, et qui sont sans doute sous la dépendance des contractions musculaires propres du viscère.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer l'importance de cette observation, qui prouve que, contrairement à l'avis de Leven, on ne doit pas abandonner les lavages s'ils ne semblent pas donner de résultat satisfaisant après les trois premières séances. Il rappelle que c'est le sulfate de soude en solution au centième, et non le sulfate de magnésie, que l'on emploie en Allemagne.

M. *Moutard-Martin* a observé des cas où l'amélioration n'est survenue qu'après dix et même quinze jours de traitement; il ne doute pas qu'on ne puisse par ce moyen obtenir la guérison complète des affections chroniques de l'estomac, bien que jusqu'ici il n'en ait pas vu d'exemple probant. Il arrive parfois que, lorsqu'on abaisse l'entonnoir, le liquide préalablement injecté ne s'écoule pas; on est alors obligé d'introduire à nouveau une petite quantité d'eau pour remplir le tube et amorcer le siphon.

M. *Créquy* a observé un malade qui pratique sur lui-même l'opération du lavage avec bien plus de facilité lorsqu'il a ingéré une certaine quantité de lait, que lorsqu'il est à jeun.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense qu'il vaut mieux faire les lavages le matin, lorsque les malades n'ont pris aucun aliment.

M. *C. Paul* fait observer qu'il faut avoir soin de ne pas laisser tout le liquide versé dans l'entonnoir pénétrer dans l'estomac, car alors le tube est vide et le siphon non amorcé; au cas contraire, on obtient toujours un écoulement facile.

M. *Ferrand* a remarqué que, dans les premières séances, il retirait de l'estomac de son malade une quantité d'eau plus considérable que celle qu'il avait introduite, ce qui indique que l'estomac se vidait imparfaitement du côté de l'intestin et renfermait déjà du liquide avant l'opération; il compare

cette sorte d'inertie à celle de la vessie lors de la miction par regorgement.

M. *Byasson* se demande si les contractions du cardia ne peuvent pas aplatir le tube mou et s'opposer à l'écoulement du liquide lorsqu'on amorce le siphon.

M. *C. Paul* ne croit pas les contractions du cardia suffisantes pour effacer par une pression circulaire la lumière du tube de caoutchouc; d'ailleurs, si l'on vient, alors que l'écoulement ne se produit pas, à retirer légèrement le tube ou à l'enfoncer davantage, on ne sent aucune résistance, on n'a aucune sensation de *pincement* de cette espèce de sonde molle.

M. *E. Labbé* a observé chez un de ses malades des contractions violentes de l'estomac faisant parfois remonter le liquide dans l'entonnoir maintenu élevé; dans d'autres instants le fonctionnement du siphon et l'écoulement du liquide ne pouvaient être obtenus, bien que le tube fût introduit jusqu'à l'index tracé d'avance à distance voulue. Il serait porté à admettre dans ce cas l'aplatissement du tube par les contractions du cardia; peut-être aussi le tube qu'il employait alors était-il défectueux comme longueur ou comme résistance.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit que, le plus souvent, lorsque l'écoulement du liquide ne se produit pas, c'est que le tube est trop profondément introduit. Il arrive alors que l'extrémité qui pénètre dans l'estomac se recourbe, et son orifice inférieur remonte ainsi au-dessus du niveau du liquide injecté dans le viscère; il suffit de retirer le tube progressivement pour que, son extrémité venant de nouveau plonger dans le liquide, le siphon s'amorce de lui-même. Ce petit accident ne s'observe jamais lorsqu'on emploie la pompe, qui agit par aspiration. Il pense que c'est dans un spasme de l'œsophage, plutôt que dans les contractions du cardia, qu'on doit chercher l'explication de l'effacement possible de la lumière du tube; on sait, en effet, la résistance parfois considérable qu'offre, même au passage de la sonde rigide, le spasme des fibres musculaires œsophagiennes.

M. *C. Paul* persiste à croire que l'aplatissement du tube mou, si facilement obtenu par une pression transversale, comme celle que l'on exerce avec deux doigts, est beaucoup plus difficile à produire avec une pression circulaire, qui ne peut écraser le tube, mais qui doit le plisser, pour supprimer complètement sa lumière; l'œsophage pas plus que le cardia n'offrent de contractions assez puissantes pour amener ce résultat.

M. *Byasson*. Le cardia représente un sphincter aplati et par suite agit transversalement sur le tube, aux deux extrémités d'un de ses diamètres. Il serait à désirer que les fabricants d'appareils livrassent des tubes tous semblables, et offrant une résistance calculée d'avance et comparée à celle d'un tube étalon.

— M. *Bernier de Bournonville* présente à la Société deux instruments construits par Mathieu: un thermocautère et un petit appareil dit fixateur linguo-maxillaire, destiné à ouvrir la bouche et abaisser la langue chez les enfants qui se prêtent parfois si difficilement à l'examen de la gorge. Il dépose sur le bureau un mémoire sur le traitement de la diphthérie : dans ce travail, basé sur 59 observations dont 7 seulement se sont terminées par la mort, il établit que l'angine couenneuse, le croup et l'angine grangréneuse sont des degrés divers d'une même affection, l'angine gangréneuse représentant la forme la plus grave. Il institue ainsi le traitement : badigeonnages *loco dolenti* avec l'acide phénique pur, suivis de l'administration d'un vomitif; injections hypodermiques d'une solution d'acide phénique; lavements phéniqués; pulvérisations d'eau phéniquée dans l'atmosphère autour du malade. En même temps : toniques, quinquina, alcool et alimentation au moyen des peptones. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. C. Paul et Cadet de Gassicourt.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

De l'albuminurie des personnes bien portantes, par M. Runeberg.

Cette question, soulevée il y a quelques années et fort discutée à l'étranger, nous paraît suffisamment élucidée. Il est dès à présent démontré qu'il peut exister de l'albumine dans l'urine de personnes jouissant de tous les attributs d'une bonne santé : il est possible que, même à l'état normal, l'albumine existe, dans une proportion qui échappe à nos réactifs, dans l'urine (Roberts a démontré que la dernière proportion saisissable est de 0,0014 pour 100). Ce fait, rapproché de la tendance moderne à admettre (Bartels et autres) qu'il peut exister des formes de néphrite interstitielle sans albuminurie, nous amènera peut-être à établir une complète indépendance entre les néphrites et le symptôme qui a été considéré pendant si longtemps comme leur caractère essentiel, au point que l'on établissait en pratique la synonymie des termes.

On peut dire que la découverte de ce fait important, l'albuminurie physiologique, est bien dû à des médecins : presque tous les cas cités par les auteurs se rapportent à des confrères qui ont été amenés, par curiosité ou par inquiétude, à examiner leurs urines. Ils sont restés de longues années bien portants, ce qui éloigne toute idée de néphrite. La cause de cette apparition d'albumine, d'ailleurs très intermittente, doit être cherchée dans des variations de la circulation. Le repos la fait disparaître; les exercices musculaires, la marche prolongée, la fatigue, en augmentent sensiblement la quantité. Ces variations existent d'ailleurs tout aussi marquées dans la néphrite interstitielle : l'urine du jour contient généralement deux fois autant d'albumine que celle de la nuit, à moins que le malade ne soit resté couché bien tranquille. Les chagrins et autres états psychiques d'un caractère dépressif produisent le même effet; bref, toutes les circonstances qui ont pour effet de *diminuer la pression artérielle*. Cette explication est celle de Runeberg; elle est contraire aux données admises en physiologie.

Voici la bibliographie pour ceux qu'intéresserait cette question : Leube (*Virchow's Archiv*, t. LXXII, 1878) : examen de 119 soldats, dont 5 présentent de l'albumine dans l'urine du matin, et 19 dans celle du soir, après une marche forcée. Dukes (*Brit. med. Journ.*, 1878) : 10 cas observés chez des adolescents de treize à dix-sept ans, généralement de faible complexion. Saundby (*ibid.*, 1879) a vu de même des cas chez des adultes : au sphygmographe, faiblesse de la tension artérielle. Edlefsen (voy. *Gaz. hebd.*, 1879, p. 214), essai de théorie plutôt que de pratique. Fürbringer enfin, dont l'auteur a négligé de donner l'indication bibliographique. J. Munn (*Med. Record*, 1879) dit avoir trouvé 24 fois de l'albumine dans l'urine, sur 200 personnes qui se présentaient à lui pour contracter une assurance sur la vie. Les 24 personnes furent déboutées de leur demande; encore un détail qui démontre l'importance pratique de la question. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.* t. LXXXVI).

BIBLIOGRAPHIE

De l'influence de la grossesse sur la tuberculose. Thèse d'agrégation, par le docteur Gaulard. — Paris, O. Doin, 1880.

Ici encore nous voyons figurer, dans les deux premiers chapitres, une description résumée de la tuberculose et des différentes opinions qui se sont produites sur sa nature, et une étude des modifications apportées par la grossesse à l'organisme de la femme, à la composition de son sang, à la capacité de la poitrine. Cette dernière considération seule nous paraît afférente au sujet. L'auteur y rappelle les recherches de M. Peter sur la pléthore gravidique, accusée par une légère augmentation de la température locale du sixième ou septième espace intercostal.

Relativement à l'influence de la grossesse sur la tuberculose, trois opinions sont en présence :

Cullen admet que la grossesse retarde la marche de la phthisie, et que celle-ci subit après l'accouchement une recrudescence fatale. Cette influence momentanément favorable s'expliquerait par une sorte de dérivation, l'utérus gravide faisant un appel de sang énergique et dégageant ainsi le poumon congestionné. Beaucoup d'auteurs ont depuis accepté le fait et l'explication.

Mauriceau exprima le premier une opinion absolument opposée. De nos jours, Louis défendit cette opinion, à l'appui de laquelle M. Hervieux et M. Robert (de Strasbourg) apportèrent des observations. Stoltz considère la grossesse et l'anémie qui l'accompagne comme propre à favoriser le développement de la tuberculose.

Plus tard, Grisolle réunit 27 observations pour prouver que la grossesse n'avait pas sur la phthisie l'influence suspensive qu'on lui attribuait. En Allemagne on s'accorde sur le même point.

En regard de ces deux opinions exclusives, nous en trouvons une troisième, mise en avant par M. Pidoux. Il faut, suivant lui, distinguer, à ce point de vue, deux périodes dans la grossesse. La première période, période nervoso-spasmodique, semble avoir une influence suspensive. Plus tard, vers le quatrième mois, commence la période expansive et vasculaire de la grossesse, dans laquelle les congestions sont plus fréquentes, et qui imprime à la marche des tubercules une impulsion factice.

Toute la thèse de M. Gaulard est consacrée à la discussion de ces diverses opinions; discussion appuyée par de nombreuses observations. Il arrive à cette conclusion, que la grossesse chez une femme prédisposée peut provoquer le développement de la tuberculose, et que, dans la grande majorité des cas, elle accélère la marche d'une tuberculose préexistante. Il nie que l'accouchement suspende, comme l'avait pensé Grisolle, la marche de la tuberculose.

Au point de vue pratique, le mariage est dangereux pour toute jeune fille lymphatique, délicate, sujette aux rhumes, comptant des tuberculeux dans sa famille; disposée, en un mot, à une tuberculisation dont elle ne présente d'ailleurs aucun symptôme. S'il y a eu antérieurement quelque symptôme particulièrement suspect, comme une hémoptysie, le mariage doit être rigoureusement défendu, quand même le sujet ne présenterait aucun symptôme d'auscultation et paraîtrait jouir de la meilleure santé. Peut-être ici la sévérité du consultant est-elle excessive, l'hémoptysie n'ayant pas chez la femme, comme symptôme prémonitoire, la même valeur que chez l'homme.

Quand chez une femme enceinte on constate des signes positifs de tuberculisation, il faut sans hésitation appliquer le traitement convenable, sans crainte aucune pour l'issue de la grossesse.

La surveillance devra redoubler au moment de l'accouchement, dont on pourra abréger les souffrances. L'allaitement ne sera jamais permis.

B.

VARIÉTÉS

DES POÊLES MOBILES

Sous la dénomination de poêles mobiles, de poêles fumivores, etc., on a inondé le commerce parisien d'une quantité de poêles qui présentent les avantages d'être d'un usage facile, de coûter bon marché et de n'occasionner que de faibles dépenses d'entretien, tout en fournissant une chaleur élevée : aussi, ne doit-on pas s'étonner de la faveur avec laquelle ils ont été accueillis au moment de leur apparition. Les accidents qui ont été signalés à diverses reprises n'ont que peu diminué la faveur du public : on ne profite, en effet, que de sa propre expérience. Et cependant la théorie comme la pratique démontrent suffisamment les inconvénients de ce mode de chauffage.

Nous ne parlerons pas des poêles dit *fumivores*, des braseros, de tous ceux qui n'ont pas de tuyaux d'échappements; leur danger est si évident qu'il n'y a pas lieu d'insister; on doit les bannir des appartements : il n'y a pas de concession à faire sur ce point. Les poêles dits mobiles ont plus de partisans : on croit, en effet, que le tuyau d'échappement suffit à l'évacuation de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique; mais c'est là une erreur dont il est facile de se rendre compte en examinant les conditions mêmes de leur construction.

Le but de ces poêles est de fournir une quantité considérable de chaleur tout en ne réclamant qu'une petite quantité de combustible : pour arriver à ce résultat, il est de toute évidence qu'il a fallu diminuer autant que possible le tirage de l'air. Tout le monde connaît, en effet, la construction de cet appareil de chauffage, construction qui peut se résumer ainsi, quelle que soit les modifications introduites par les divers *inventeurs :* un premier tube extérieur de fonte ou de tôle est séparé par une couche de sable fin d'un second tube de tôle, dans lequel, matin et soir, on met du coke. Or, pour qu'il y ait une combustion lente, c'est-à-dire que le procédé soit économique, il est nécessaire que le tirage de l'air ne s'effectue que sur une partie minime de combustible ; aussi a-t-on placé le tuyau de dégagement à quelques centimètres seulement au-dessus et en arrière de l'orifice inférieur et antérieur. C'est entre ces deux ouvertures que se fait le tirage et, par conséquent, la combustion; or, à mesure que celle-ci s'effectue, le coke s'affaisse peu à peu. En supposant que le tirage de l'air soit suffisant, et nous verrons tout à l'heure les conditions à remplir pour arriver à ce résultat difficile, il arrive que, par suite même de la combustion de la partie inférieure de la provision de coke ou de charbon, une chaleur intense se dégage dans la couche supérieure du coke, qui est chauffé et non consumé. Sous l'influence de cette température élevée, il se produit une quantité considérable d'oxyde de carbone qui s'emmagasine dans la partie de l'appareil placée entre le tube de dégagement et le bouchon supérieur : c'est pour empêcher la filtration de ce gaz qu'on prend la précaution illusoire de placer une couche de sable entre les deux tubes de fonte ou de tôle. Il n'en est pas moins vrai que ce gaz éminemment toxique s'accumule dans l'appareil; il suffit, pour s'en assurer, de soulever le couvercle supérieur; il se dégage aussitôt les émanations caractéristiques : aussi serait-il de toute nécessité que le couvercle fût hermétiquement fermé; mais comment obtenir une oblitération complète, alors que, plusieurs fois par jour, on est obligé d'introduire et de renouveler la portion de coke par la partie supérieure de l'appareil?

En supposant même que la fermeture soit hermétique, la difficulté est d'obtenir un tirage suffisant : lorsque la cheminée

dans laquelle est introduit le tuyau de dégagement contient de l'air froid, l'oxyde de carbone, dont la densité est plus lourde que celle de l'air, au lieu de s'élever et de s'échapper au dehors, retombe et revient, en vertu même de sa pesanteur, dans l'appartement: il y a donc lieu, toutes les fois qu'on allume ce poêle, de chauffer auparavant la cheminée, et même d'y brûler de temps en temps un fagot. Telle est la première précaution à prendre, et cette précaution a été indiquée très nettement par le Conseil d'hygiène dans la circulaire si nette et si précise que nous donnons plus loin. Sans elle on s'exposerait à des accidents sérieux, à des accidents mortels, ainsi qu'on a eu malheureusement à le déplorer depuis quelque temps. Encore ce moyen peut-il être insuffisant, et il serait dangereux de lui attribuer une confiance absolue. Qu'il survienne, en effet, un coup de vent dans la cheminée, refoulant ainsi l'oxyde de carbone accumulé au-dessus du petit tuyau de dégagement, ou que la température de la pièce soit plus élevée que celle de la cheminée, le tirage ne se fait plus de bas en haut, mais de haut en bas, et les gaz se répandent dans l'appartement. Pendant la journée, le danger est sans aucun doute moins grand, les portes sont sans cesse ouvertes et l'odeur suffit pour prévenir du danger; mais pendant la nuit l'appareil est d'autant plus à redouter qu'il est impossible de veiller à la combustion et de s'apercevoir si l'oxyde de carbone s'échappe entièrement par la cheminée au lieu de retomber dans la pièce.

Est-ce à dire que ces poêles ne puissent rendre aucun service et doivent être absolument proscrits des appartements? Non, sans aucun doute, mais il est nécessaire de prendre des précautions d'autant plus grandes que le tirage est fatalement trop faible, en raison même du bon marché que l'on cherche à obtenir par ce mode de chauffage. Pour éviter les dangers d'une intoxication lente, il serait nécessaire d'adapter un tuyau de dégagement beaucoup plus long que le semblant de tuyau joint à l'appareil, et de le faire passer par une plaque de tôle oblitérant la cheminée, de telle sorte que l'oxyde de carbone ne pût pas être refoulé dans l'appartement. Telles sont les conditions qui en permettraient l'usage pendant la journée, car pendant la nuit ce poêle doit être absolument proscrit; on doit le transporter dans une pièce sans communication ouverte avec la chambre à coucher.

C'est à ces conditions qu'on pourra atténuer les accidents toxiques; nous disons atténuer, car, quoi qu'on fasse, il se développe toujours et il se filtre à travers le sable, ou à travers l'orifice supérieur de l'appareil, une certaine quantité d'oxyde de carbone, quantité insuffisante pour déterminer des accidents graves, mais suffisante pour occasionner chez les personnes habituées à ce chauffage une pâleur, des étourdissements, des vertiges analogues aux troubles qu'on observe chez les chauffeurs et les cuisinières.

Cette question a, du reste, attiré l'attention du Conseil d'hygiène, qui, dans une instruction des plus sages sur le mode de chauffage des habitations, a résumé en quelques lignes les principales précautions à prendre. Nous croyons utile de la donner *in extenso*.

ORDONNANCE CONCERNANT LA PUBLICATION D'UN AVIS RELATIF AU CHAUFFAGE DES HABITATIONS

Paris, le 17 novembre 1880.

L'instruction du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, adoptée dans la séance du 16 avril 1880, et concernant le mode de chauffage des habitations, sera imprimée, publiée et affichée tant à Paris que dans les communes du ressort de la préfecture de police.

Le secrétaire général de notre préfecture est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Instruction sur le mode de chauffage des habitations.

Les combustibles destinés au chauffage et à la cuisson des aliments ne doivent être brûlés que dans des cheminées, poêles et fourneaux qui ont une communication directe avec l'air extérieur, même lorsque le combustible ne donne pas de fumée. Le coke, la braise et les diverses sortes de charbon qui se trouvent dans ce dernier cas sont considérés à tort, par beaucoup de personnes, comme pouvant être brûlés impunément à découvert dans une chambre abritée. C'est là un des préjugés les plus fâcheux; il donne lieu, tous les jours, aux accidents les plus graves, quelquefois même il devient cause de mort. Aussi doit-on proscrire l'usage des braseros, des poêles et des calorifères portatifs de tout genre qui n'ont pas de tuyaux d'échappement au dehors. Les gaz qui sont produits pendant la combustion par ces moyens de chauffage, et qui se répandent dans l'appartement, sont beaucoup plus nuisibles que la fumée de bois.

Il ne suffit pas que les poêles portatifs soient munis d'un bout de tuyau destiné à être simplement engagé sous la cheminée de la pièce à chauffer. Il faut que cette cheminée ait un tirage convenable.

Il importe, pour l'emploi de semblables appareils, de vérifier préalablement l'état de ce tirage, par exemple à l'aide de papier enflammé. Si l'ouverture momentanée d'une communication avec l'extérieur ne lui donne pas l'activité nécessaire, on fera directement un peu de feu dans la cheminée avant d'y adapter le poêle, ou, au moins, avant d'abandonner ce poêle à lui-même. Il sera bon, d'ailleurs, dans le même cas, de tenir le poêle un certain temps en *grande marche* (avec la plus grande ouverture du régulateur).

On prendra scrupuleusement ces précautions chaque fois que l'on déplacera un poêle mobile.

Le poêle mobile devra être surveillé constamment, surtout s'il est en *petite marche* (le régulateur donnant la plus petite issue au gaz de la combustion); alors, surtout, la pièce où il est placé recevra régulièrement du dehors l'air nécessaire à son assainissement en même temps qu'à l'entretien de la combustion, sans qu'on cherche à faire des emprunts à des pièces voisines à raison de la dépendance qui peut exister entre les cheminées de ces pièces sous le rapport du tirage: si une pièce voisine a un chauffage propre, son foyer pourrait déterminer un appel en sens inverse. Pour une raison semblable, lorsqu'on transporte un poêle d'une pièce à une autre voisine, on devra éviter de laisser une communication ouverte entre ces deux pièces.

On se tiendra en garde, principalement dans les cas où le poêle est en *petite marche*, contre les perturbations atmosphériques qui pourraient venir paralyser le tirage et même déterminer un refoulement des gaz à l'intérieur de la pièce.

Lorsque les produits de la combustion doivent être portés au dehors par un tuyau spécial fixe auquel s'adapte celui du poêle mobile, il est essentiel que la hauteur, la section et les dispositions de ce tuyau lui assurent un tirage convenable.

A moins de dispositions exceptionnelles, qui assurent le tirage d'une manière absolument certaine, on s'abstiendra de laisser séjourner un poêle mobile, la nuit, dans une chambre à coucher, surtout un poêle en *petite marche;* il faut toujours se défier de la fermeture partielle d'un régulateur placé sur le tuyau d'un appareil de chauffage.

On ne saurait trop s'élever contre la pratique dangereuse de fermer complètement la clef d'un poêle ou la trappe intérieure d'une cheminée qui contient encore de la braise allumée. C'est là une des causes d'asphyxie les plus communes. On conserve, il est vrai, la chaleur dans la chambre; mais c'est aux dépens de la santé et quelquefois de la vie.

Les membres de la commission: Dr Delpech, Dr Armand Gautier, Lalanne, et du Souich, rapporteur.

Adopté par le Conseil dans la séance du 16 avril 1880.

Le vice-président, P. Schutzenberger.
Le secrétaire, F. Bezançon.

Ces sages conseils seront-ils écoutés? Nous en doutons; le public est engoué de ce chauffage commode et bon marché. On se raconte bien, il est vrai, les accidents mortels ou graves qu'on apprend chaque jour, et dont on a signalé dernièrement un nouvel exemple (accident de Mlles Perrot de Thannberg et de la Chevardière); mais, nous le répétons, l'expérience des autres ne sert que rarement: l'appareil est commode, on ne demande pas autre chose.

Dr Joseph Michel.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 27 novembre 1880, M. Duplay, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie externe à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — Par un autre décret de la même date, M. Hallez, professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Cazeneuve, admis à la retraite.

— Par arrêté du président du Conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 27 novembre 1880, la chaire de pathologie interne de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leur titres.

Traitement a domicile. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XVIIIe arrondissement que, le dimanche 12 décembre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

L'Association française pour l'avancement des sciences. — La ville d'Alger s'occupe des préparatifs de la session que doit y tenir l'Association française pour l'avancement des sciences, le 14 avril 1881.

La session sera présidée par M. Chauveau, correspondant de l'Institut, directeur de l'École vétérinaire de Lyon, professeur de la Faculté de médecine. Pour tous renseignements relatifs au Congrès d'Alger, on peut s'adresser au secrétariat de l'Association française, 76, rue de Rennes, Paris.

Service de santé de la marine. — Le *Journal officiel* publie un décret, en date du 27 novembre 1880, concernant les conditions d'engagement des aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien universitaire de 1re classe, appartenant au corps de santé de la marine en qualité de *médecins* ou de *pharmaciens de 2e classe*.

Conseil municipal. — Le Conseil, dans la séance du 26 novembre, a, sur le rapport de M. Bourneville, approuvé, dans les limites d'une dépense de 3800 francs, la construction d'un laboratoire et d'un cabinet de micrographie à l'hôpital Saint-Louis, pour le service de M. le professeur A. Fournier.

Exploration scientifique. — M. M Ballay, docteur en médecine, et M. Mizon, enseigne de vaisseau, ont quitté Paris pour se rendre au Havre, et s'embarquer pour le Gabon. Ils vont rejoindre en Afrique M. de Brazza, enseigne de vaisseau, qui explore actuellement toute la région comprise entre les établissements français de la côte et le bassin du Congo.

M. Ballay est le confrère auquel le corps médical a offert un banquet en 1879, lors de son retour d'une première exploration en Afrique.

Cours du Collège de France. — M. Brown-Séquard (*Médecine*). Changements dynamiques et autres provenant d'une irritation lointaine dans l'organisme animal. Mardis et jeudis à deux heures. Ouverture le mardi 7 décembre. — Les premières leçons seront consacrées aux anesthésiques, à l'acide carbonique et aux narcotiques.

— M. Ranvier (*Anatomie générale*). Terminaisons nerveuses dans les organes des sens. Le professeur commencera par l'organe de l'olfaction. Mardi, 6 courant, à trois heures et demie.

— M. Balbiani (*Embryogénie*). Génération de la cellule et des organismes unicellulaires. Mardis et samedis, à une heure et demie.

— M. François-Franck, suppléant de M. Marey (*Physiologie*). Influence du système nerveux sur les organes de la circulation en général et sur le cœur en particulier; poisons du cœur. Lundi, 6 courant, à quatre heures et demie. Les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Mortalité a Paris (47e semaine, du vendredi 19 au jeudi 25 novembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 933, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 18. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 15. — Diphthérie, croup, 32. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 38. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 52. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 36. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 26; au sein et mixte, 18; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 110; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 74; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 47e semaine. — Encore une semaine de dégrèvement : 933 décès au lieu de 988 de la semaine précédente, soit une diminution de 55 décès; beaucoup de maladies diverses y ont contribué, notamment la fièvre typhoïde, qui ne compte que 30 décès (c'est encore un bien gros chiffre) au lieu de 36 décès typhiques de la semaine dernière; il en est de même de plusieurs autres maladies locales, comme la pneumonie et les autres maladies des organes de la respiration, mais non compris la bronchite et la coqueluche, qui ont accru leurs sévices: ce concours de la bronchite et de la coqueluche est naturel, car lorsque la coqueluche se termine fatalement, c'est le plus souvent par complication de bronchite capillaire. D'autres affections encore, comme la diphthérie, se sont plutôt aggravées (32 au lieu de 29); le Ve arrondissement, encore par le quartier Saint-Victor, y paye un tribut notable. Les deux décès infantiles par diphthérie qu'on y trouve encore sont, il faut l'espérer, les derniers échos de la petite épidémie constatée dans notre avant-dernier *Bulletin*, et au sujet de laquelle le service est obligé de maintenir ses chiffres. Il se permet de rappeler à ce sujet que, pour les contrôler, il ne suffit pas de constater les décès par diphthérie qui ont été *enregistrés* à la mairie du Ve; mais encore il faut rechercher et y ajouter tous ceux des enfants qui, *domiciliés dans le quartier Saint-Victor et y ayant contracté leur maladie*, ont été transportés dans un hôpital siégeant dans un autre arrondissement et y ont succombé, car, par le fait de ce transport, leurs décès ont été inscrits dans les mairies respectives et ont échappé à la mairie du Ve.

Pendant cette 47e semaine, notre natalité s'est aussi un peu amoindrie: de 1049 elle est descendue à 1002 naissances vivantes. Sur ces 1002 nouveau-nés, *plus* de 233 ont été confiés à des nourrices mercenaires (je dis plus de 233, car deux mairies encore ne nous ont pas fait parvenir leurs documents sur ce point). Quoi qu'il en soit, sur ces 233 nourrissons il y en a encore la moitié pour lesquels il a d'abord été décidé par les familles qu'ils seraient privés de l'allaitement naturel.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Du rhumatisme chronique noueux des enfants et de son traitement, par le docteur Moncorvo, traduit du portugais et annoté par le docteur Mauriac. In-8 de 145 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

L'albuminurie chez la femme enceinte. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchement, par le docteur L. Dumas. 1 vol. in-8 de 230 pages. Paris, O. Doin. 5 fr.

De l'influence de la grossesse sur la tuberculose. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchement, par le docteur L. Gaulard. 1 vol. in-8 de 160 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 9 décembre 1880.

Lésions anatomiques et mécanisme de l'athétose. — L'assainissement de la campagne romaine par l'établissement de colonies pénitentiaires. — Séance de l'Académie de médecine.

Lésions anatomiques et mécanisme de l'athétose.

(Fin. — Voyez le numéro 49.)

A présent il n'est pas sans intérêt de revenir rapidement sur ce que nous avons dit au début de cette étude, et d'établir un rapprochement entre ces phénomènes spasmodiques à forme clonique qui correspondent à l'irritation du faisceau pyramidal et les phénomènes spasmodiques permanents ou toniques qui tiennent à la destruction de la capsule. L'histoire de la contracture secondaire des hémiplégiques nous fournit, à cet égard, des renseignements très utiles et sur lesquels il faut nécessairement insister un instant.

Conformément à la loi de Waller, la destruction des fibres motrices qui réunissent l'écorce du cerveau aux cornes antérieures et qui passent par la capsule interne est suivie d'une dégénération secondaire du cordon latéral. Ce cordon représente en effet (du moins pour une bonne part), l'ensemble des fibres de cette grande commissure cérébro-spinale. Au bout d'un laps de temps qui est presque toujours le même — trois à six semaines environ — la dégénération produit une cicatrice systématique de tout ce cordon; et cette cicatrice, englobant en elle tous les cylindres axiles destinés aux cornes antérieures, provoque une irritation incessante de la substance grise. De l'irritation de la substance grise, la résultante clinique est la contracture. Les muscles, dès lors, demeurent dans un état spasmodique qui n'est que le reflet de l'excitation spinale, et, selon que les groupes fléchisseurs ou extenseurs prédominent, le spasme en question se traduit par une contracture en flexion ou par une contracture en extension. Du même coup la volonté est devenue impuissante, puisque la commissure cérébro-spinale étant détruite, les ordres partis de l'encéphale ne peuvent plus arriver aux cornes antérieures.

Si maintenant, au contraire, nous considérons le cas de MM. Oulmont et Richer (1), qui consistait en une hémiplégie incomplète avec hémiathétose, il est bien permis de conclure — et l'autopsie d'ailleurs l'a prouvé — que toutes les fibres du faisceau pyramidal n'étaient pas détruites, que, par conséquent, les muscles pouvaient partiellement obéir aux incitations cérébrales, et que les mouvements athétosiques représentaient une sorte de contracture mobile, changeant à tous moments, et entravant sans cesse l'exécution des actes volontaires. A cela on pourrait peut-être objecter que, puisque la sclérose descendante est de peu d'importance, il en devrait résulter une contracture moins prononcée que dans les cas de dégénération totale, mais qui n'en serait pas moins pour cela une contracture permanente. Il faut reconnaître effectivement que c'est là ce qui se passe bien souvent. Seulement la contracture est, en pareil cas, presque toujours localisée à certains muscles, et les efforts de la volonté peuvent triompher, par une influence continue et en quelque sorte instinctive, de l'attitude vicieuse déterminée par la lésion spinale. Mais ici intervient en outre un phénomène purement médullaire qui modifie profondément la situation : c'est le tonus.

Voici, en quelques mots, comment on peut rapporter au tonus musculaire les mouvements désordonnés de l'athétose. Et d'abord rappelons ce qu'il faut entendre par *tonus* ou *tonicité des muscles*. Lorsque, pendant le repos complet, dans le sommeil, par exemple, tous les muscles de l'économie sont abandonnés à eux-mêmes, nulle incitation encéphalique ou spinale ne venant les stimuler, le seul fait de leur connexion avec les centres moteurs de la moelle par l'intermédiaire des racines antérieures suffit à les maintenir dans un état de demi-contraction permanente, qui n'est autre chose que ce qu'on appelle aujourd'hui le tonus musculaire. Mais il est certaines circonstances suivant lesquelles le tonus varie d'intensité. Si les fléchisseurs des doigts, par exemple, viennent à se contracter sous l'influence de la volonté ou par le fait d'un acte réflexe, la tension passive des antagonistes, c'est-à-dire des extenseurs, sollicite ces derniers à se contracter à leur tour; la raison de cette réaction soudaine des extenseurs réside dans l'excitation mécanique de certains nerfs centripètes qui sont répandus dans les aponévroses de ces extenseurs et que la tension musculaire suffit à ébranler. De cette tendance à la contraction, qui résulte pour tous les groupes musculaires de la contraction préalable des groupes antagonistes, résulte une sorte d'équilibre instable que le moindre effort de volonté peut rompre à tout moment. Mais si les centres spinaux du tonus, qui n'est, on le voit, qu'un acte réflexe permanent, sont accidentellement irrités par une cause pathologique, telle qu'un foyer de dégénération descendante, le tonus, *contraction insensible* des anciens chirurgiens, change de nom; tous les muscles innervés par ces centres manifestent une activité inaccoutumée, ils entrent en contracture (Tschirjew, *Arch. de physiol. norm. et path.*, 1879).

C'est à dessein que nous avons signalé, au début de cette étude, les intimes connexions symptomatiques de la contracture permanente et de l'athétose. Nous pouvons maintenant revenir plus utilement à notre cas de contracture hémiplé-

(1) Cette observation sera prochainement publiée *in extenso*.

gique et d'athétose combinées. Les lésions anatomiques étant connues, il nous paraît facile d'interpréter ce syndrome.

Les muscles, avons-nous dit, ne sont que partiellement contracturés; mais les doigts sont animés de mouvements incessants qui se traduisent par des contorsions bizarres. Lorsque la volonté intervient, le désordre s'accuse de plus en plus, et finalement le membre prend une attitude fixe, identique à celle de la contracture permanente. Cela seul ne suffit-il pas déjà pour affirmer que la contracture n'est que la forme superlative du spasme athétosique?

Cependant on peut encore pousser plus loin l'analyse. Le cas de MM. Oulmont et Richer, auquel nous faisons actuellement allusion, est identique à un autre, qu'il nous a été donné d'observer récemment à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot. Il s'agit d'une vieille femme atteinte d'hémiplégie et d'hémiathétose du côté gauche, chez laquelle l'impotence musculaire tient bien plutôt au désordre continuel des mouvements des membres qu'à la contracture très légère de son côté paralysé. Quand on suit de près, chez cette femme, les très légers mouvements dont les doigts sont animés, surtout pendant qu'elle est absolument calme, on peut remarquer que ces mouvements se passent presque toujours entre deux groupes musculaires bien franchement opposés, les fléchisseurs et les extenseurs, par exemple, ou les adducteurs et les abducteurs. Il est donc permis de croire que la moindre flexion d'un doigt, en provoquant la tension passive de l'extenseur, suffit à ébranler les filets centripètes de ce dernier, qui se contracte à son tour par action tonique réflexe. Après quelques mouvements alternatifs de flexion et d'extension, une autre série de mouvements commence, soit dans les adducteurs et les abducteurs seuls, soit en même temps encore dans les extenseurs et les fléchisseurs. Si l'attention de la malade est éveillée par la présence de personnes étrangères, les mouvements des doigts se propagent aussitôt au poignet, puis au coude et jusqu'à l'épaule même, de telle sorte que l'hémiathétose se transforme en hémichorée. Cette exagération soudaine du symptôme s'explique aisément quand on songe que tous les efforts auxquels cette femme se livre pour dissimuler son infirmité ne peuvent que l'aggraver. En effet, la participation de la volonté s'exerçant par l'intermédiaire du faisceau pyramidal, et celui-ci exerçant, par le fait de sa dégénération, une influence irritative sur la substance grise médullaire, le phénomène de la tonicité acquiert une intensité anormale. Enfin un moment arrive où les muscles prennent une attitude définitive : c'est lorsque l'excitation spinale, que produisent par la voie centripète ces mouvements de plus en plus répétés et violents, équivaut à l'irritation permanente qu'occasionne la lésion scléreuse de la dégénération du cordon latéral.

Enfin, quand l'hémiathétose constitue à elle seule toute la symptomatologie de l'affection cérébrale, comme dans le cas de M. Landouzy, le même mécanisme peut être certainement mis en cause. Il suffit, en effet, que le faisceau pyramidal soit irrité, en quelque point de son trajet que ce soit, pour que les cellules motrices de la moelle où se distribuent les fibres de ce faisceau soient rendues plus susceptibles. Nous avons vu que la lésion consistait en un foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie occupant indifféremment le corps strié ou la couche optique, mais intéressant toujours la capsule interne dans son segment postérieur. Donc la seule présence de ce foyer au contact du faisceau pyramidal modifie l'état dynamique des racines antérieures de la moelle, et de même que les muscles restent indéfiniment contracturés lorsqu'une cause d'irritation se développe sous la forme d'une sclérose descendante dans l'axe médullaire, de même ces muscles entrent en mouvement tant que dure l'irritation du faisceau pyramidal.

Or l'irritation du faisceau pyramidal, faisceau moteur par excellence, persiste pendant tout le temps de l'état de veille. Dès que le sommeil survient, la volonté s'annihilant, les mouvements athétosiques disparaissent. Sans doute, on a rapporté des observations relatives à des cas où l'athétose durait pendant le sommeil même. Cependant M. Oulmont a fait voir que presque toujours les mouvements ne se produisent que lorsque ces malades dorment dans une « fausse position », c'est-à-dire lorsque, en raison d'un effort instinctif, si léger qu'il soit, certains groupes musculaires sont appelés à fonctionner par synergie.

Les faits dont il s'agit là ont un grand rapport avec l'hémiathétose transitoire, sur laquelle M. Oulmont a insisté à plusieurs reprises dans sa thèse inaugurale. L'observation XI de ce travail est entre autres particulièrement instructive à cet égard. Il s'agit d'une malade chez laquelle, « dans le repos, le bras tombait le long du corps sans raideur ni contracture, la main étant entièrement immobile. Elle était également immobile dans le sommeil; les mouvements n'apparaissaient qu'avec les actes volontaires... Il n'y avait pas non plus d'asymétrie de la face au repos, mais une légère déviation de la bouche à gauche quand la malade riait. » Nous avons nous-même signalé des faits absolument identiques, par exemple, celui d'une femme atteinte d'hémiparésie gauche, et chez laquelle les mouvements athétosiques n'avaient lieu qu'autant que cette femme cherchait à faire agir ses membres paralysés. Lorsque R... est immobile, ne parle pas, en un mot lorsqu'elle est indifférente, c'est à peine si l'on remarque l'asymétrie de la face; mais aussitôt qu'elle ouvre la bouche pour dire le moindre mot, tout le côté gauche de son visage se contracte; la commissure labiale s'élève, la narine se dilate, l'orbiculaire des paupières se convulse, donnant lieu à un clignement rapide; en d'autres termes, c'est un tic hémiplégique de la face survenant seulement à l'occasion des mouvements volontaires. Les mouvements du front eux-mêmes participent à cette sorte d'hémichorée faciale.

M. Grasset, avons-nous dit, a publié tout récemment (*Progrès médical*, 1880) le cas d'un hémiplégique qui présentait des désordres athétosiques à l'occasion des mouvements volontaires : « La main droite de ce malade au repos ne présente absolument aucun mouvement anormal; pas d'instabilité; mais dès qu'il veut agir avec ses doigts, prendre, par exemple, un crayon pour écrire, ses doigts, au lieu de s'appliquer régulièrement sur le crayon, sont pris de contractions désordonnées qui l'empêchent d'écrire et lui font même souvent projeter le crayon au loin. Il a toutes les peines du monde à placer le crayon la pointe en bas, à l'assujettir ainsi et à écrire. Les mêmes phénomènes se présentent quand il veut saisir une épingle, etc.; en un mot, toutes les fois que les doigts ont besoin de s'adapter à un acte volontaire un peu précis. Rien dans les autres segments du membre supérieur. Quand il étend la main droite, les doigts écartés, on observe dans ceux-ci de petits mouvements d'oscillation. »

Il y a entre cette observation et celles qui précèdent une identité absolue. Cependant M. Grasset argue de l'intermittence de ce phénomène, survenant seulement à l'occasion des actes volontaires, qu'il ne faut pas considérer le cas comme appartenant à l'histoire de l'hémichorée ou de l'hémiathétose : « Le fait de son apparition seulement dans les actes volon-

taires, poursuit M. Grasset, le sépare de l'hémichorée véritable pour le rapprocher, en dernière analyse, de l'ataxie. De là le nom de forme hémiataxique que nous proposons pour désigner ce phénomène posthémiplégique. »

Cette qualification est évidemment défectueuse à plus d'un titre : d'abord les mouvements de l'athétose ou de l'hémichorée peuvent très souvent, ainsi que nous venons de l'établir, ne se manifester qu'à l'occasion des mouvements volontaires. La contracture elle-même ne s'empare quelquefois des membres paralysés que lorsque le malade *veut* agir de ces membres. En outre, l'assimilation de ce phénomène posthémiplégique à un trouble moteur, tel que l'hémiataxie proprement dite, est en opposition formelle avec ce que nous savons des causes de l'incoordination motrice. M. Debove (1) a fait voir que, dans le *tabes*, l'incoordination des mouvements était sous la dépendance d'un amoindrissement partiel de la tonicité musculaire; et, dans les phénomènes choréiformes qui succèdent à l'hémiplégie ou qui l'accompagnent, le tonus est, au contraire, toujours exagéré.

L'interprétation des cas de cette espèce découle de ce qui s'observe dans les cas francs. Le faisceau pyramidal, dans la capsule interne, n'étant pas directement lésé, mais confinant à une région malade — qu'il s'agisse du corps strié ou de la couche optique — le passage de l'influx nerveux dans ce faisceau déterminera des phénomènes spasmodiques qui ne se produiraient pas si la capsule et les corps opto-striés avaient conservé leurs connexions normales. Il est, en effet, certain que la capsule interne renferme un grand nombre de fibres qui aboutissent aux ganglions cérébraux ou qui en émanent. Bien plus, ce ne sont pas seulement les incitations volontaires qui peuvent provoquer des mouvements athétosiques. Du moment que le faisceau pyramidal touche à un foyer qui l'irrite, les cornes antérieures, où ce faisceau se termine, deviennent nécessairement plus susceptibles qu'à l'état normal; en d'autres termes, la réflectivité spinale est exagérée, et toute cause agissant sur les cellules motrices, par quelque voie que ce soit, occasionnera des phénomènes spasmodiques qui pourront affecter le caractère athétosique. De cela nous avons vu tout dernièrement un exemple remarquable. Il s'agit d'un homme atteint d'hémiplégie avec contracture légère du côté gauche, chez lequel tout mouvement exécuté avec l'un des membres du côté droit entraînait un mouvement semblable dans le membre correspondant du côté paralysé. Toutefois ce mouvement automatique du membre malade était loin d'avoir la régularité d'un mouvement voulu et réfléchi; il était accompagné de contorsions bizarres, surtout dans les doigts, et par là rappelait absolument le désordre caractéristique des mouvements de l'athétose. Sans nul doute, c'est par la commissure que cette transmission s'effectuait; et la corne antérieure du côté gauche étant soumise à une irritation permanente par le fait de la dégénération descendante, subissait par *association* toutes les excitations qui parvenaient à la corne antérieure du côté droit.

En résumé, qu'il s'agisse d'hémichorée ou d'hémiathétose, que l'un et l'autre de ces symptômes s'accompagne ou non de contracture, qu'ils soient permanents ou transitoires, la raison anatomo-pathologique en est toujours la même : elle consiste dans l'existence d'un foyer voisin de la capsule interne, irritant le faisceau pyramidal et agissant ainsi à distance sur les cornes antérieures de la moelle, de façon à exagérer les phénomènes de tonicité qui président à l'équilibre normal des muscles. Si le foyer en question a détruit quelques fibres du faisceau pyramidal, le phénomène spasmodique sera presque toujours l'hémichorée, comme dans le cas d'hémorrhagie de la partie postérieure de la capsule. Si, au contraire, la capsule est intacte, et si ses connexions avec les ganglions sont seules interrompues, le résultat symptomatique de cette altération sera le plus souvent l'athétose. D'ailleurs il peut y avoir entre tous les faits de cet ordre une série ininterrompue de transitions proportionnées à la gravité de la lésion capsulaire.

Enfin, comme il résulte de l'examen des lésions et de l'analyse des symptômes que l'hémichorée et l'hémiathétose ne sont que deux degrés d'un seul et même phénomène, il ne reste plus qu'à rechercher pourquoi les mouvements de l'athétose sont localisés aux petites articulations, tandis que ceux de l'hémichorée se produisent au niveau de toutes les jointures. Or, la raison de cette différence est purement mécanique. Elle consiste en ceci que les articulations des doigts et des orteils sont beaucoup plus mobiles que celle du coude, par exemple, ou que celles du genou et de l'épaule. Les doigts sont animés par des leviers du premier genre; ils sont, par conséquent, bien plus faciles à metttre en mouvement que l'avant-bras ou la jambe, dont les muscles fléchisseurs et extenseurs constituent des leviers du deuxième et du troisième genre. D'autre part, comme l'hémichorée se produit dans des cas où la lésion est toujours plus profonde et plus importante que dans les cas d'athétose, il va de soi que l'irritation spinale déterminera des réactions musculaires plus brusques et plus intenses que celles de l'hémiathétose. Encore faut-il considérer que l'hémiathétose peut, sous l'influence de mille circonstances, se transformer en hémichorée, et cette transformation passagère suffit dès lors à démontrer, même en dehors de toute assimilation anatomo-pathologique, l'identité absolue de ces deux phénomènes.

Dr Brissaud.

L'assainissement de la campagne romaine par l'établissement de colonies pénitentiaires.

I

Parmi les régions infectées de *malaria*, il en est une qui doit à sa situation et à son illustration historique d'intéresser le monde entier : c'est la campagne romaine. La question est ancienne, j'en conviens; et, au premier abord, pourrait-on supposer que je cède involontairement à l'appel de vieux souvenirs en revenant vers le théâtre de mes principales recherches sur l'étiologie et la prophylaxie des fièvres intermittentes.

Il n'en est rien : quand Rome est devenue, il y a quelques années, la capitale de l'Italie, sa population a presque subitement doublé; les conditions de la lutte contre le fléau qui l'enserre ont singulièrement changé; et il est de l'honneur du gouvernement italien de mettre à profit les avantages que lui confèrent, et cette affluence de bras, et les progrès de la science moderne, pour rendre à Rome l'atmosphère salubre qui l'entourait il y a dix-huit siècles, lorsqu'elle était la capitale du monde.

Ce sentiment, il est juste de le reconnaître, s'est fait jour dès le lendemain de l'unification de l'Italie; se traduisant, soit d'une manière officielle, par des interpellations au Parlement, par la création de commissions spéciales; soit d'une

(1) *Archives de neurologie*, 1880, n° 1.

façon plus privée, par les pétitions des particuliers réclamant d'urgence l'application de moyens propres à améliorer les conditions agricoles et hygiéniques de la campagne de Rome.

Le temps n'était plus, où la ville éternelle était à moitié déserte du mois de juin au mois de septembre, et où, dans l'intervalle, elle n'attirait guère que des artistes, des pèlerins, des touristes; libres de choisir, pour y arriver, la saison favorable; heureux de contempler, alors sans danger, la majesté mélancolique de cette plaine où l'œil n'aperçoit guère que des restes d'aqueducs et des tombeaux, « qui semblent, dit Châteaubriand, être les forêts et les plantes indigènes d'une terre composée de la poussière des morts et des débris des empires ».

En devenant le siège du gouvernement et des Chambres, la nouvelle capitale se constituait le centre d'un mouvement incessant, et l'on ne pouvait admettre plus longtemps que, chaque année, durant plusieurs mois, l'insalubrité environnante pût l'isoler du reste du pays. Ne lui fallait-il pas, comme aux autres capitales, cette ceinture de végétation et de maisons de plaisance, où le citadin va reprendre force et santé? et pouvait-on assister plus longtemps à ce renversement des conditions normales des autres grandes cités, où, *en général*, l'air est plus pur à mesure qu'on se rapproche de leur circonférence; tandis qu'à Rome l'infection de la plaine voisine empiète sur l'enceinte, pénètre dans les rues périphériques, forçant en été l'habitant à se réfugier dans les quartiers centraux d'une ville brûlée par les ardeurs du soleil?

La tâche à remplir était immense, et la meilleure preuve, c'est qu'en dépit de cette bonne volonté de tous, et malgré dix années écoulées, elle reste encore à peu près entière.

Peut-être ce retard est-il dû en partie à la divergence des opinions sur la genèse de la malaria, soit dans Rome, soit dans sa campagne.

Beaucoup ont pensé qu'il s'agissait avant tout d'obvier à la formation d'amas d'eaux stagnantes, et ont cherché en particulier à conjurer les inconvénients de l'endiguement imparfait du Tibre, dont, aux siècles passés, les inondations ont parfois gravement compromis la santé publique.

Nous avons cependant acquis la conviction que les résultats pathologiques des anciennes inondations, quand elles s'accomplissaient dans la ville même (ce qui était le cas le plus fréquent, vu l'étroitesse, dans Rome, du lit du fleuve, encombré de débris de ponts et de ruines de tout genre), n'étaient pas en général des affections palustres; presque toutes se rapportaient à la peste inguinale ou au typhus, maladies alors presque endémiques au sud de l'Europe, et dont on conçoit les exacerbations dans une ville inondée, où les riverains, chassés par les débordements du fleuve, allaient encombrer les quartiers situés sur les collines.

Maintenant qu'il n'y a plus ni peste ni typhus en Italie, ces débordements intra-urbains sont peu dangereux; j'en ai vu un s'étendre jusqu'au *Corso*, sans être suivi d'aucun trouble dans la santé publique; ils sont d'ailleurs moins considérables qu'autrefois, vu l'exhaussement progressif du sol de la ville, qui est de 5 à 6 mètres plus élevé qu'au commencement de l'ère chrétienne; tandis que la situation des radiers des égouts et des assises de retraite des piles des ponts prouve que le niveau du Tibre n'a pas sensiblement varié.

Nous ne pouvons, bien entendu, qu'applaudir aux travaux accomplis, sous l'impulsion commune du gouvernement italien et de la municipalité romaine, pour régler le cours du fleuve à travers la ville, pour embellir celle-ci en substituant de beaux et larges quais à ces rives parfois sordides, comme celles du Ghetto, où, à l'époque des basses eaux, leur retrait laissait à nu les immondices de la population misérable entassée dans les maisons riveraines. Certainement les remuements de terre nécessaires pour accomplir cette œuvre devront être ici surveillés plus sévèrement qu'ailleurs; en juillet 1879, les fièvres prirent, sous leur influence, un développement insolite dans un quartier habituellement indemne, mais où ces travaux avaient été le plus considérables, dans la région de la *Farnesine;* mais nous avons aujourd'hui la garantie des mesures de surveillance adoptées par les hommes les plus compétents (1).

La vraie source de la malaria, en dehors des conditions accidentelles précédentes, étant extra-urbaine, on a pensé qu'il s'agissait surtout d'endiguer le Tibre, et d'en rectifier le cours, non plus dans la ville, mais au voisinage de son embouchure: aux noms des empereurs Claude et Trajan s'est récemment associé celui d'un illustre patriote italien; lui aussi a tourné ses efforts contre l'envahissement de cet ensablement séculaire qui, chaque année, refoule la mer de 3 où 4 mètres, compromettant le débit des eaux du fleuve, et la navigation de Rome à la Méditerranée.

Cette entrave toujours croissante a certes de grands inconvénients : le flot rejette incessamment sur la plage les broussailles, les arbres mêmes charriés par le Tibre; ces débris constituent sur le littoral la charpente d'une barrière dont les algues marines viennent clore les interstices; en sorte qu'il s'établit ainsi, le long de la mer, un cordon qui retient derrière lui les eaux douces des pluies, mais qui est trop peu élevé pour ne pas être à chaque instant franchi par les vagues de la mer. De là, formation de véritables marais salants et d'étangs plus ou moins étendus, dont les plus considérables sont ceux de Porto, de Macarèse et d'Ostie, dont la surface totale couvre 1500 à 1600 hectares.

L'action de ces marais du littoral est évidente sur les habitants des localités contiguës: Ostie, Porto, Fiumicino; mais nous nions leur influence sur les habitants de la capitale, et sur ceux de la campagne romaine en général; il suffit pour le prouver de rappeler que les habitations éparses dans l'*Agro Romano* offrent toutes à peu près la même insalubrité, qu'elles soient à l'est où à l'ouest de la ville, éloignées par conséquent ou rapprochées des étangs du littoral.

Nous en dirons autant des Marais Pontins; nous invoquons de tous nos vœux leur assainissement, qui constituerait aussi un titre de gloire pour ceux qui le réaliseraient; mais peut-on les considérer comme les foyers de la *malaria* de la campagne romaine?

La fréquence des vents de sud et de sud-est, qui prédominent pendant la saison des fièvres, et qui n'arrivent à Rome qu'après avoir franchi la surface des Marais Pontins, donne à cette opinion, si fréquemment exprimée, une valeur considérable; il est cependant une circonstance qui nous semble prouver que ces marais ne sont nullement la cause originelle des fièvres romaines : c'est qu'entre eux et la ville il existe plusieurs localités situées sur les pentes des monts Albains : Lariccia, Gensano, Albano, localités renommées pour la pureté de leur atmosphère.

Nous avons eu, durant notre séjour en Italie, une preuve évidente de la presque innocuité des Marais Pontins sur l'état sanitaire de Rome. On sait qu'un marais étant donné, la condition la plus efficace pour en développer la puissance toxique, c'est l'excès de température qui, abaissant le niveau

(1) Voy. *Provvedimenti igienici nei lavori per la sistemazione del Tevere;* in *Bulletino della Commissione speciale d'igiene del municipio de Roma*, juillet 1880.

des eaux, met au contact de l'atmosphère une plus grande surface de la vase sous-jacente ; c'est ainsi qu'en 1865, année dont la température fut exceptionnellement élevée, les populations des localités environnant les Marais Pontins souffrirent cruellement; ces populations étaient pourtant celles des villes de Cori, Sezza, Sermoneta, préservées habituellement par leur altitude. Or, cette année 1865, si terrible dans la zone même du bassin pontin, donna, dans celui de Rome, moins de malades que les années précédentes.

La malaria de la campagne romaine ne vient pas de si loin ; elle est d'origine locale, autochthone ; elle surgit presque de partout sur cette vaste surface de 200 000 hectares, et là ne relève ni de marais proprement dits, ni d'amas d'eaux stagnantes.

Nous nous rappelons l'étonnement de plusieurs voyageurs qui, du haut de la coupole de Saint-Pierre ou du *monte Mario*, avaient pensé découvrir un pays inondé, comme jadis, des tours de Harlem et d'Amsterdam, on découvrait l'immersion du sol de la Hollande, et qui constataient l'absence de la moindre flaque d'eau parmi les monotones ondulations de la plaine qui les entourait.

Nous avons dit aussi quelle fut notre surprise à nous, à chacune des nombreuses courses que nous fîmes en tous sens à travers cette campagne, de constater, non seulement l'absence presque absolue de tout marécage, mais encore la sécheresse du sol, qui dès le mois de juin, date de la cessation des pluies, se fendille sous l'influence de l'élévation de la température. Nous ne pouvions donc que confirmer le témoignage de Bonstetten, écrivant au commencement de ce siècle : « La campagne de Rome est si peu marécageuse, que je ne connais pas de pays sans police, où il y ait si peu d'eau stagnante que dans cette grande plaine. »

C'est alors que nous entreprîmes cette longue enquête qui nous permit d'établir que le degré de salubrité du territoire de Rome, anciennement si habité, aujourd'hui si inhabitable, avait toujours été en rapport avec le degré de perfection de sa culture; qu'à l'époque où les travaux des champs étaient honorés de tous, et où les soldats, du général au simple légionnaire, cultivaient à l'envi les terres distribuées après la victoire, cette campagne était assez salubre pour qu'on préférât, comme recrues, les jeunes gens des tribus rurales à ceux des tribus urbaines.

Nous avons suivi presque pas à pas la progression séculaire de la malaria vers Rome, à mesure que les terres, jadis cultivées, étaient abandonnées à l'état de pâturage, et sommes ainsi arrivé aux deux conclusions suivantes :

A. *Conclusion étiologique.* — L'insalubrité de l'*Agro Romano* est due, non pas à tel ou tel foyer d'émanations palustres, mais aux effluves d'un sol riche, non cultivé, et offrant, par sa configuration plane et sa nudité, les conditions les plus favorables aux exhalaisons telluriques et à leur condensation nocturne.

C'est la comparaison de ces faits avec les observations recueillies dans tant de localités où la fièvre résulte d'influences analogues qui nous a fait admettre que le terme *intoxication tellurique* représente mieux la pathogénie des fièvres intermittentes que celui d'*intoxication palustre*.

B. *Conclusion prophylactique.* — La réforme dominante à opérer, au double point de vue économique et hygiénique, c'est l'adoption d'un système de culture en rapport avec la puissance de rendement d'un sol riche et fertile, dont l'abandon à l'état de pâturage, depuis des siècles, a centuplé et la fécondité et l'énergie toxiques. (Léon Colin, Art. Rome, *in Dict. encycl. des sciences méd.*)

II

Il serait injuste de ne pas rappeler les tentatives de divers papes pour combattre cet amoindrissement de la culture, et l'insalubrité qui en a été la corollaire.

En ce siècle même, Pie VII, renouvelant les essais de plusieurs de ses prédécesseurs, avait imaginé un système aussi énergique que rationnel. Le cadastre avait fait connaître l'étendue et les degrés de fertilité des terres de l'*Agro Romano*. Le pape ordonna qu'elles fussent ensemencées régulièrement, suivant l'assolement qu'elles pouvaient supporter, sous peine d'une amende équivalant à 1 franc par hectare; l'abandon des cultures était soumis au doublement de la taxe. Cette véritable restauration du sol devait commencer par la culture ou la plantation de toutes les terres comprises dans une zone d'un mille autour de Rome, en comptant cette largeur du point où se terminent les vignes et les jardins. Lorsque par l'effet de ces mesures la ville aurait été entourée d'un cercle de terrains cultivés ou plantés, l'édit étendait les mêmes règles à une seconde zone concentrique, d'un égal rayon, et ainsi de suite. (Voy. de Tournon, *Études statistiques sur Rome.*)

Jusqu'en 1870, c'est-à-dire antérieurement au surcroît subit de la population, nous pensions, nous aussi, et l'avons répété dans notre *Traité des fièvres intermittentes*, qu'il y avait tout avantage à prendre la ville même de Rome comme point de départ des travaux agricoles et de l'assainissement; c'était la seule localité du territoire dont le séjour ne fût pas dangereux, et d'où l'on pouvait, avec le moins de péril, accomplir les efforts nécessaires pour faire reculer de plus en plus la zone de *malaria* qui l'environne.

Il est également juste de reconnaître que les règlements n'avaient pas toujours été indispensables pour amener certains propriétaires à l'assainissement et à la culture de leurs terres. A un ancien officier de l'armée française d'occupation de Rome, au duc de Gallese, revient l'honneur d'en avoir donné l'exemple par la création de grandes exploitations agricoles aux environs de Rome, spécialement au village de la Colonna.

Mais les efforts d'ensemble du gouvernement pontifical se brisaient contre de graves obstacles; le premier était la rareté des habitants, l'affaiblissement de leur constitution, leur impuissance à fournir une masse de travailleurs assez nombreux et assez compacts pour résister aux émanations d'un sol qui les frappait d'autant plus cruellement qu'ils étaient plus isolés, plus disséminés. Ceux qui cherchaient le remède à cet état de choses se voyaient comme fatalement emprisonnés dans un cercle sans issue, créé par l'entraînement réciproque des deux faits suivants : A. il n'y a pas de cultivateurs dans la campagne romaine, parce que la malaria la rend inhabitable; B. et réciproquement, la malaria s'y produit parce qu'elle n'est pas cultivée. On avait même parfois pensé à repeupler cette campagne au moyen de colonies assez nombreuses pour former des centres de résistance à la malaria; de Tournon cite l'exemple de la famille Mattei, qui, à la fin du siècle dernier, avait appelé sur un de ses domaines, situé au couchant de Rome, une colonie allemande, à laquelle on avait bâti des maisons et distribué des bestiaux ; au bout d'un an, tous les colons avaient péri !

La tâche du gouvernement italien est certainement plus aisée. Il a pour lui, nous l'avons dit, le nombre des travailleurs. Il a les progrès de la science qui mettent en particulier à sa disposition toutes ces machines agricoles, mues à la vapeur, dont l'usage s'adapte merveilleusement au sol uni de la plaine à cultiver, et qui réduiront d'autant les contacts de l'homme avec un sol meurtrier. Il a la stabilité de son institution substituée aux variations administratives de l'ancien gouvernement, où le pouvoir passait, de conclave en conclave, aux mains de souverains trop âgés pour que chacun eût le temps de mener à bonne fin ses propres entreprises ; parfois trop peu solidaires entre eux pour continuer sans interruption l'exécution des plans d'assainissement inaugurés par leurs prédécesseurs. Il a enfin près de lui, pour féconder ces éléments de succès, des conseillers autorisés, parmi lesquels il en est un qui me pardonnera, en raison de notre vieille et profonde amitié, de le nommer en première ligne, le professeur Guido Baccelli.

Le temps est loin déjà où, ma visite terminée aux hôpitaux français du Quirinal, je descendais au *San Spirito,* attiré par ces causeries intimes où se révélait un esprit aussi ingénieux dans l'application clinique des découvertes de la science moderne que justement fier des vérités traditionnelles léguées à la médecine par ses illustres compatriotes des siècles passés.

Le gouvernement italien pouvait-il rencontrer plus de savoir et de patriotisme que chez celui qui occupe aujourd'hui le poste éminent de président du Conseil supérieur de santé du royaume ?

Lors du Congrès international d'hygiène de Turin (septembre 1880), nous nous rencontrâmes moins souvent que nous l'aurions voulu ; lui, retenu aux travaux de la première section qu'il présidait avec tant d'autorité ; nous, lié par notre mandat à la section d'*hygiène militaire*, qui, elle aussi, avait bien voulu nous honorer du titre de vice-président, et dans laquelle se déroula une suite incessante de discussions dont le compte rendu officiel prouvera bientôt, nous l'espérons, toute la valeur.

C'est dans l'une des séances de sa section que G. Baccelli exposa le projet du gouvernement italien, projet en voie de réalisation déjà, d'assainir la campagne romaine par l'établissement de *colonies pénitentiaires*.

Je tins à honneur d'ajouter mon nom à ceux de tous mes collègues qui adoptèrent l'ordre du jour proposé par M. Teissier (de Lyon) en faveur de cette grande œuvre, et je tiens aujourd'hui à en donner les raisons.

Le premier avantage d'une pareille entreprise, c'est de procéder par la méthode des assainissements partiels ; c'est de chercher à combattre l'ennemi sur des points déterminés, circonscrits ; tactique infiniment plus sage et plus sûre que tout plan d'attaque générale pour reconquérir d'emblée, simultanément, toute la surface du territoire infecté.

Il est, en effet, dans la genèse et la prophylaxie de l'intoxication palustre une circonstance, souvent méconnue, sur laquelle, depuis dix ans, nous avons maintes fois appelé l'attention, d'autant plus énergiquement qu'elle heurte les errements de cette hygiène banale qui enseigne que tous les maux sont dans l'encombrement, et que partout et toujours la première règle prophylactique c'est l'espacement des individus.

Nous avons démontré, au contraire, la faculté relative de résistance à la *malaria* des agglomérations offrant un certain degré de densité. Disséminer les travailleurs dans la plaine de Rome, pour tout assainir parallèlement, c'est les condamner à l'avance. Les réunir, au contraire, en quelques groupes compacts d'habitations, c'est augmenter les chances d'immunité de chaque demeure de celles de la maison voisine ; soit en raison de la protection réciproque des maisons les unes par les autres, vu l'obstacle mécanique qu'elles opposent aux courants d'air insalubre ; soit en raison de la modification plus complète de cet air par les foyers de chaleur artificielle d'autant plus nombreux, en général, que la population agglomérée est plus considérable.

Il faut donc concentrer les efforts et les circonscrire ; plus tard, chacun des points ainsi assainis pourra devenir le noyau autour duquel se constitueront des centres agricoles ; plus tard encore, dans un avenir qui, peut-être, dépasse l'horizon des générations actuelles, des traits d'union s'établiront entre ces divers centres, et se multiplieront jusqu'à consommation de l'assainissement total.

En bien des pays, les opérations de ce genre ont été accomplies par des travailleurs libres, affrontant le péril comme d'autres travailleurs affrontent des métiers plus dangereux encore. Beaucoup certainement y ont compromis leur santé ou leur vie, laissant, en revanche, derrière eux, des conditions de salubrité qui ont définitivement assuré l'existence, parfois la fortune de leurs successeurs.

Une pareille tâche a paru souvent assez féconde et assez glorieuse pour que bien des gouvernements en aient demandé l'accomplissement à ceux dont les forces et la santé leur sont le plus précieuses.

Grâce au dévouement de l'armée française, de nombreux colons ont trouvé, à leur arrivée en Algérie, des villages tout faits, entourés de plantations et de champs ensemencés ; ils n'ont eu qu'à s'installer, alors que les soldats avaient subi les dangers du défrichement du sol.

Nous sommes donc de ceux qui admettent que le gouvernement italien est dans son droit en imposant cette tâche à des prisonniers ; et ici encore nous pourrions citer des exemples, entre autres celui de nos pénitenciers agricoles de la Corse, où les réclusionnaires ont non seulement à subir l'influence toxique d'une plaine à cultiver, mais de plus le voisinage des étangs et marais du littoral. (Voy. Legouest, *Rapport sur le pénitencier agricole de Casabianda*, in *Rec. des travaux du Com. consult. d'hygiène*, t. IV, p. 303.)

Mais ce qui légitime surtout le droit du gouvernement italien, c'est le bon résultat déjà obtenu dans la colonie qu'il a installée aux Trois-Fontaines, et où la mortalité n'a pas dépassé celle des prisons, bien que cette région soit bien suspecte, car elle est à plus d'un mille au delà de la basilique de Saint-Paul, abandonnée depuis longtemps de ses moines pendant l'été à cause de son insalubrité. (*Traité des fièvres intermittentes*, p. 106.)

Ce qui le légitimera davantage encore, ce sera l'adoption de mesures susceptibles de protéger la santé des travailleurs.

Un des grands *desiderata* de la campagne romaine, c'est de n'offrir aucune altitude suffisante pour assurer par ce fait seul la salubrité des habitations, et pour fournir un refuge de nuit aux ouvriers de la plaine. La construction et l'aménagement des locaux consacrés à la colonie peuvent singulièrement contre-balancer un pareil inconvénient. En entourant le terrain de plantations d'arbres à développement rapide, comme l'eucalyptus ; en disposant les habitations dans un bâtiment à cour centrale, sur laquelle seule s'ouvriront les fenêtres, mode de construction qui répond en somme

aux exigences d'un atelier pénitentiaire, on imposerait une barrière aux miasmes de la plaine environnante.

Le sol même des cours de l'habitation devra être soigneusement imperméabilisé, pour oblitérer toute source d'exhalaison locale; nous avons démontré, à Rome même, la salubrité relative des rues bien pavées.

Pendant la mauvaise saison, des feux allumés le matin et le soir dans les cours du pénitencier pourraient activer la combustion atmosphérique des miasmes; nous voudrions, au même titre, voir s'établir autour de ces colonies des établissements industriels, où l'emploi de la vapeur créerait autant de foyers de chaleur susceptibles de modifier avantageusement un air insalubre.

Nous ne reviendrons pas ici sur la série de conseils, devenus banals en raison même de leur efficacité : nécessité de vêtements, d'aliments suffisants, et s'il y a lieu, dans la période la plus dangereuse (du 15 juillet au 15 septembre), usage préventif du sulfate de quinine.

Nous souhaiterions que, durant cette même période, la majorité des habitants du pénitencier pût être momentanément évacuée sur quelque refuge situé, soit à Rome même, soit sur les altitudes qui en environnent le bassin; cette mesure nous semblerait opportune surtout pendant la première année de l'établissement des colonies, alors que les champs qui les environnent n'ont pas encore épuisé la puissance fébrifère du sol, et que les rideaux d'arbres destinés à les abriter n'ont pas acquis le degré suffisant de hauteur et d'épaisseur.

Léon Colin.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Hillairet a montré, sur un homme de quarante-trois ans, un des plus beaux cas qu'on ait jamais rencontrés de mycosis fongoïde, et dont les premières manifestations cutanées avaient fait soupçonner l'existence de la syphilis.

L'Académie a aussi écouté avec beaucoup d'intérêt une communication de M. le docteur Javal sur l'*amblyopie des strabiques*, et sur les indications et contre-indications des moyens optiques dans cette maladie.

M. le docteur Bondet a été élu membre correspondant.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Contribution a l'étude de l'œsophagisme, par le docteur Charles Eloy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Fin. — Voyez les numéros 46 et 47.)

II. — Déductions étiologiques, cliniques et thérapeutiques.

1° *Déductions pathogéniques et étiologiques.* — De l'étude des faits précédents il résulte que, à l'exception des spasmes par faux pas, l'œsophagisme, dans la majorité des cas, a pour cause prédisposante une vive impressionnabilité nerveuse acquise ou héréditaire. De là sa fréquence dans les troubles fonctionnels utérins, dans l'état dyspeptique, chez les convalescents : en un mot, dans les états morbides qui sont une cause d'éréthisme nerveux. Cette condition une fois remplie, qu'elle soit acquise par la maladie ou qu'elle résulte d'une transmission héréditaire, il suffira d'une faible impulsion physique ou d'une excitation morale pour provoquer la manifestation spasmodique. De là le rôle important de l'imagination et les nombreux exemples devenus classiques d'œsophagisme par crainte d'hydrophobie (Serres, Velpeau), par la vue seule de certains aliments (*Comp. de méd.*, t. VI, 1848), par le souvenir même d'un spasme antérieur.

Au point de vue de l'hérédité, l'observation I est remarquable : car cette influence s'y manifeste par l'identité, à la fois dans la forme du spasme et dans les troubles menstruels.

Dans l'accès de dysphagie spasmodique, il existe quelques phénomènes en concordance avec ceux qui accompagnent la crise hystérique : tels sont les pleurs; les convulsions de certains muscles du larynx, du pharynx et du cou; l'agitation du malade; l'émission d'urines claires et abondantes à la fin de l'accès, et les soupirs profonds terminant la scène. Les rapports de voisinage entre l'origine des pneumogastriques et le centre vaso-moteur principal n'expliquent-ils pas certains phénomènes, tels que le refroidissement des extrémités, les alternatives de rougeur et de pâleur sur le visage? Enfin, avec Hamburger, ne peut-on pas admettre que le globe hystérique n'est qu'un spasme de l'œsophage, puisque, en auscultant la malade au moment où elle éprouve cette sensation, l'oreille perçoit un bruit hydroaérique et une véritable contraction de l'œsophage? Il est vrai que Rosenthal objecte à cette manière de voir que pendant le phénomène la déglutition est possible, et qu'elle ne le serait pas s'il existait un spasme œsophagien. (Rosenthal, *Les nerfs et les muscles*.)

Après ces réflexions, il est inutile d'insister sur la fréquence de la maladie chez la femme et à certains âges de la vie, fréquence en relation avec l'état du système nerveux. Donc, hérédité, âge, tempérament émotionnel, affinité avec l'hystérie, sont des faits constants dans l'œsophagisme.

L'acte de la déglutition étant d'ordre réflexe, c'est donc à des phénomènes réflexes qu'il faut attribuer le spasme œsophagien. Il en est ainsi dans les irritations de la partie supérieure du tube digestif, et aussi dans les troubles utérins et dyspeptiques, bien que dans ces derniers les accidents nerveux aient été attribués à une altération consécutive de nutrition générale. Dans l'état dyspeptique, les fibres sensitives du pneumogastrique sont la voie centripète qui conduit l'excitation aux centres nerveux; de là les phénomènes réflexes analogues aux suivants.

Dans les spasmes consécutifs aux angines et aux irritations de la partie supérieure des voies digestives, quand il y a eu faux pas de l'œsophage, les filets du glosso-pharyngien qui vont à l'œsophage sont les agents de transmission de l'excitation au centre de déglutition, placé, d'après Van der Kolk, dans les corps olivaires inférieurs. Les fibres motrices du pneumogastrique ramènent l'excitation réfléchie aux fibres musculaires de l'œsophage et du pharynx.

Il est probable que d'autres nerfs ont un rôle analogue dans les phénomènes réflexes de la production du spasme de la partie supérieure de l'œsophage. C'est ainsi que Rosenthal, dans deux cas, fit cesser le spasme par l'électrisation de l'hypoglosse.

L'intégrité des muscles œsophagiens n'est donc pas moins indispensable dans cette maladie que l'intégrité des conducteurs nerveux. Dans les cas suivis de mort, par exemple dans l'observation VII, on a constaté cette absence de lésion anatomique de la tunique musculaire. De plus, notons la fréquence du spasme aux deux extrémités de l'œsophage, où l'anneau musculaire est plus développé.

Enfin, dans l'œsophagisme imaginaire, l'origine du spasme est, sans doute, une hyperesthésie de la muqueuse, d'autant plus remarquable que sa sensibilité normale est très obtuse. D'où cette conclusion que tous les spasmes sont des troubles réflexes : les uns, les plus nombreux, sont produits par hyperhémie; les autres, moins fréquents, par hyperesthésie; mais tous se montrent chez des individus doués d'une susceptibilité excessive du système nerveux, locale ou bien générale, acquise ou constitutionnelle.

2° *Déductions cliniques.* — Boerhaave définissait ainsi le spasme : *Violenta, invita et alterne repetens contractio musculi, convulsio vocatur* (*Comment. in Aphor.*, t. III, p. 338, art. 250). Ce sont bien les caractères du spasme de l'œsophage. Cependant la valeur de la dysphagie spasmodique est empruntée à des circonstances accessoires « tirées des commémoratifs, de l'âge du malade, de la durée de l'affection, de sa marche interrompue ou continue ». Examinons donc la valeur diagnostique des symptômes fonctionnels et des signes physiques de cette dysphagie; les premiers sont : la gêne de déglutition, la douleur, la sensation de constriction, et, comme conséquence, quand elle existe, l'amaigrissement et le dégoût des aliments. La régurgitation, l'exploration par la vue ou par la sonde, les bruits perçus à l'auscultation, sont les signes physiques.

La gêne de déglutition, caractérisée par le rejet des aliments ou leur brusque précipitation dans l'estomac, est surtout marquée dans le cas où le spasme succède à un faux pas du bol alimentaire. L'intolérance de l'œsophage pour les aliments est alors absolue. Dans les autres cas, elle varie en intensité avec le choix des aliments, leur température, leur consistance, leur nature. Notons toutefois, avec Trousseau, que les aliments chauds sont presque toujours tolérés seuls dans l'œsophagisme; tandis que les aliments froids sont mieux supportés dans les rétrécissements organiques.

L'intermittence franche ou les simples rémissions dans les accès, enfin l'intensité de ce symptôme, sont très variables. L'intermittence ne suffit pas pour établir la nature spasmodique du rétrécissement, car on a vu l'œsophagisme être intermittent dans la première période des lésions organiques (Axenfeld, *Path. de Requin*, t. IV, p. 406). Toutefois notons avec Peter que la durée prolongée de ce symptôme plaide en faveur du spasme essentiel; car la marche des rétrécissements fibreux ou cancéreux de l'œsophage est toujours rapide (*Gaz. des hôpitaux*, p. 675, 1875); telle est aussi l'opinion de Monneret. (*Pathologie générale*, t. II, p. 481.)

La douleur, variable en intensité, en durée et dans son siège, ne peut fournir aucun renseignement clinique important. On a cependant signalé la douleur interscapulaire comme particulière au spasme de la partie supérieure de l'œsophage. Notons que la douleur, presque nulle dans le spasme du tiers inférieur de l'œsophage, a une bien moindre importance que dans l'œsophagite. Il en est de même des douleurs pharyngées ou laryngées (obs. XXIX), qui sans doute sont des phénomènes d'irradiation.

Les sensations de boule, de corps étranger, de constriction, constatées dans les observations précédentes, font croire aux malades qu'il existe un corps étranger. L'introduction du doigt dans la bouche les confirme dans cette erreur, par la résistance qu'ils éprouvent en touchant la grande corne de l'os hyoïde. Cette remarque de Nélaton peut être utile pour convaincre un malade, qui attribue le spasme à un corps étranger, de la nature imaginaire de son affection. Ces phénomènes nerveux sont en rapport avec le ténesme laryngo-pharyngien et les contractions spasmodiques des muscles du cou, qui produisent les troubles de la voix et de la respiration, la strangulation, la suffocation. Ils sont particuliers au spasme de la partie supérieure de l'œsophage.

Le hoquet, presque constant dans les cas de spasme dû à l'état dyspeptique, est un des troubles fonctionnels les plus fréquents de l'œsophagisme; mais son existence dans l'hystérie lui enlève une grande partie de sa valeur diagnostique.

L'amaigrissement n'est pas une conséquence constante de la dysphagie spasmodique; et il n'est pas rare, comme le fait remarquer Morel-Makenzie, de rencontrer des femmes, des nourrices même, ayant tous les attributs d'une florissante santé, se plaindre d'œsophagisme et de dysphagie complète. Cependant, il est des cas où l'amaigrissement est considérable (obs. I et VII), surtout quand il existe des troubles dyspeptiques, et quand la maladie dure depuis longtemps. Ce signe a une moindre valeur dans le spasme essentiel que dans les rétrécissements organiques.

Le dégoût pour les aliments a une certaine importance au point de vue du diagnostic. Constant dans l'œsophagisme essentiel, et surtout dans les formes dyspeptiques, il est remplacé dans les rétrécissements organiques par la sensation continuelle de faim et une exagération de l'appétit.

Les signes physiques ont, dans le diagnostic différentiel, une valeur beaucoup plus grande que les symptômes fonctionnels.

La régurgitation des aliments, convulsive et instantanée, est en rapport avec le spasme du tiers supérieur de l'œsophage. L'aliment séjourne-t-il un instant dans l'œsophage, le rétrécissement spasmodique siège alors à la partie inférieure du conduit. Ya-t-il vomissements œsophagiens après accumulation des aliments et formation d'une poche, le rétrécissement est probablement organique. Notons cependant le développement d'une tumeur passagère formée par l'accumulation du bol alimentaire dans le pharynx, dans l'observation VIII, où certainement le rétrécissement était spasmodique. C'est donc au point de vue du diagnostic différentiel des rétrécissements entre eux et avec la paralysie de l'œsophage, que ce signe a une valeur. Hamburger a signalé un bruit de glouglou, accompagnant cette régurgitation; dans l'observation I, nous l'avons entendu. La constance, la rapidité de sa production après la déglutition, le bruit qui l'accompagne, sont d'importants éléments d'appréciation dans l'existence et le siège de la maladie.

Seule, l'auscultation serait insuffisante pour déterminer le diagnostic. Le bruit œsophagien existe dans le spasme; c'est à dire que, une première bouchée étant engagée dans l'œsophage, l'arrivée d'une deuxième bouchée provoquera le changement de position de la première et le déplacement du bruit. Dans les observations qui précèdent, le bruit a été constaté deux fois (obs. I et VII); il avait le timbre d'un son hydroaérique. La combinaison de l'auscultation avec le cathétérisme ou avec la palpation de l'os hyoïde, fournit des renseignements sur la fixité et le siège du rétrécissement; mais dans les cas résumés plus haut, elle n'a pu être employée.

Le cathétérisme est le moyen le plus parfait de reconnaître la nature et le siège de la maladie; malheureusement il n'est pas toujours possible d'en faire usage, à cause des accès spasmodiques provoqués par le contact de la sonde. L'emploi pendant quelques jours du bromure de potassium (obs. XX), ou pendant quelques heures de la morphine (obs. I), rendra la muqueuse œsophagienne plus tolérante et le cathétérisme plus facile; surtout si on procède dans cette opération avec rapidité et une certaine hardiesse. La nature transitoire de l'obstacle et, par conséquent, le passage facile de la sonde dans l'intervalle des accès sont propres au spasme essentiel. Dans certains cas, ce cathétérisme sera aussi le plus efficace et le plus rapide moyen de curation (obs. XXIV à XXIX).

Parmi les instruments d'exploration physique, et sans nous arrêter à l'œsophagoscope de Waldenburg, utile tout au plus pour l'examen de l'entrée de l'œsophage, remarquons l'utilité un peu méconnue de l'endoscope de Désormeaux, dans le diagnostic des maladies de la partie supérieure des voies digestives. Cependant, cet instrument a été d'une incontestable utilité dans le fait suivant que nous empruntons à un de nos meilleurs collègues d'internat : « Chez un homme soupçonné d'affection cancéreuse de l'œsophage, l'endoscope fit constater l'intégrité de la muqueuse et ne laissa pas d'autre alternative que de conclure à un rétrécissement spasmodique. » (Labarraque, *Bull. de thérapeutique*, 15 avril 1871.) Les brillants résultats obtenus par l'emploi de l'endoscope entre les mains habiles de notre maître Désormeaux, résultats dont nous avons été témoin durant

notre internat, nous engagent à attirer l'attention sur ce procédé de diagnostic trop peu employé, malgré sa valeur incontestée.

C'est donc surtout l'examen des signes physiques qui permettra d'établir le diagnostic du siège précis et de la hauteur du rétrécissement spasmodique la comparaison des symptômes fonctionnels entre eux permettra plutôt de distinguer la marche continue ou intermittente du spasme, et de reconnaître les deux formes cliniques que Hamburger désigne sous les noms de « stenosis spastica migrans » et de « stenosis spastica fixa ».

Nous ne nous arrêterons pas au diagnostic différentiel du rétrécissement spasmodique avec les autres troubles de la déglutition. Ce diagnostic repose sur l'emploi des moyens physiques combinés avec l'étude des troubles fonctionnels.

3° *Déductions thérapeutiques.* — Il ne nous reste plus, pour achever ce travail, qu'à tirer des observations précédentes quelques inductions thérapeutiques, sans toutefois nous arrêter au régime diététique, ni au traitement moral.

Les moyens physiques, mis en usage dans ces divers cas, furent le cathétérisme, la dilatation et l'électricité ; parmi les moyens pharmaceutiques, on employa le bromure de potassium, la strychnine, la belladone et la morphine.

Le *cathétérisme*, employé seul, a donné de remarquables succès dans toutes les observations où le spasme était de cause absolument locale (obs. XXIV à XXVIII), et son usage fut suivi de guérison complète ou d'amélioration considérable, le plus souvent après une seule séance. Même succès dans l'observation XVII, où le spasme était un prodrome de paralysie générale.

La forme de l'instrument (olive cylindrique ordinaire ou aplatie de Chassagny, *Soc. de chir.*, avril 1877) a peu d'importance sur le résultat final; car dans l'observation XXV, Dieulafoy fit usage d'une canne de jonc entourée d'étoupe, qu'il avait sous la main, et, dans un cas d'urgence, Trousseau improvisa une sonde œsophagienne avec une baleine et de la cire d'Espagne. Peter, en racontant ce fait (*Gaz des hôpit.*, *loc. cit.*), trouve dans le cathétérisme immédiat l'avantage d'agir rapidement et heureusement à la fois sur le spasme et sur le moral. Notons encore les cas où Trousseau, suivant le procédé de Gendrin, employait la baleine munie d'une éponge imbibée de glaire d'œuf (Trousseau, *Mém. à l'Acad. de médecine, sur le cathétérisme dans la dysphagie spasmodique*, rapport de Dubois, d'Amiens, 1847).

Même bénéfice de l'emploi du cathétérisme dans l'observation XVII, où il existait aussi un spasme uréthral qui fut heureusement traité par la dilatation.

La *dilatation*, par la pince de Broca, a donné un bon résultat dans l'observation XIII, où le spasme était ancien et la malade hystérique.

L'*électricité*, sous forme de courants induits, produisit un notable soulagement dans l'observation XXI, considérée, à tort selon nous, comme un œsophagisme de cause traumatique. On peut rapprocher de ce fait les deux cas cités par Rosenthal (*Les nerfs et les muscles*), dans lesquels la galvanisation de l'hypoglosse fit cesser le spasme.

Le *bromure de potassium* employé soit pour favoriser l'exploration, en produisant la tolérance de l'œsophage, ou bien à la fois dans ce but et comme moyen thérapeutique, a donné une seule guérison durable (obs. XIV). Dans les observations XV et XX, l'amélioration passagère cessait dès qu'on suspendait l'usage du médicament. Il faut en continuer longtemps l'emploi. Il est encore très utile comme modérateur de la sensibilité réflexe, quand la susceptibilité nerveuse du malade et l'hyperesthésie œsophagienne sont un obstacle au cathétérisme.

La *strychnine*, administrée avec succès dans l'observation XVI, fut sans doute efficace à cause de la coexistence de troubles dyspeptiques. Le ténesme convulsif excessif, laryngo-pharyngien, semblait cependant contre-indiquer son emploi.

La *morphine*, sous forme d'injections sous-cutanées, a donné un résultat favorable et complet dans l'observation XIII. Ombani l'avait avec succès, en 1829, administrée par la méthode endermique à une hystérique de dix-huit ans, atteinte d'une dysphagie spasmodique ancienne (*An. univ. méd.*, Milan, août 1829). Dans l'observation I, elle produisit une diminution de l'hyperesthésie, suffisante pour permettre l'emploi du bromure de potassium à l'intérieur et une exploration par le cathétérisme.

La *belladone*, en topique, produisit un effet analgésique analogue dans l'observation V, et permit l'administration des médicaments indiqués par l'état dyspeptique du malade.

Dans l'œsophagisme avec phénomènes utérins ou gastriques, le traitement local ne peut pas évidemment produire d'autre effet que de modérer les troubles locaux, de façon à permettre l'emploi de moyens efficaces entre les accidents fonctionnels parallèles au spasme œsophagien. C'est ainsi que, dans les observations I et II, la morphine, le bromure de potassium, le cathétérisme, employés seuls, furent impuissants à produire la guérison. Le retour des menstrues, spontané dans le premier cas, provoqué par les emménagogues dans le deuxième, fit seul disparaître définitivement le spasme. Il n'est pas moins évident, dans les spasmes liés à l'état dyspeptique, que le traitement n'est efficace que s'il s'adresse à la dyspepsie. Aussi, dans les observations III, IV et VIII, la disparition du spasme fut le résultat de la guérison de la dyspepsie par le sous-nitrate de bismuth et l'acide chlorhydrique, par ce dernier acide et le quassia, par le charbon, mais sans employer aucun traitement local, sinon dans le but d'amener la tolérance de l'œsophage pour l'administration de ces médicaments.

Remarquons, en terminant, l'amélioration produite, dans l'observation VIII, par l'excision d'une amygdale ; malheureusement ce fait est isolé. Nous ne pouvons pas le comparer avec le traitement des autres faits semblables de spasme consécutif à des angines, les observations de ces cas étant incomplètes à ce point de vue.

En résumé, et c'est là notre conclusion, d'après tous ces faits, les moyens les plus efficaces pour combattre l'œsophagisme indépendant de troubles fonctionnels sympathiques, c'est-à-dire contre l'œsophagisme de cause nerveuse locale ou centrale, sont le cathétérisme simple ou avec dilatation, comme agent mécanique; la morphine par la méthode hypodermique, comme analgésique, et le bromure de potassium en potion ou en lavement, comme modérateur du pouvoir réflexe. De plus, ce dernier médicament facilitera le cathétérisme, en donnant à la muqueuse une tolérance plus grande au contact des instruments d'exploration ou de dilatation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BECQUEREL.

DE LA WALDIVINE. Note de M. *Ch. Tanret.* — *Préparation.* On épuise avec de l'alcool à 70 degrés le fruit du waldivia (*Simaba waldivia*) réduit en poudre très fine, puis on distille. Le résidu, encore chaud, est agité avec une grande quantité de chloroforme qui s'empare de la waldivine, et la solution chloroformique, séparée avec soin, est distillée à siccité. On reprend le résidu par l'eau bouillante, qui abandonne par refroidissement la waldivine cristallisée. Plusieurs cristallisations et traitements par le noir la donnent parfaitement blanche. Le rendement est très variable, selon l'état de

maturité et de conservation des fruits : c'est ainsi que je l'ai vu varier de 1 à 8 pour 1000.

Sur quelques phénomènes d'optique et de vision. Note de M. *Trève*. — Lorsqu'on examine une flamme de lampe à travers une fente fine, l'éclat de la flamme et les effets de diffraction produits varient beaucoup, suivant que la fente est verticale ou horizontale. Dans le second cas, l'éclat est beaucoup plus considérable que dans le premier. On peut fixer le disque dans lequel la fente est percée au bout d'un tube noirci de 1 ou 2 décimètres de longueur, et alors le phénomène présente un éclat et un intérêt tout spéciaux, si le tube renferme un prisme ou un système de prismes analogue à celui des spectroscopes à vision directe. La fente doit être parallèle à la direction commune des arêtes réfringentes de ces prismes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur Schütz, professeur agrégé de pathologie à l'université de Prague, sur le traitement de l'angine couenneuse, et sur une réclamation de priorité contre M. le docteur Viart, de Montbard, à propos de la découverte du microsporum diphthericum.

M. *le Secrétaire perpétuel* présente : 1° une notice sur Gratiolet et Broca, par M. le docteur Boymier ; — 2° une brochure sur un cas de paralysie du sphincter anal, suite de couches, traité avec succès par les injections sous-cutanées d'ergotine, par M. le docteur Larger (de Maisons-Laffitte) ; — 3° une brochure du professeur Pacini (de Florence) sur la respiration artificielle, et une autre, du même auteur, sur le processus morbide du choléra asiatique.

M. *Tarnier* dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Queirel, chirurgien de la Maternité de Marseille, une observation de procidence des deux pieds dans une présentation du vertex.

M. *Rochard* présente, de la part de M. le docteur Nielly, professeur à l'École navale de Brest, un ouvrage intitulé : *Éléments de pathologie exotique*.

M. *Fournier*, au nom de M. Ém. Vidal, dépose sur le bureau une brochure relative à l'urticaire et aux affections ortiées.

M. *Dechambre* fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *La médecine publique dans l'antiquité grecque*.

M. *Dechambre* présente, en outre, un *sphygmographe enregistreur*, de la part de M. Hamelin (de Montpellier). Ce sphygmographe, construit sur le même modèle que ceux de M. Marey, peut servir comme tel ; mais, de plus, il possède, adaptée à l'une des extrémités du châssis de l'instrument, une tige sur laquelle peut se fixer un tambour à levier, dont les oscillations (en rapport avec n'importe quel appareil récepteur du mouvement) vont s'enregistrer au-dessus de celles du levier sphygmographique. Dans ce cas, on remplace le petit chariot du sphygmographe ordinaire par un chariot plus long, portant une plaque de 5 centimètres de hauteur, de façon à ce que les deux tracés restent distincts. Les autres détails de contruction importent peu (plaque de bois pour l'appui, mode de déligation, tige pour maintenir la crémaillère d'aplomb) ; ils pourraient être modifiés sans que le principe de l'instrument, qui n'est que la réunion du sphygmographe et d'un tambour à levier, fût changé. L'instrument a été construit par M. Bréguet.

Pied bot varus. — M. *Jules Guérin* présente à l'Académie une enfant atteinte d'un double pied bot varus équin prononcé, et à laquelle a été pratiquée la section sous-cutanée des deux tendons d'Achille seulement.

Eaux minérales. — M. *Jules Lefort* lit un rapport sur les eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Élection. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant pour la section de médecine.

La commission présente la liste suivante de candidats : en première ligne, M. Bondet (de Lyon) ; — en deuxième ligne, MM. Nivet (de Clermont-Ferrand), Billod (de Vaucluse) ; — en troisième ligne, MM. Mandon (de Limoges), Berchon (de Paulliac), Penard (de Versailles).

Sur 68 votants, majorité 35, M. Bondet obtient 37 suffrages, MM. Billod 19, Pénard 6, Nivet 4, Mandon 1, Berchon 1. En conséquence, M. *Bondet* est élu correspondant de la section de médecine, première division.

Mycosis fongoïdes. — M. *Hillairet*, qui a été chargé, avec M. Hardy, de présenter un rapport sur un mémoire de M. le docteur Fabre, de Commentry, touchant un des points les plus intéressants de la pathologie cutanée : la lymphadénite cutanée (mycosis fongoïdes), présente à l'Académie, en attendant, un cas des plus remarquables de cette affection, qu'il n'aura plus à sa disposition lorsqu'il lira son rapport. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, qui a eu dans sa jeunesse plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu. Il prétend aussi avoir eu, il y a seize ans, la syphilis ; mais on n'en trouve pas trace. Il n'est pas alcoolique, et n'a jamais eu d'affection cutanée, ni eczémateuse, ni lichénoïde, ni autre. Il fut pris, en 1875, une nuit, de démangeaisons atroces, causées par une éruption de plaques rouges d'urticaire qui durèrent trois jours. Sur toutes les parties envahies par l'urticaire, les démangeaisons persistèrent nuit et jour. Elles duraient depuis quatre années, lorsque, il y a un an environ, il vit apparaître sur les épaules et la partie antérieure de la poitrine, des plaques rouges qui augmentèrent progressivement en étendue et en épaisseur, et qui finirent par constituer de véritables tumeurs. Aujourd'hui, les jambes, la face, le cuir chevelu, la peau de la verge et du scrotum, sont indemnes ; mais tout le reste du corps est envahi. L'état général est bon ; tous les organes sont normaux. Le cœur bat 112 pulsations ; le chiffre des globules est de 4 597 200.

Le sang, pris au niveau d'une tumeur, montre une quantité énorme de cellules lymphoïdes, petites, accumulées en îlots entre lesquels se trouvent des piles de globules rouges.

Amblyopie des strabiques. — M. le docteur *Javal* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Amblyopie des strabiques*.

Il y a dix-sept ans, l'auteur a eu l'idée d'employer le stéréoscope pour la guérison du strabisme ; s'il n'a rien communiqué à l'Académie des résultats obtenus pendant cette longue période d'années, c'est qu'il voulait tirer avec précision la ligne de démarcation entre les cas qui sont justiciables ou non du traitement optique : c'est la nature de l'amblyopie de l'œil dévié qui doit donner la réponse, et c'est de l'amblyopie des strabiques que je désire vous entretenir.

Il faut éliminer les sujets dont l'un des yeux est affecté d'une amblyopie irrémédiable.

L'amblyopie des strabiques *divergents* est rebelle à toute amélioration par des exercices. Dans des cas nombreux, et quand il y a seulement ce qu'on appelle *à tort* de l'insuffisance des droits internes, le traitement optique donne des succès éclatants. Quand l'insuffisance est grande, surtout quand la déviation est permanente, il faut recourir à la ténotomie. Si ensuite les lunettes ne donnent pas la vision binoculaire, il faut en venir aux exercices stéréoscopiques au moyen des caractères préparés *ad hoc*.

L'amblyopie des strabiques *convergents* est incurable quand il y a fixation de l'objet par une partie périphérique de la rétine, et il n'y a de ressource que dans la ténotomie. Quand la fixation est indécise, on peut espérer une amélioration considérable par les exercices isolés, qui augmentent la sensibilité rétinienne et rendent latente l'hypermétropie manifeste. Quand l'amblyopie est légère, on est sûr que le strabisme est resté longtemps, soit alternant, soit périodique. Dans le premier cas, qui est rare, la ténotomie peut donner une guérison subite ; le second est justiciable de l'atropine, mais même dans ce cas l'auteur préfère l'occlusion du bon œil pendant un temps assez long ; après cette préparation, l'emploi temporaire des verres correcteurs de l'hypermétropie totale donne les résultats les plus brillants, non seulement pour la correction du strabisme, mais aussi pour la guérison de l'amblyopie de l'œil dévié.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Léon Colin sur les titres des candidats pour la place déclarée vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. MARJOLIN.

Correspondance. — Traitement de l'épithélioma de la langue. Présentation d'un malade. — Présentation d'un instrument.

La correspondance comprend une observation de M. Fontan, médecin à l'hôpital de l'île Nou (Nouvelle-Calédonie): anus accidentel; opérations multiples; guérison.

— M. *Verneuil* continue la discussion sur le traitement de l'épithélioma lingual. Billroth (de Vienne) et Rose (de Zurich) ont obtenu des succès assez durables en enlevant largement des épithéliomas de la langue et du plancher de la bouche. En 1873, Billroth a communiqué à la Société des chirurgiens allemands les résultats de son expérience; il avait fait 10 opérations par la région sus-hyoïdienne; 4 malades ont succombé aux suites de l'opération; il y eut 5 succès opératoires. Un des opérés a été suivi pendant dix-huit mois; on avait enlevé presque toute la langue et les ganglions; le malade avait bonne apparence et la récidive ne paraissait point imminente.

La thèse de Schlopfer, élève de Rose (Zurich, 1878), rapporte 50 observations. 11 morts à la suite des opérations; 4 guérisons douteuses; 35 succès opératoires. 12 opérés furent suivis, et la récidive eut lieu 4, 20, 24, 36 mois après l'opération. L'opération par le procédé de Roux et de Sédillot a été très meurtrière. Chez les 12 opérés qui furent suivis, la récidive eut lieu dans les ganglions du cou, jamais dans la cavité buccale. C'étaient des cas défavorables, très étendus, pour lesquels MM. Trélat et Lefort étaient disposés à refuser l'opération. On voit que, même dans ces cas, on a obtenu des résultats qui ne sont pas décourageants.

Si on obtient des résultats passables dans des cas aussi graves, obtiendra-t-on mieux dans les cas relativement bénins? Non. La statistique montre la récidive presque aussi probable; la mortalité opératoire est seulement moins grande. Ainsi, cas très graves, résultats passables; cas moins graves, résultats pas meilleurs. Pourquoi cette contradiction apparente?

On fait pour l'épithélioma de la langue des opérations insuffisantes, et on a des récidives promptes. Ces récidives se font en trois endroits: dans le moignon de la langue, dans le plancher de la bouche, ou dans les ganglions. Quand nous nous servions de l'écraseur linéaire, nous enlevions la langue en trois sections, et nous avions une récidive dans le plancher de la bouche. Du côté des ganglions, ceux situés sous la mâchoire sont les premiers envahis. C'est qu'on a fait des opérations incomplètes. Quand on a enlevé tout le tissu morbide, la récidive ne se fait pas sur place. Il y a un certain nombre d'autopsies dans lesquelles on a trouvé des ganglions malades qui avaient passé inaperçus pendant l'opération. De même, M. Terrillon nous a parlé de ganglions qu'on n'avait pu reconnaître que pendant l'opération.

Quel est le devoir du chirurgien? C'est de faire une opération complète; cela doit être érigé en principe. Il faut enlever les petits épithéliomas par les voies naturelles, lorsqu'ils règnent sur le dos de la langue ou à la partie antérieure de cet organe. Si le mal est plus en arrière, ou à la face inférieure, on fera une opération plus radicale. M. Verneuil a enlevé, il y a deux ans, presque toute la langue, laissant le plancher de la bouche; il y eut récidive dans ce plancher. Chez un autre malade, guéri depuis trois ans, il avait enlevé la moitié de la langue, la glande sous-maxillaire et les ganglions; il n'y a pas encore de récidive.

M. Terrillon a enlevé par un procédé large presque toute la langue et les ganglions, dans deux cas; les malades seront suivis. Chez un autre, M. Verneuil a fait aussi une opération radicale. Voici le procédé employé: 1° incision allant de la symphyse du menton à l'angle de la mâchoire; 2° enlever la glande sous-maxillaire et tous les ganglions; 3° chercher l'artère linguale et la lier dans le fond de la plaie; 4° passer une chaîne d'écraseur pour couper la langue de bas en haut; on attire cet organe par la région sus-hyoïdienne et on le sépare des parties voisines avec le thermocautère. Suture. Pansement antiseptique.

M. Verneuil mit ce procédé en usage pour la première fois à Tours, le malade mourut d'un phlegmon gangréneux de la jambe. Depuis, quatre autres opérations sans accidents. M. Verneuil a fait l'extirpation *totale* de la langue par le procédé de Regnoli et Billroth. Un homme de bonne constitution eut une récidive un an après, dans les ganglions carotidiens. Un vieillard de soixante-dix ans mourut d'inanition, ayant refusé l'emploi de la sonde œsophagienne. Un albuminurique mourut d'urémie quelque temps après l'opération. Enfin, un alcoolique mourut d'une affection aiguë des poumons. L'extirpation totale de la langue a donc donné à M. Verneuil de mauvais résultats.

En terminant, M. Verneuil recommande d'abandonner les opérations laborieuses par la voie buccale. Si on a affaire à un épithélioma commençant de la partie antérieure ou du dos de la langue, enlever largement par la bouche. Si l'épithélioma est en arrière, ou plus développé, opérer par la région sous-hyoïdienne et enlever largement.

M. *Th. Anger*. Presque toujours le cancer n'envahit qu'une moitié de la langue, à cause de la disposition anatomique des vaisseaux; il est donc souvent inutile d'enlever toute la langue. La présence des ganglions n'est pas une contre-indication à l'opération, quand surtout ces ganglions sont limités à une seule région. M. Auger se rallie complètement à l'opinion de M. Verneuil.

M. *Després*. M. Verneuil dit qu'en enlevant largement le cancer de la langue et les ganglions malades, on est plus à l'abri des récidives; mais il y a des ganglions qui échappent au chirurgien. Il est sage de s'abstenir quand le malade a maigri et perdu l'appétit, car cela indique la généralisation de l'épithélioma.

M. Verneuil est partisan de l'opération de Regnoli. Est-il possible de faire une opération radicale sans aller par la région sus-hyoïdienne? M. Després répond: Oui. On tire la langue hors de la bouche et on l'enlève avec une seule chaîne d'écraseur, quand le plancher buccal est sain; l'opération ainsi faite est moins grave. Le pronostic de l'épithélioma de la langue varie selon les sujets. Chez les individus âgés, le mal marche moins rapidement et la récidive est moins rapide.

M. *Verneuil*. Il ne faut pas assimiler le cancer de la langue à l'épithélioma. Il n'y a pas d'exemple connu de généralisation viscérale de l'épithélioma sans que les ganglions de la région soient pris d'abord; le tout est d'arriver assez tôt pour opérer. L'incision sus-hyoïdienne est destinée à remplir les trois indications: enlever les ganglions, le plancher de la bouche et la partie malade de la langue; par la bouche, on ne peut remplir ces trois indications. Avec l'écraseur manié même prudemment, on a des hémorrhagies par les artères linguales; c'est pourquoi il vaut mieux opérer à ciel ouvert, par la région sus-hyoïdienne.

M. *Labbé*. L'écraseur linéaire, même manié prudemment, peut occasionner des hémorrhagies; malgré la durée de l'opération, en présence de l'incertitude que donnent l'écraseur, le thermocautère ou le galvanocautère, M. Labbé dit qu'il vaut mieux lier les artères linguales d'abord, pour opérer ensuite facilement.

M. *Terrier* dit qu'il n'existe pas de cancer fibreux dans la langue, et que par conséquent le cancer passe facilement d'un côté à l'autre, de même qu'on rencontre des ganglions des deux côtés du cou.

— M. *Campenon* lit, au nom de M. Trélat absent, une observation de guérison d'un énorme abcès du cou, et présente le malade. (Rapporteur, M. Labbé.)

— M. *Maurel* présente une nouvelle pince à phimosis.

L. Leroy.

Société de biologie.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1880.

Nouvelles preuves que c'est à une irritation des nerfs cutanés que sont dus les effets inhibitoires et autres que produit le chloroforme appliqué sur la peau. Note de M. Brown-Séquard.

Dans cette séance, l'auteur a rapporté des faits qui montrent que, chez le cobaye, après l'hémisection latérale de la moelle cervicale, l'application du chloroforme sur la peau du cou et de l'épaule, du côté de la lésion et en arrière de son niveau, détermine tous les effets inhibitoires et autres que cet irritant occasionne quand on l'applique sur la peau d'un animal intact. Au contraire, ces effets manquent quand l'application est faite sur la portion correspondante de la peau du côté opposé à celui de l'hémisection médullaire. Il en résulte que, sur le côté hyperesthésique, le chloroforme agit, tandis qu'il est sans action quand on l'applique sur le côté anesthésique. Aujourd'hui l'auteur, par une expérience plus décisive, si c'est possible, vient montrer que c'est bien à une irritation des nerfs cutanés que sont dus les phénomènes produits par le chloroforme appliqué sur la peau.

Après s'être assuré sur des grenouilles, par des expériences qu'il décrira plus tard, que l'inhibition des activités et des propriétés de l'encéphale, qui a lieu sous l'influence de l'irritation chloroformique de la peau, alors que la circulation est complètement supprimée, ne se produit pas lorsque les racines sensitives des nerfs spinaux ont été coupées du côté où il applique le chloroforme, il a fait l'expérience suivante sur des cobayes. Il coupe tous les nerfs des plexus cervical et brachial d'un côté, puis il laisse tomber du chloroforme sur la portion de peau du cou et de l'épaule, devenue complètement anesthésique. Aucun des nombreux effets que cause cet anesthésique chez un animal intact ne se produit alors. Au contraire, tous ces effets surviennent avec intensité et rapidité lorsqu'on applique la même quantité de chloroforme sur la portion correspondante de peau du côté opposé. *Il est clair, conséquemment, que c'est par l'irritation des nerfs cutanés que le chloroforme agit quand on l'applique sur la peau.* Dans une autre expérience, l'auteur a constaté que l'irritation chloroformique portée sur la peau du ventre et du dos en arrière, et du côté où les nerfs cervicaux et brachiaux ont été coupés, agit comme si l'animal était intact.

L'auteur publiera bientôt tous les principaux détails de nombreuses expériences qu'il a faites sur des grenouilles, expériences dans lesquelles il a appliqué du chloroforme à la peau, à la surface broncho-pulmonaire et à d'autres parties. La circulation, dans ces recherches, était complètement supprimée. Il a constaté que l'inhibition de la faculté réflexe et des autres activités du centre cérébro-rachidien se produisait, dans ces conditions, comme si le chloroforme avait été absorbé et avait été porté, par le sang, aux centres nerveux. L'excitation périphérique des nerfs suffit donc pour produire, chez les grenouilles, l'anesthésie et les autres effets que le chloroforme peut engendrer. L'auteur est loin, cependant, de vouloir tirer de ces faits et de ceux qu'il a observés chez des mammifères, que le chloroforme (chez l'homme et les animaux) n'agit que par l'irritation des nerfs des muqueuses ou de la peau. Il croit que ce qui ressort de ses expériences, jusqu'ici, est que l'irritation des terminaisons de ces nerfs peut déterminer les effets des inhalations de cet anesthésique, ainsi que d'autres effets plus ou moins semblables à ceux qui ont été constatés dans des cas d'empoisonnement par le chloroforme pris en grande quantité par la bouche. Il essayera de démontrer que cet anesthésique, lorsqu'il a pénétré dans le sang, agit par irritation du système nerveux, *incident* ou *centripète*, dans les centres comme à la périphérie. Les phénomènes qui sont produits par cette irritation sont pour la plupart des inhibitions; les autres sont des mises en jeu de propriété ou de fonction.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

La pepsine n'est pas un ferment figuré : M. D'Arsonval. — Effets produits par l'application du chloroforme dans le conduit auditif et sur la peau; battements des vaisseaux du cœur : M. Brown-Séquard. — Électrisation de l'estomac : M. Leven. — Action du suc pancréatique chez un chien dératé : M. Malassez.

M. *D'Arsonval* montre que la pepsine est un ferment soluble, contrairement à la conclusion que M. Hallopeau avait tirée d'une expérience communiquée par lui à la Société de biologie.

De ce qu'un corps ne traverse pas certains filtres, on ne peut conclure que ce corps soit un élément figuré. En effet, en filtrant un mélange d'eau et d'alcool à travers une vessie de bœuf, l'eau passe seule. Le même fait a lieu pour le ferment diastasique du pancréas, qui passe seul à zéro à travers un vase poreux, comme l'a montré M. Paschutin. Évidemment, on ne peut conclure de ces expériences que l'alcool soit un corps figuré.

Il y a d'ailleurs une autre caractéristique pour distinguer les ferments solubles d'avec les ferments figurés. Claude Bernard a montré qu'on peut anesthésier tous les ferments figurés qui sont des êtres vivants, tandis que les ferments solubles résistent à l'action des anesthésiques.

M. D'Arsonval a vu que l'action de la pepsine n'était point entravée, ni même ralentie, par la présence des anesthésiques. Et il en conclut que la pepsine est bien un ferment soluble, comme on l'a cru jusqu'à ce jour.

M. *Brown-Séquard* rapporte aujourd'hui trois nouveaux faits relatifs à l'action du chloroforme appliqué à la périphérie du système nerveux (peau et conduit auditif externe).

1° En appliquant du chloroforme en petite quantité chez des cobayes, il a constaté que l'un des effets prédominants a été une raideur cataleptique, permettant de placer les membres, et quelquefois le tronc lui-même, dans des attitudes plus ou moins forcées. Ainsi un cobaye mis sur son dos a eu le corps plié en arc, la tête tirée en avant à ce point que le museau touchait presque à l'anus, et il est resté dans cette attitude.

2° Si l'on verse du chloroforme dans le conduit auditif externe, de façon à le remplir deux ou trois fois en quelques minutes, chez un cobaye, on voit bientôt apparaître du tournoiement et plus tard du roulement sur le côté correspondant. L'auteur montre deux cobayes roulant comme si on leur avait piqué le pédoncule cérébelleux moyen, et qui avaient été soumis, une heure ou deux auparavant, à l'irritation chloroformique dans l'oreille. Ces phénomènes rotatoires diminuent d'intensité au bout de quelques heures, et cessent le lendemain ou le surlendemain; mais on peut les faire reparaître en excitant vivement l'animal. Deux cobayes sur sept sont morts de méningo-encéphalite à la suite de ces applications de chloroforme dans le conduit auditif externe.

3° L'arrêt du cœur et l'arrêt de la respiration ayant eu lieu d'une manière soudaine, chez trois cobayes, lors de l'application du chloroforme sur la peau, l'auteur a cherché si l'application directe de cet irritant sur les nerfs vagues produirait les mêmes effets. Il n'a jusqu'ici constaté qu'une diminution peu considérable dans la vitesse et la force des mouvements

respiratoires et cardiaques après, cette application directe sur ces nerfs.

4° Il est essentiel d'appliquer le chloroforme sur une étendue considérable de peau pour obtenir rapidement tous les effets ordinaires de cette irritation cutanée. Lorsqu'on réussit à circonscrire l'action du chloroforme sur une très petite surface, il est rare qu'on obtienne plus qu'une faible partie des effets ordinaires. Le meilleur procédé consiste à laisser tomber rapidement et goutte à goutte le liquide irritant sur une étendue de peau assez considérable pour que, en se répandant en diverses directions il atteigne et irrite une portion presque égale à un dixième, ou au moins un douzième, de la surface totale du corps.

— M. *Brown-Séquard* a découvert depuis plus de vingt ans l'existence de mouvements rhythmiques dans les vaisseaux du cœur; mais bien qu'il en ait souvent parlé dans ses cours aux État-Unis et en Europe, il n'a pas encore donné au fait la publicité qu'il mérite. C'est chez le cobaye, le lapin et le chat qu'il a constaté que les artères coronaires et les grandes veines cardiaques se contractent d'une manière régulière, avec le même rhythme que les ventricules. Si l'on galvanise les nerfs vagues, on voit cesser ces mouvements vasculaires en même temps que s'arrêtent aussi les ventricules, les oreillettes et les gros troncs veineux (veines cave et pulmonaire). C'est surtout lorsque les mouvements du cœur se sont ralentis chez les animaux mourants à la suite de l'ouverture du thorax, que l'on voit nettement les veines et les artères cardiaques se contracter d'une manière régulière et avec le rhythme des ventricules.

— M. *Leven* dit que dans le cas de dyspepsie rebelle, malgré des lavages répétés avec de l'eau alcaline, l'estomac continue souvent à rejeter chaque jour une certaine quantité d'aliments, quantité qui est presque toujours la même. M. Leven a recours alors à l'électrisation de l'estomac au moyen d'une sonde contenant un fil conducteur terminé par une boule en cuivre; le pôle négatif est appliqué dans la région dorsale, près de la colonne vertébrale. Les malades ne ressentent aucune douleur dans l'estomac, ils ne perçoivent que l'application du pôle négatif. Au bout d'une quinzaine de séances les vomissements cessent complètement. L'électricité agit probablement sur les vaisseaux et les muscles de l'estomac.

— M. *Malassez* fait part à la Société d'une expérience qui est en contradiction avec celles de Schiff, relativement à la relation qui existerait entre le pancréas et la rate. Schiff a prétendu que, lorsqu'on extirpait la rate à un animal, le suc pancréatique perdait toute action sur les substances albuminoïdes. Chez un chien tué récemment et dératé depuis trois ans, M. Malassez a pris le pancréas immédiatement après la mort; il en a fait une infusion qui a parfaitement digéré de la fibrine de sang de lapin.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Des germes reproductibles de l'air, par M. Wernich. — Recherches expérimentales. L'idée qui les a fait instituer est assez ingénieuse. L'air contient des germes susceptibles de se reproduire, cela n'est pas douteux; mais comment y arrivent ces germes, et l'air en mouvement est-il lui-même son propre pourvoyeur? le vent peut-il enlever de la surface des corps ces petits organismes microscopiques encore assez adhérents? Oui, à certaines conditions, dont la plus importante est que le corps qui porte les germes soit bien *sec* et *poreux* (comme les vêtements, par exemple). Dans toute autre circonstance le courant d'air est incapable d'entraîner des germes. (*Virchow's Archiv*. t. LXXIX.)

Amputation non sanglante du sein, par M. Leisrink. — L'auteur propose une espèce d'écraseur à branches parallèles, qui, paraît-il, rend de bons services pour l'amputation du sein, lorsqu'il est « pendant ». Ce qui est bien le cas le plus général en cas de cancer. (*Cent. für Chirurgie*, 1880, n° 30.)

De la multiplicité des ganglions spinaux dans la région lombaire et sacrée, par M. Davida. — On sait que la racine postérieure des nerfs spinaux présente une tuméfaction grisâtre, ou *ganglion*, qui a été jusqu'ici considéré comme simple par tous les anatomistes. L'auteur a trouvé qu'un certain nombre de ganglions lombaires étaient doubles et même, plus rarement, triples. (*Centralb. für med. Wissensch.*, 1880, n° 26.)

Traitement de la blennorrhée dacryocystique par les scarifications de tout le canal nasal, par M. Schmidt-Rimpler. — L'instrument *ad hoc* présente la courbure et l'épaisseur de la sonde de Bowmann, avec une petite lame de 2 millimètres en plus. La douleur n'est pas plus violente que celle du cathétérisme forcé : les résultats sont recommandables. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 30.)

De l'action des bains tièdes permanents sur la courbe thermométrique de la fièvre typhoïde, par M. Riess. — Cette nouvelle méthode « doit être mise au premier rang des méthodes antipyrétiques », au dire de l'auteur. Nous le croyons sans peine. Elle consiste en effet à mettre, pour commencer, pendant 24 heures, les malades dans un bain à 31 degrés, puis à recommencer le lendemain, tant que la température rectale dépasse 37°,5. Sur 48 malades ainsi traités, l'auteur n'a eu que 3 décès. Voilà un traitement qui aura quelque peine à passer dans la pratique. (*Cent. für med. Wiss.*, n° 30, 1880.)

Les parasites de la fièvre récurrente, par M. Guttmann. — Il y a d'abord les spirilles qui sont constantes, mais dont la nature n'est pas bien connue, attendu que l'on n'a pas réussi à les reproduire par la culture. Il y aurait encore, d'après Guttmann, de petites granulations excessivement fines (un vingtième de globule rouge) et mobiles, susceptibles dans des cultures appropriées de devenir colonies et bâtonnets. Ces dernières existeraient d'ailleurs dans une foule de maladies, et même à l'état normal. (*Virchow's Archiv*, t. LXXX.)

Un cas d' « aplasie lamineuse » bilatérale, par M Flashar. — Ce cas unique dans la science est extrêmement remarquable, mais ne se prête pas à l'analyse. (*Berl. klin. Woch.*, n° 31.)

De l'ostéomalacie sénile, par M. Ribbert. — On avait bien parlé jusqu'ici d'ostéomalacie sénile (Cornil et Ranvier), mais à tort, puisque dans les cas publiés on avait constaté l'absence du caractère principal de l'ostéomalacie, la *fonte des trabécules osseux*. Ce caractère est au contraire bien marqué dans une affection décrite par Ribbert et qui serait assez commune à Bonn; la résorption osseuse serait toutefois moins importante que dans l'ostéomalacie des enfants ou des adultes. (*Virchow's Archiv*, t. LXXX.)

Note sur les hypertrophies cardiaques idiopathiques, par M. Fraentzel. — Sous ce nom, l'auteur comprend les hypertrophies qui ne coïncident pas avec des lésions valvulaires. Il pense que la percussion a peu d'importance pour le diagnostic de ces affections. Comme causes, il admet les suivantes :

1° Résistances anormales dans le domaine de l'aorte ou l'artère pulmonaire;
2° Efforts musculaires exagérés;
3° Etroitesse congénitale du système aortique;
4° Dilatation générale des vaisseaux artériels;
5° Pléthore;
6° Artériosclérose (due à l'excès de nourriture ou de travail);
7° Fatigues de la vie militaire (*Charité-Annalen*, 1878).

Deux cas d'anévrysme de la pédieuse, par M. Hénop. — Premier cas; tumeur de la taille d'un petit œuf à la partie interne du dos du pied droit. Essai d'extirpation : le calcaneum et le scaphoïde étaient ulcérés, l'articulation ouverte. Amputation sus-malléolaire, mort. Artères athéromateuses. — Deuxième cas : Anévrysme gros comme une noisette, guéri par l'élévation du membre et la compression au moyen de bandes. (*Deutsch Zchft für Chirurgie*, t. XII, f. 4.)

BIBLIOGRAPHIE

Influence précise de la gymnastique sur le développement de la poitrine, des muscles, et de la force de l'homme, par les docteurs CHASSAGNE et DALLY.

La question des avantages des exercices gymnastiques n'a pas besoin d'être défendue, et cependant, en raison de la froideur avec laquelle cette question est encore généralement accueillie, il était utile de lui appliquer des méthodes positives d'investigation qui commandent en quelque sorte l'attention et ne laissent aucun doute à tout esprit sérieux. L'école gymnastique de *Joinville-le-Pont* offrait un champ d'études particulièrement favorable et qu'ont exploité avec bonheur MM. Chassagne et Dally. Leurs observations ont pour base 16330 mensurations, pesées et dynamométries. Les conclusions auxquelles ils arrivent ont donc une autorité toute particulière. Voici, d'après eux, les principaux résultats des exercices gymnastiques suivis, pendant cinq mois pleins, par des hommes jeunes et de bonne constitution.

Chez 76 pour 100 des gymnastes, le périmètre thoracique a augmenté de 0m,251 ; le périmètre des bras, de 0m,128 chez 82 pour 100 ; la force de soulèvement, de 28 kilogrammes chez 86 pour 100. Cette augmentation de vigueur et de volume, mesurée dans les différents groupes musculaires, correspond à une diminution de poids dont la moyenne est de 1359 grammes chez 63 pour 100 des gymnastes. On constate également qu'après un exercice donné, une course par exemple, les mouvements respiratoires, très accélérés dans les premiers temps, deviennent, au bout d'un mois, beaucoup plus lents, en même temps qu'ils augmentent singulièrement d'amplitude.

Tous ces résultats sont remarquables; aucun doute ne saurait leur être raisonnablement opposé, et il serait à désirer qu'on poursuivît sur les jeunes sujets, dans les écoles et pensions, des recherches analogues à celles qui ont été ainsi poursuivies, chez l'adulte, par MM. Chassagne et Dally.

Index bibliographique.

ÉTUDE SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE CHEZ LES ARTHRITIQUES, par le docteur V. LATIL, ancien interne des hôpitaux. Thèse. — 1879. A. Delahaye et L. Lecrosnier.

Après un exposé très méthodique des opinions qui ont cours sur les relations qui existent entre l'arthritisme et la phthisie pulmonaire, M. Latil distingue, comme Pidoux, deux variétés d'arthritiques ne présentant pas la même résistance au développement du tubercule : les premiers, chez lesquels la goutte et le rhumatisme sont vigoureux, seraient sûrement à l'abri ; tandis que les seconds, rhumatisants de longue date ou descendants de rhumatisants, seraient, au contraire, prédisposés à la phthisie.

Pollock et Trousseau attribuaient à la vie sédentaire des rhumatisants le développement du tubercule. D'autres, parmi lesquels il faut citer MM. Peter, G. Paul et Chauffard, se rallient presque complètement à la théorie de Pidoux. Enfin, si l'on s'en rapporte aux statistiques de Wunderlich, Cotton, Hérard et Cornil, on sera forcé d'admettre, avec M. le docteur Ferrand, que la phthisie pulmonaire est rare chez les arthritiques.

Si elle s'y développe, comment l'expliquer? Tantôt on retrouvera l'influence biparentale (Gueneau de Mussy); tantôt le père sera tuberculeux, tandis que la mère sera arthritique. Ou bien encore l'arthritisme détermine des manifestations morbides qui peuvent devenir de puissantes causes occasionnelles : ce sont surtout des bronchites répétées, des congestions pulmonaires fréquentes, enfin la dyspepsie, qui agissent surtout comme cause d'appel sur tel ou tel viscère.

Chose curieuse, l'emphysème pulmonaire généralisé primitif, loin d'être une cause prédisposante, oppose par sa seule présence une barrière au développement des granulations tuberculeuses.

L'affection débute généralement après quarante ans.

M. Latil a observé peu de lésions anatomiques à l'ouverture du cadavre ; elles sont toujours localisées au sommet et de peu d'étendue; l'emphysème généralisé primitif y est de règle, tandis que le cœur est toujours respecté.

Au point de vue clinique, l'auteur nous montre que l'arthritisme modifie singulièrement la marche de la tuberculose. Il établit par de nombreuses observations que les hémoptysies sont très abondantes, qu'elles précèdent parfois de six, huit et quinze ans les premiers symptômes physiques constatables, que les accès dyspnéiques sont habituellement fréquents, sans que l'habitus extérieur des malades en soit pour cela notablement altéré. Malgré leur fréquence et leur abondance, les hémoptysies n'ont, au témoignage de MM. Peter et Pidoux, qu'une importance bien inférieure à celle des autres formes; elles marquent presque toujours la fin d'une crise d'hyperhémie périphymique. Quant à la diarrhée, elle est rare, et souvent remplacée par des sueurs abondantes. Cependant, malgré la formation de cavernes au sommet du poumon, l'état général du sujet reste bon.

Il ressort donc de cette étude que la marche de la phthisie, chez les goutteux seulement, suivant Hardy, ou mieux encore chez les arthritiques (rhumatisants et goutteux), suivant Pidoux, est essentiellement lente, à moins que des poussées congestives de pneumonie ou broncho-pneumonie prétuberculeuses ne se répètent trop souvent.

Ce sont là les formes rapides par élément inflammatoire (Ferrand). La cachexie est très lente à s'établir : souvent elle est précédée de longs temps d'arrêt; parfois même la guérison surviendra complète et définitive.

Pour compléter son intéressant travail, M. le docteur Latil distingue, au point de vue du traitement à établir, deux catégories de malades : 1° ceux chez lesquels de fréquentes poussées congestives nécessitent l'emploi des révulsifs (cautères, teinture d'iode, etc.) ou des eaux arsenicales (Mont-Dore, la Bourboule); 2° ceux dont la phthisie torpide peut être améliorée par l'usage des eaux sulfureuses et en particulier des Eaux-Bonnes, qui, suivant Pidoux, feraient parfois reparaître les douleurs articulaires, les névralgies, les migraines, les hémorrhoïdes, la gravelle, c'est-à-dire les manifestations de l'arthritisme.

H. D.

VARIÉTÉS

LA QUATRIÈME GROSSESSE DE LA DUCHESSE DE BERRY (1).

M. le docteur Mattei, qui est un collectionneur de pièces rares relatives à l'art des accouchements, a eu le bonheur de pouvoir acquérir certains manuscrits laissés par Deneux, l'accoucheur de la duchesse de Berry. L'un de ces manuscrits comprend la relation fort détaillée des quatre délivrances successives de la bru de Charles X, et notre confrère a eu l'ingénieuse idée de livrer à la publicité une histoire de la naissance du duc de Bordeaux, *alias* Henri V, écrite par un médecin qui met les points sur les *i* et appelle crûment les choses par leurs noms. Ce tableau de la naissance du *Fils de France* du dix-neuvième siècle rappelle celui que Louise Bourgeois a tracé de l'entrée à la lumière des *Enfants de France* procréés par le bon Henry IV, moins, pourtant, la finesse, la délicatesse, la naïveté, la pudeur, que la célèbre accoucheuse de Marie de Médicis a su trouver sous sa plume.

On n'a pas tous les bonheurs ensemble, cher Deneux ! l'histoire dira le dévouement sans bornes que vous avez montré à la parturiente, votre joie en apprenant certain *retard*, et en notant sur votre carnet les bienheureux maux de cœur; elle n'oubliera pas les sages conseils d'*observance* que vous avez donnés au prince-époux, votre satisfaction en entendant le due s'écrier : *Oui, nous serons sages, mon cher Deneux!* Elle gravera sur ses tables d'airain vos craintes, sagement dissimulées, de fausse couche; vos préoccupations incessantes, votre navrante douleur à l'annonce du crime de Louvel ; vos attentions de toute heure, jour et nuit, durant le séjour au château de Saint-Cloud ; votre ingénieux lit sanglé pour y transporter votre cliente; la grande sagacité, unie à la fermeté, qu'il vous a fallu déployer pour déjouer les interminables intrigues tramées contre vous; la dignité que vous avez montrée en face de Dupuytren, le plus jaloux des confrères, qui ne voulait pas vous laisser prendre pied à la cour. Elle glorifiera, enfin, votre

(1) *Naissance du duc de Bordeaux*, par le docteur Deneux, accoucheur de la duchesse. Manuscrit inédit, publié par le docteur A. Mattei. In-8 de 170 pages. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

patience angélique lorsqu'il fallut faire choix d'une nourrice parmi les cinq cents que vous avez dû inscrire. Voilà qui est bien; mais l'histoire dira aussi que vous n'êtes pas arrivé à temps! et que le marmot royal a jeté le premier cri sans que vous fussiez là! Je sais bien que, de la petite chambre que vous occupiez au pavillon Marsan, pour arriver chez la duchesse, il vous fallait descendre un escalier, traverser deux salles d'huissiers, un grand salon, une salle de billard, une bibliothèque, sept ou huit portes à traverser, plusieurs antichambres, je ne sais plus combien de paliers. Je sais aussi que, la nuit, les portes de ces diverses pièces étaient fermées par autant de clefs, dont les unes étaient remises à Mme la gouvernante de Mademoiselle, et les autres à Mme la comtesse de Wathaire, première femme de chambre, qui couchait auprès de la princesse. Il y avait aussi, semés çà et là, des fonctionnaires qui avaient l'ordre de ne laisser entrer ou sortir qui que ce fût des appartements... De telle sorte que Mme de Wathaire, qui vint vous quérir en toute hâte, fut obligée d'éveiller l'huissier de service, qui, à son tour, dut éveiller un autre qui dormait profondément, qu'elle dut crier *gare* devant un garde croisant la baïonnette, et que le second huissier ronflait dans une chambre que l'on ne pouvait ouvrir sans la permission de la gouvernante. Donc, ce n'est pas votre faute si, réveillé à deux heures du matin par Mme de Wathaire, qui avait eu à vaincre tous ces obstacles, vous n'êtes pas arrivé à temps : vous avez sauté au bas de votre lit, vous avez mis vos souliers en pantoufles, vous avez saisi votre habit, votre gilet, votre cravate, que, par une louable précaution, vous teniez toujours en paquet près de vous, et vous êtes entré dans la chambre où venait de s'accomplir le grand acte, n'ayant enfilé qu'une manche de votre habit de mise, et ayant votre gilet sens dessus dessous. Vous ne parlez pas de votre culotte?

Après tout, rien de fâcheux n'était arrivé; Mgr le duc de Bordeaux était né sans la permission de la Faculté, mais il tenait encore, dit-on, par le cordon, aux entrailles maternelles. Il est bon que la postérité sache quelle était alors sa position : « L'enfant, qui baignait en partie dans le sang et les eaux de l'amnios, était situé à demi sur le côté gauche, entre les cuisses, ayant la tête près des genoux de Son Altesse Royale ; la figure, tournée du côté de la ruelle du lit, ne pouvait être vue, et il n'était recouvert que jusqu'aux fesses par une partie de la chemise de sa mère. » Ce n'était pas tant la tête qu'autre chose qu'il était nécessaire de montrer aux témoins qu'on avait fait demander. Aussi, l'habile accoucheur, sans couper le cordon, s'arrangea-t-il de manière à ce que ce quelque chose sautât aux yeux. La première personne qui se présenta fut un simple grenadier de la garde, qui put constater que la France avait un nouveau *Fils de France;* puis d'autres grenadiers eurent ce réjouissant spectacle, non moins que S. Exc. le Maréchal, qui se mit à genoux devant le lit de misère, et braqua ses yeux tout le long du cordon pour bien constater que le fruit tenait encore à l'arbre. La duchesse de Berry montra en cette occasion un admirable courage, « se mettant devant les grenadiers, tout à nud des pieds à la tête, écartant même les cuisses pour qu'on pût voir le cordon jusque dans les parties ». La duchesse de Berry n'avait pas sur la pruderie des idées exagérées.

Puis vint, l'enfant étant tout à fait détaché, la scène de la gousse d'ail renouvelée des rois de Navarre à la naissance de Henri IV. Ici nous laissons parler Deneux : « Placé à la gauche de Sa Majesté (Louis XVIII), j'avais près de moi et à ma gauche la table de nuit sur laquelle se trouvait l'énorme tête d'ail envoyée de Pau; pendant que Mme la gouvernante allait prendre le prince, je détachai de la tête d'ail une gousse que je dépouillai promptement d'une partie de son enveloppe, et aussitôt que le prince fut placé sur les genoux du roi, je présentai à Sa Majesté la gousse que je venais de préparer. Je crois pouvoir assurer que jusque-là j'avais été peu remarqué par le roi; mais aussitôt qu'il vit la gousse d'ail, il se tourna de mon côté, jeta sur moi un de ces coups d'œil particuliers qui lui étaient propres lorsqu'il n'attendait plus aucun service de vous, prit l'ail, en frotta assez maladroitement les lèvres de l'enfant, abandonnant ensuite au médecin ou à la garde le soin de lui faire boire du vin de Jurançon, qui n'a pas dû flatter le palais de Son Altesse Royale, car je puis assurer que, désirant en connaître la qualité, je fus puni de ma curiosité, et que je ne l'ai pas trouvé supérieur au vin de Suresnes. »

La relation de Deneux, si intéressante sous bien des rapports, et pour la publication de laquelle M. Mattei a apporté tous les soins désirables, ne vise à aucune prétention littéraire; le style en est sans relief; il est celui d'un courtisan en grand appétit d'honneurs, de places, et de bénéfices sonnants. La naissance du duc de Bordeaux valut à l'accoucheur en retard la croix de la Légion d'honneur, mais il eût préféré les vingt-quatre mille francs qui ont tinté quelques instants à ses oreilles, et que Louis XVIII, peu généreux par caractère, garda dans sa cassette.

On pourrait rapprocher du manuscrit de Deneux une longue lettre, restée, croyons-nous, manuscrite, et que le docteur Chambon de Montaux écrivit à la duchesse de Berry, la priant, la conjurant de nourrir elle-même son enfant, et de ne point le livrer à des nourrices mercenaires. *Quantum mutatus ab illo!* C'est ce même Chambon de Montaux, qui étant maire de Paris, avait eu la mission de signifier à Louis XVI le décret de la Convention qui l'appelait à sa barre, et qui, sous la Restauration, devint un monarchiste à tous crins.

Dr A. Chéreau.

M. le docteur Adolphe Piéchaud nous prie d'insérer la note suivante :

« Dans l'*Encyclopédie* de Pierre Conil, qui vient de paraître, mon nom figure à la liste des collaborateurs principaux, en tête et sur la couverture de l'ouvrage, avec un titre qui ne lui a jamais appartenu. Ce dictionnaire étant mis en vente, et une rectification étant impossible à obtenir pour les volumes en circulation, je me fais un devoir de protester contre la désignation qui lui a été attribuée par erreur. » P.

De la fréquence de la trichinose chez les cochons d'Amérique. — On lit dans la *Berliner klinische Woch.*, 1880, n° 44 :

« Le rapport du comité sanitaire de Massachusetts contient la communication suivante de M. Billing, vétérinaire à Boston : « Sur 2701 porcs examinés dans l'espace de cinq mois, 154 contenaient des trichines, soit 5,77 pour 100, ce qui constitue une proportion énorme. Ces animaux provenaient des régions les plus diverses; toutefois, la plupart étaient originaires des États de l'Ouest. Sur 89 langues de cochon fraîchement préparées, 3 contenaient des trichines. »

» D'après le même rapport, les rats seraient atteints de trichinose dans une bien plus grande proportion qu'en Allemagne. Sur 51 rats pris dans l'abattoir de Boston, 39 étaient atteints de trichine ; 28 cochons engraissés dans cet établissement furent trouvés sains. 40 rats pris dans une grande boucherie d'exportation de la même ville furent trouvés trichinés; sur 60 pris dans diverses écuries ne contenant pas de porcs, 6 avaient la trichine. »

Faculté de médecine de Paris. — M. Porak est institué chef-adjoint de clinique d'accouchements. — M. Bellouard est délégué, pendant l'année scolaire 1880-81, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique. — M. Bacchi, docteur en médecine, est délégué, pendant l'année scolaire 1880-81, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *Laboratoire de la Charité.* — Le laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité est ouvert de huit heures du matin à quatre heures du soir. Les étudiants et les médecins pourront y faire, sous la direction des chefs du laboratoire, des travaux d'anatomie pathologique, d'histologie et de chimie biologique.

Hopital Saint-Antoine. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 4 décembre courant, a décidé la construction d'un pavillon nouveau à l'hôpital Saint-Antoine, en exécution du testament de M. Moïana, et la reconstruction du service de la cuisine et des bains.

Faculté de médecine de Nancy. — *Prix de l'année scolaire* 1879-1880. — Première année : Prix, M. Lebon; mention honorable, M. Demange. — Deuxième année : Prix, M. E. Petitbien; mentions honorables, MM. Petit et Mosiman. — Quatrième année : Prix, M. Simon; mention honorable, M. Dufour.

Prix de l'externat, dit *Prix Bénit :* M. Ganzynotty. — Prix de thèse, M. Remy; mentions honorables, MM Schmitt, Garnier, Rhomer, Berruzier, Etienne, Maillard, Dorvaux et Blaising.

La statue de Claude Bernard. — On vient de faire, devant le collège de France, l'essai de la maquette de la statue de Claude Bernard, en présence de MM. Paul Bert, Milne-Edwards, Dumas, Ranvier et Guillaume.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année 1879-1880. — *Médecine* : Première année : Pas de prix; mention très honorable, *ex æquo*, MM. Gauthier et Guillaume. — Deuxième année : Premier prix, M. Leroy; deuxième prix, M. Lécuyé; mention honorable, M. Drapier. — Premier prix, M. Doyen; deuxième prix, *ex æquo*, MM. Braine et Deligny; mention honorable, *ex æquo*, MM. Godet et Verut. — Clinique : Prix, M. Doyen; mentions honorables, MM. Braine et Godet.

TRAITEMENT A DOMICILE. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XIII° arrondissement que, le jeudi 23 décembre 1880, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin pour le service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

VOLS COMMIS DANS LES HÔPITAUX PAR UN *étudiant en médecine*. — Depuis quelque temps, des instruments de chirurgie, des boîtes d'opération et des trousses en argent disparaissaient journellement dans les amphithéâtres de Paris. A la suite de nombreuses plaintes, le parquet fit une enquête, et on découvrit qu'un jeune étudiant en médecine, M. V..., né à la Martinique, avait fait vendre dernièrement une trousse en argent, qui a été reconnue par son propriétaire. Ce jeune homme a été arrêté. En recherchant son casier judiciaire, on a trouvé que V... avait encore à purger une condamnation à deux ans de prison, prononcée contre lui par défaut, pour escroqueries.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. Louis-Esprit Giraud, docteur en médecine à Nice, médecin de l'asile des vieillards et de la Compagnie du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

— Le docteur Noulet vient de succomber à Saillans (Drôme), à l'âge de quatre-vingts ans, dans des circonstances bien émouvantes. Appelé par une sage-femme près d'une dame en couches, il accourt, et tandis qu'il procède à la délivrance, il est frappé d'apoplexie; la sage-femme s'évanouit, et l'accouchée meurt d'hémorrhagie, faute de soins urgents. (*Union médicale*.)

COLLÉGE DE FRANCE. — M. Ranvier a ouvert son cours d'anatomie générale, au Collège de France, le mardi 7 courant, à quatre heures du soir, et le continuera les jeudis et mardis suivants. Il traitera des appareils nerveux terminaux et des organes des sens.

MORTALITÉ A PARIS (48° semaine, du vendredi 26 novembre au jeudi 2 décembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 941, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 26. — Variole, 23. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 40. — Dysenterie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 5.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 38. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 17; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 93; de l'appareil circulatoire, 53; de l'appareil respiratoire, 68; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 1. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 5. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 4.

Bilan de la 48° semaine. — État presque stationnaire de la mortalité de l'ensemble (941 décès en cette 48° semaine au lieu de 933 la semaine précédente). Mais l'analyse par causes et groupes d'âge est plus inquiétante. En effet, ce sont exclusivement les décès au-dessous de quinze ans qui ont augmenté (nous en avons 311 au lieu de 287), et, pour ceux au-dessus de deux ans, cette aggravation est due surtout à la diphthérie. Nous comptons cette semaine 40 décès par diphthérie (32 la semaine précédente), et tous (sauf un) au-dessous de quinze ans. La répartition de ces décès par quartier est telle que nous pourrions encore y puiser des renseignements précieux pour la prophylaxie, car ils semblent se grouper en certains centres : ainsi j'en relève 4 à *Batignolles* et 3 aux *Epinettes*, qui lui est contigu (*Batignolles* en comptait déjà 3 la semaine précédente et les *Epinettes* 1); je trouve encore 4 décès dans le quartier du *Pont de Flandre* et 2 à *la Villette*, contigu (et je note qu'ils en avaient déjà chacun 1 cas la semaine avant); il y en a encore 2 dans chacun des quartiers contigus de *Saint-Gervais* et de *l'Arsenal*. Ces faits font naître le désir d'une étude plus approfondie des conditions de ces décès. Malheureusement les *notices statistiques* reçues des hôpitaux ne portent presque jamais la mention si l'enfant fréquentait l'école ou l'asile, ou bien s'il restait en famille; les médecins de l'état civil eux-mêmes oublient quelquefois ce renseignement *si utile*.

Les naissances se sont élevées à 1103, mais quatre mairies (les X°, XI°, XVII° et XIX°) ayant négligé de nous envoyer les feuilles de mises en nourrice, nous ne connaissons que 216 nourrissons, dont plus de la moitié (110) chez des nourrices qui, d'abord, sont convenues de ne pas nourrir.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

SOMMAIRE. — PARIS. Lésions anatomiques et mécanisme de l'athétose. — L'assainissement de la campagne romaine par l'établissement de colonies pénitentiaires. — Séance de l'Académie de médecine. — TRAVAUX ORIGINAUX. Pathologie externe : Contribution à l'étude de l'œsophagisme. — SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — REVUE DES JOURNAUX. — Travaux à consulter. — BIBLIOGRAPHIE. Influence de la gymnastique sur le développement de la poitrine, des muscles et de la force de l'homme. — Index bibliographique. — VARIÉTÉS. La quatrième grossesse de la duchesse de Berry.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des altérations des villosités choriales. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchement, par le docteur V. Duchamp. 1 vol. in-8 de 125 pages, avec 1 planche lithographique hors texte. Paris, O. Doin. 4 fr.

Des varices chez la femme enceinte. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchement, par le docteur P. Budin. 1 vol. in-8 de 165 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Des hémorrhagies chez le nouveau né. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchement, par le docteur A. Ribémont. 1 vol. in-8 de 216 pages, avec figures et 1 planche hors texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en accouchement, par le docteur J. Poullet. 1 vol. in-8 de 160 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta, par le docteur P. Bitot. 1 vol. in-8, avec 9 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur les déformations apparentes des membres inférieurs dans la coxalgie, par le docteur Benoît. In-8, avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Traité de pharmacie galénique, par le docteur A. Bourgoin, professeur à l'École de pharmacie de Paris, etc. 1 fort. vol. in-8, avec 89 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 16 fr.
Cartonné. 17 fr.

Contribution à l'étude des lésions du rein chez les femmes en couches, par le docteur Mayor. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Recherches sur la variole, par le docteur Barthélemy. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Nouveaux éléments de médecine légale, par le docteur R. Hofmann, traduction par le docteur Em. Lévy, introduction et commentaires par le docteur P. Brouardel. In-8, de 830 pag., avec 50 fig. Paris, J. B. Baillière et fils. 14 fr.

Contribution à l'étude de la ligature dans le traitement des anévrysmes, par le docteur J. F. Arnauld. In-8, 126 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Note sur un nouveau stéthoscope, par le docteur Boudet de Pâris. Paris, Frédéric Henry. 60 c.

De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus, par le docteur L. Piequé. 1 vol. in-8. Paris, Frédéric Henry. 4 fr.

Manuel d'anatomie descriptive, par le docteur L. Moynac. 2 vol. in-12, avec 469 figures intercalées dans le texte. Paris, H. Lauwereyns. 18 fr.

De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. Thèse présentée au concours d'agrégation, par le docteur Ch. Porak. 1 vol. in-8. Paris, Germer Baillière. 4 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 16 décembre 1880.

Société de chirurgie : LA LAPAROTOMIE DANS LES OBSTRUCTIONS INTESTINALES.

Une discussion sérieuse sur l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin est ouverte à la Société de chirurgie. Les orateurs, jusqu'à cette heure, ont été peu nombreux, mais leurs professions de foi sont précises, et déjà du débat se dégage un point capital : la nécessité d'une intervention prompte. «Ne quittez pas votre malade que l'intestin ne soit réduit, dit-on maintenant pour l'étranglement herniaire; si le taxis échoue, pratiquez la kélotomie immédiate.» On devient aussi affirmatif pour l'étranglement interne: «Dès que le diagnostic est établi dans ses points principaux, ouvrez sans tarder la cavité abdominale, cherchez l'obstacle et levez-le» : telle nous paraît être la conclusion de la plupart des orateurs. Pourtant cette opinion n'est point encore banale; elle mérite d'être vulgarisée. Aussi croyons-nous le moment propice pour analyser quelques travaux récents sur l'obstruction intestinale. Notre rapide exposé s'appuiera sur les recherches de Bryant, de Rafinesque, de Bulteau et, avant tous autres, sur la thèse de M. J. Peyrot, si remarquée au dernier concours de l'agrégation.

I

Le traitement régulier de l'obstruction intestinale est une conquête de notre siècle; non pas que les deux grandes méthodes chirurgicales, l'entérotomie et la laparotomie, soient de date récente; cette dernière aurait été pratiquée il y a plus de deux mille ans, et Praxagoras de Cos, au dire de Cœlius Aurélianus, fendait les parois de l'abdomen pour dénouer les anses intestinales. Trois cents ans plus tard, Léonides d'Alexandrie l'aurait pratiquée. Après le long silence du moyen âge, Paul Barbette d'Amsterdam, vers la fin du dix-septième siècle, conseilla d'y recourir, et, au dix-huitième siècle, deux chirurgiens auraient, par ce moyen, guéri leurs malades. Mais le diagnostic était encore trop incertain, la cause de l'obstruction trop mystérieuse, et son anatomie pathologique trop vague, pour qu'une règle opératoire pût s'établir sur des bases aussi précaires, et ces tentatives hardies n'étaient, au demeurant, que d'heureuses témérités.

C'est à notre époque que l'on devait acquérir des connaissances exactes sur les divers obstacles qui provoquaient l'obstruction et l'étranglement. Les travaux de Rokitanski, de Dance, de Nélaton, de Besnier, de Laugier, de Parise; un peu plus tard, ceux de Bulteau, Cazin, Bucquoy, Henrot, Doliger et Duplay, jetèrent un jour nouveau sur cette question. On sut désormais d'une manière précise que l'obstruction intestinale pouvait tenir : 1° *à des vices de position:* invaginations, valvules, torsions ou coudures; 2° *à des compressions* par brides, diverticules, anneaux accidentels et hernies internes, ou par des tumeurs de la cavité abdominale; 3° *à des obturations* par corps étrangers divers : polypes, masses fécales; enfin 4° à des *rétrécissements* dont les plus fréquents sont dus au cancer. Les plus grands efforts furent alors tentés par la clinique pour découvrir les signes qui, pendant la vie, dévoileraient le siège de l'obstruction et sa nature. Ces efforts ont été couronnés d'un certain succès, et nous verrons que, dans certains cas, le chirurgien peut indiquer le point où se trouve l'obstacle et sa variété. Aussi, sous l'influence de ces travaux, la laparotomie, condamnée dans toute la première moitié du siècle, réclame une part de la large place que Maisonneuve et surtout Nélaton avaient faite à l'entérotomie.

Cependant, les premières revendications ne devaient pas être écoutées : Reybard, Crisp, Bouvier, Phillips, Hilton, Luke, Borelli, Depaul et Lorquet ne furent pas suivis dans leurs tentatives; en 1852 même, l'Académie écartait toute discussion, car ouvrir la cavité abdominale paraissait alors d'une chirurgie insensée; le péritoine, à cette époque, n'était guère intéressé que sous peine de mort. Aussi fallait-il y toucher le moins possible, et, sous ce rapport, la boutonnière de l'anus artificiel devait être bien moins grave que la large incision de la laparotomie. Pour vaincre cette terreur, il n'a fallu rien moins que les succès décisifs de l'ovariotomie; lorsque les statistiques de Spencer Wells et de Kœberlé eurent démontré l'innocuité de l'ouverture abdominale, surtout après la vulgarisation du pansement de Lister, les répugnances les plus décidées ont fini par se taire, et maintenant notre génération semble devoir accepter la laparotomie comme méthode de choix dans la plupart des cas d'obstruction intestinale, grâce à ces deux raisons que nous venons de signaler : diagnostic plus précis et innocuité relative de l'acte opératoire.

II

Nous n'insisterons pas sur cette innocuité : les travaux des ovariotomistes sont trop concordants pour que l'évidence n'éclate pas. Spencer Wells n'a-t-il pas publié une série ininterrompue de 38 succès, et Keyth (d'Édimbourg) de 50? Or il ne s'agit pas seulement d'une laparotomie; l'opération est ici plus complexe, et l'extirpation du kyste a certainement la plus grosse part dans les chances de léthalité. Si donc la mort devient une telle exception, c'est qu'en tout cas l'incision de la paroi ventrale n'est point un danger véritable; et nous voyons tomber d'elle-même la plus grave des objections élevées contre le traitement de l'obstruction par la laparotomie.

Non : à cette heure, l'indécision regrettable qui retient la

main du chirurgien a d'autres causes : d'abord, le nombre est encore assez grand des obstructions intestinales qui se dissipent d'elles-mêmes ou cèdent au traitement médical : insufflation par le rectum, injection forcée de liquide, café à haute dose, purgatifs, électricité ; et quelque bénigne qu'on proclame la laparotomie, on hésite devant une opération qu'un siphon d'eau de Seltz rendrait peut-être inutile. Et puis, et c'est là le secret de toutes les défaillances, que va-t-on trouver le ventre une fois ouvert? Peut-être un cancer inopérable? peut-être pas le moindre obstacle? Ne sait-on pas, depuis les recherches si précises de Henrot, qu'il existe des paralysies du muscle intestinal provoquées par une inflammation? Les matières ne progressent plus, et le ballonnement, l'absence de selles, les vomissements, font croire à une obstruction; or le chirurgien serait mal venu d'ouvrir le ventre pour une péritonite. Puis, s'il y a obstacle, les obstacles ne peuvent être toujours levés : si l'étranglement tient à un rétrécissement organique, de quelle utilité sera la laparotomie? Voyons si la clinique ne nous fournit pas des données suffisantes pour établir un diagnostic qui autorise une intervention radicale?

Toute affection qui s'accompagne de vomissements, de ballonnements et de suppression complète de selles peut faire croire à l'obstruction. Nous ne parlerons pas des hernies internes; il est évident que l'exploration de tous les sièges possibles de ces tumeurs doit être faite avec un soin étroit. Certaines hernies obturatrices, il est vrai, passent souvent inaperçues, mais l'erreur serait de médiocre importance; elles rentrent à la rigueur dans la classe des hernies internes justiciables du même traitement que la plupart des obstructions. On cite des cas de coliques néphrétiques, hépatiques ou saturnines, certains empoisonnements confondus avec des occlusions. Nous ne saurions insister : la difficulté majeure consiste à reconnaître les pseudo-étranglements dont nous avons déjà parlé. Le diagnostic est infiniment délicat, et les plus avisés ont opéré dans des cas de péritonites. En général, les pseudo-étranglements par péritonites aiguës se différencient par le peu de durée de la localisation de la douleur, ou même une absence totale de localisation, un météorisme généralisé, égal des deux côtés du ventre, une constipation moins accusée, l'issue de quelques gaz, mais surtout par des troubles de la température ; il y a souvent un violent frisson au début; le thermomètre peut marquer 39 ou même 40 degrés, tandis que dans l'étranglement la chaleur baisse et ne dépasse pas la normale.

III

Lorsque l'obstruction intestinale est reconnue, le diagnostic est encore très loin d'être parfait. Nous avons déjà énuméré les causes qui produisent l'arrêt des matières : vices de position, compression, obturation et rétrécissements divers. Or il faudrait que chacune de ces obstructions se traduisît par un tableau clinique différent, afin de pouvoir du signe remonter à la cause et déterminer, avant toute opération, le siège et la nature de l'obstacle. Nous avons à ce sujet quelques notions positives.

Et d'abord pour le siège : une *douleur* localisée en un point suffit parfois pour indiquer le lieu de l'occlusion. Fagès, Besnier, Bulteau, s'accordent pour le reconnaître; et si malheureusement les exceptions sont fréquentes, il n'en faut pas moins en tenir compte, surtout lorsque cette douleur est observée au début des accidents, et lorsqu'elle correspond à une *tuméfaction limitée*, à une *sensation de rénitence* : il en est assez pour être fixé sur le siège. Le *ballonnement du ventre* doit être interrogé avec soin; lorsque les anses sont gonflées surtout à la périphérie, que le côlon descendant, le côlon transverse, le côlon ascendant se dessinent, sous la paroi abdominale, l'obstacle se trouve dans les dernières parties du gros intestin. Lorsque, au contraire, les flancs sont plats et que le ventre globuleux pointe, soulevé par les circonvolutions distendues de l'intestin grêle, ce sont les dernières parties de celui-ci qui sont le siège de l'obstruction. « Enfin quelquefois on a pu reconnaître que l'obstacle siégeait sur la partie moyenne du gros intestin, par la dépression du flanc gauche qui contrastait avec le développement exagéré du côté opposé. » La douleur, l'existence d'une tumeur, le ballonnement du ventre, donnent donc d'utiles indications. Certaines explorations, celle du rectum par exemple, ne doivent pas être négligées. L'introduction du doigt dans le rectum, d'une sonde flexible, décèlent parfois un rétrécissement de cette partie du tube digestif, ou bien la présence d'une anse invaginée. Les injections d'eau et l'auscultation de l'intestin pendant cette injection permettent parfois de déterminer la hauteur de l'obstacle.

La nature de l'obstruction, bien que fort délicate, peut aussi être diagnostiquée; cependant la notion que l'on acquiert dépasse rarement la probabilité, elle n'atteint guère la certitude. Il faut tenir compte de la rapidité d'invasion des accidents, et à ce point de vue les obstructions ont été divisées en *aiguës* et en *chroniques*. L'observation démontre que les obstructions aiguës, celles dont le tableau clinique rappelle l'étranglement herniaire, sont provoquées surtout par les brides, les anneaux accidentels, les collets de hernies internes, les diverticules, les valvules, les torsions, les coudures et certaines invaginations. Les obstructions chroniques sont dues à des compressions par quelques tumeurs extérieures : kystes de l'ovaire, hystéromes; à des obturations de toute nature : masses fécales, calculs biliaires, pierres intestinales; à certaines invaginations chroniques bien étudiées par Rafinesque; enfin, et cette classe est de beaucoup la plus importante, à des rétrécissements organiques, dont la cause la plus fréquente est le cancer. Ajoutons qu'en général le siège des obstructions aiguës est à droite, celui des obstructions chroniques à gauche, et nous aurons les éléments suffisants pour établir un diagnostic qui permettra d'intervenir avec quelque sécurité.

Nous voyons, en effet, que dans le groupe des obstructions aiguës se trouvent tous les obstacles justiciables de la laparotomie; c'est grâce à l'incision de la peau abdominale qu'on pourra arriver jusqu'à une invagination, dénouer une anse intestinale, réduire une hernie interne, faire disparaître une torsion, lever l'étranglement des brides, des diverticules et des anneaux accidentels. Si donc les symptômes que l'on observe tiennent bien à une obstruction aiguë et ne sont pas le fait d'un pseudo-étranglement, c'est à la laparotomie que le chirurgien devra avoir recours.

A la rigueur, le diagnostic en bloc suffirait, mais on peut aller plus loin, et reconnaître, dans certains cas, la variété anatomique. L'*invagination*, qui chez les enfants est la cause presque unique de l'obstruction, se fait dans les deux tiers des cas sur le gros intestin ; elle provoque souvent du ténesme et des selles muco-purulentes, et l'on constate parfois, surtout dans le flanc droit, une tumeur mobile de forme ovoïde. Enfin on cite des observations où l'intestin invaginé a été senti dans le rectum ou même a fait irruption au travers de l'anus. Les étranglements par *anneaux accidentels, brides, diverticules, hernies internes*, se caractérisent spécialement par l'acuité

des symptômes plus graves et plus soudains que dans tout autre genre d'obstruction; les hernies internes ne pourront être soupçonnée, la hernie diaphragmatique acquise, que si les symptômes sont à gauche, et si le diaphragme a été blessé antérieurement; les hernies mésentériques et intrapéritonéales, que si elles s'accompagnent de congestion hémorrhoïdaire; les brides accidentelles auront été précédées d'inflammation péritonéale.

Les obstructions chroniques nécessitent plus rarement le recours à la laparotomie, et ne nous intéressent alors qu'au point de vue du diagnostic. Elles comprennent *certaines invaginations* rarement reconnues, car Rafinesque nous dit que sur 56 observations la nature du mal ne fut établie que 16 fois sur le vivant. Les *compressions par des tumeurs* sont des cas d'une grande complexité et qui ne nous importent guère; les *obturations* cèdent parfois aux purgatifs, lorsqu'elles sont dues à des amas de matière fécale; mais la laparotomie suivie de la taille intestinale est parfois nécessitée, lorsqu'il s'agit de corps étrangers, de pierres ou de calculs. Toutes ces affections, il est vrai, sont souvent méconnues, et leur rareté est telle que nous pouvons ne pas insister dans un article de cette nature.

Les obstructions chroniques provoquées par les rétrécissements, et surtout par les *rétrécissements cancéreux*, ont une importance capitale. Il faut savoir les reconnaître, car nous n'aurons guère recours pour eux à l'ouverture de l'abdomen, et on leur réserve l'entérotomie, qui restera, dans l'espèce, la méthode de choix. Colotomie lombaire, anus artificiel de Littre, nous n'avons pas à discuter ce point. Ce qui nous importe, c'est que la laparotomie n'a plus ici sa raison d'être. Heureusement que le diagnostic peut s'asseoir sur des bases assez solides. L'âge du malade, qui le plus souvent aura dépassé la quarantaine; le siège de l'obstruction, qui dans les quatre cinquièmes des cas existe à gauche, vers l'extrémité du gros intestin, au niveau de l'S iliaque; les selles sanglantes, constituent, avec la marche essentiellement chronique de la maladie, un ensemble de signes qui guiderait le chirurgien. Certainement il y a des exceptions; on a cité des cas où l'obstruction cancéreuse était de marche aiguë, et le cancer, de très petit volume, ne pouvait être perçu par la palpation: on crut à l'existence de brides; la laparotomie fut pratiquée. Cette erreur a-t-elle été préjudiciable? Du moment que la laparotomie est une opération sans grande gravité, ne lui est-on pas redevable d'un diagnostic exact? La tumeur est trouvée, son siège précis déterminé, et l'on pratique alors l'anus artificiel. On a même été plus loin: des cancers nettement circonscrits ont été enlevés, la partie malade de l'intestin réséquée; on a suturé les deux bouts du tube digestif et rétabli la continuité du canal. Des observations heureuses, la plus fréquemment citée est celle de Reybard, qui date de 1833 et fut publiée en 1843. M. Marc Sée a eu la bonne idée de l'exhumer et de la reproduire en entier dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*; car si l'on faisait de nombreuses allusions à ce fait, il faut avouer qu'on en connaissait fort mal les détails.

Cette rapide esquisse nous a montré qu'un diagnostic précis pouvait être fait dans certains cas, mais que du reste un diagnostic approximatif était parfois suffisant. Il faut savoir s'en contenter et prendre une prompte résolution. Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une obstruction aiguë, agissons vite et pratiquons la laparotomie; il serait facile de démontrer que cette grande léthalité, qui assombrit encore nos statistiques, tient au retard de notre intervention. Nous voyons dans la thèse de Peyrot que 125 laparotomies, n'ont donné que 46 guérisons contre 79 morts, soit à peine 37 pour 100. Mais l'étude des observations est bien instructive: l'ouverture abdominale n'est guère faite avant le sixième ou le septième jour en moyenne; le malade est déjà affaibli, prostré, algide, ou bien en proie à la péritonite. Ne peut-on pas prédire pour les occlusions intestinales une fortune analogue à celle des étranglements herniaires? Il y a dix ans encore, opérations tardives et médiocres succès. Maintenant que l'on intervient rapidement, la mortalité est presque nulle. C'est ce point qu'il faut vivement mettre en lumière: nous insistions au commencement de cet article, nous y revenons à la fin. La discussion de la Société de chirurgie et la thèse de M. Peyrot auront beaucoup fait pour sa vulgarisation.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Contribution a l'étude du diabète. — Des névralgies symétriques dans le diabète. Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 28 septembre 1880, par le docteur Jules Worms.

La pathogénie des glycosuries et du diabète sucré présente encore bien des obscurités; et cependant il y a peu de branches de la pathologie auxquelles la physiologie ait apporté un aussi puissant concours, on voudrait pouvoir dire une aussi vive lumière; mais la clinique n'en a pas encore bénéficié dans la mesure où il était permis de l'espérer.

A chaque pas, un médecin attentif se heurte à des diabétiques ou à des glycosuriques. Mais quand il veut rechercher chez eux le point de départ et le mécanisme d'une déviation aussi profonde du processus physiologique, il marche dans les ténèbres.

De loin en loin, on rencontre bien quelques exceptions qui permettent de supposer que les symptômes de la glycosurie et de la glycémie coïncident avec des altérations organiques du système nerveux, du foie, du pancréas, etc.

Mais serait-il possible aujourd'hui de faire pour le diabète ce qu'on a pu faire pour l'asthme, par exemple, et de le rattacher aux lésions de tel ou tel organe? Assurément non. Et c'est là cependant où doivent tendre les efforts des pathologistes.

Déjà, certainement, de grands progrès ont été accomplis. Ils sont magistralement consignés dans les traités classiques de MM. Bouchardat et Lécorché. Les travaux de M. Lancereaux et de ses élèves ont mis en relief la part qui peut revenir aux affections du pancréas dans la production du diabète. Mais évidemment, et M. Lancereaux en tombera d'accord, il ne s'agit là que d'une espèce particulière de diabète, et s'il paraît bien démontré, par ses travaux, qu'une altération grave du pancréas peut coïncider avec le diabète, on ne saurait faire dériver de cet ordre de lésions qu'un nombre restreint de cas.

La théorie, qui paraît aujourd'hui inattaquable, de la glycogénie hépatique, aurait dû mettre en relief nombre de cas de diabète d'origine hépatique. Il n'en est pas ainsi cependant.

Le jour où il sera possible de mettre chaque diabétique à son rang, le traitement qui répondra à des origines morbides diverses, sortira de son uniformité actuelle, et deviendra plus rationnel et peut-être plus efficace.

Cette digression n'a pour but que d'établir, une fois de

plus, que dans une question aussi obscure aucun détail, parmi ceux qui peuvent éclairer la pathogénie du diabète (on est toujours tenté de dire des diabètes), ne doit être négligé; que, si l'on rencontre dans le cours de cette maladie des symptômes non encore observés, ou au moins non encore décrits, il y a quelque intérêt à les signaler dans l'espoir de pénétrer plus avant dans la pathogénie de cette affection.

C'est à ce titre que je me permets de signaler aujourd'hui l'apparition, dans le cours du diabète, d'une forme de névralgie que j'ai observée dans des conditions caractéristiques, et dont je n'ai rencontré la mention dans aucun des travaux si nombreux publiés en France et à l'étranger, relatifs au diabète, et parmi lesquels les traités si remarquables et si complets de MM. Bouchardat et Lécorché, représentent au premier chef l'état actuel de la science.

Je veux parler de névralgies qui ont pour siège *des branches nerveuses symétriques*, et auxquelles il convient d'appliquer la dénomination de *névralgies symétriques*.

Voici les circonstances cliniques dans lesquelles j'ai observé, dans ces dernières années, deux fois cette variété de troubles du système nerveux :

Depuis 1864, j'avais eu l'occasion de suivre la santé de M. X... Il était alors âgé de quarante-cinq ans; né d'une mère goutteuse, ayant eu une tante diabétique, il avait présenté lui-même des phénomènes d'arthritisme. La mort de cette tante, survenue peu de temps auparavant à la suite de gangrène diabétique, avait violemment frappé son imagination très vive d'ailleurs, et l'avait rendu *glycophobe*. Peu de temps après, il fut pris de soif insolite. Dans un sentiment bizarre de crainte, il chercha à cacher cette anomalie à son entourage, à lui-même et à son médecin. A son insu, j'examinai ses urines, et je trouvai environ 30 gr. de sucre par litre et de l'urée en excès; il rendait environ 2 litres d'urine par jour. La frayeur inspirée par l'idée d'être atteint de diabète était telle, chez le malade, qu'il fallut les plus grands ménagements pour lui proposer de suivre le traitement classique. Il se déroba presque entièrement, suivit ses occupations qui étaient fort importantes, et chercha dans le travail et les honneurs un palliatif à ses préoccupations de santé. Pendant près de dix ans, il vécut ainsi, maigrissant un peu, perdant des forces, se cachant des médecins, ne suivant aucun régime. Mais je pus, à son insu, analyser ses urines tous les mois à peu près.

Des analyses nombreuses m'ont permis de constater que, pendant près de dix ans, l'urine renfermait régulièrement et uniformément de 30 à 40 grammes de sucre par litre. Autant qu'on pouvait le supposer, il buvait et émettait également 2 litres par jour. Pendant toute cette longue période de temps, l'activité de M. X... ne se démentit pas, malgré la diminution évidente de ses forces, son amaigrissement et l'absence de toute médication et de toute hygiène alimentaire, dont il s'entêtait à nier l'utilité.

Les choses en étaient là lorsqu'il fut pris, au mois d'avril 1876, de douleurs intolérables dans la région postérieure des *deux cuisses*. Cette douleur, plus violente le soir et surtout la nuit, suivait manifestement le trajet de la section fémorale des nerfs sciatiques. Elle était également intense des deux côtés, s'exaspérait par la pression et était nettement limitée entre l'échancrure sciatique et le creux poplité, qu'elle ne dépassait pas.

L'ensemble de ces phénomènes symétriques, si nouveaux pour moi, était tel qu'on pouvait supposer une origine centrale commune, soit vertébrale, soit médullaire. Mais aucun signe objectif, ni la douleur à la pression des vertèbres, du sacrum, du bassin, ne venait étayer cette dernière hypothèse. Cependant le mal était tellement violent que, pendant un mois, le malade, homme très courageux d'ailleurs, éprouvait des souffrances qui lui arrachaient des cris. Aucun des moyens employés, sulfate de quinine, bromure de potassium, injections de morphine, etc., ne put les atténuer. Cette période se prolongea jusqu'au mois de juillet, amenant une perte presque complète de l'appétit, du sommeil, et un affaiblissement considérable.

Je proposai alors au malade de se rendre aux eaux de Royat. La cure qu'il y fit, et pendant laquelle il fut examiné et suivi avec le plus grand soin par un médecin très instruit de la station, détermina, en même temps qu'une diminution notable de la glycosurie, un soulagement considérable, puis bientôt une disparition de la douleur. Après avoir passé quelques semaines au bord de la mer, M. X... rentrait à Paris, ayant repris quelques forces et semblant débarrassé de sa névralgie. Il n'était pas encore possible d'obtenir du malade un régime anti-diabétique. Mais l'année suivante, également vers le printemps, la névralgie sciatique double et symétrique reparut avec les mêmes caractères et la même intensité. A partir de cette époque, le malade consentit sur mes instances à se soumettre à un régime sévère. Aussitôt la glycosurie tomba à 4 ou 5 grammes par jour, et la névralgie disparut au bout de peu de jours.

La santé s'améliora sous l'influence du régime et se maintint relativement assez bonne, jusqu'au milieu de 1879, sans que la névralgie reparût. Mais à cette époque se manifestèrent les symptômes d'une affection carcinomateuse du foie, qui emporta le malade quelque temps après.

L'autopsie ne put être faite. Pendant la période cachectique, marquée par l'apparition d'une tuméfaction caractéristique du foie, la glycosurie avait disparu complètement.

Chez ce malade, le diabète avait duré, à ma connaissance, dix-sept ans. Pendant quatorze ans, aucun régime n'avait été suivi.

Il ressort de cette observation : 1° que la névralgie sciatique double, symétrique, a coïncidé avec un maximum de glycémie, et a diminué et disparu, à deux reprises, avec l'abaissement de la quantité de glycose dans le sang ; 2° que l'origine et l'évolution du diabète, dont la conclusion a été une affection parenchymateuse du foie, peuvent, avec une grande probabilité, être attribuées à une affection hépatique restée à l'état latent pendant une longue période de temps.

Voici la seconde observation :

Au mois d'octobre 1878, je fus appelé auprès de M. X..., âgé de soixante-trois ans, qui avait eu au printemps précédent une bronchite accompagnée d'hémoptysie, pour laquelle il s'était fort peu soigné. Jusque-là, sa santé avait été très bonne. M. X... avait passé une existence très active, très élégante, montant à cheval, chassant, etc. Il existait des antécédents goutteux dans sa famille ; mais lui-même, à part des accès de jaunisse qu'il avait eu de loin en loin, s'était toujours bien porté. La bonne opinion qu'il avait de ses forces et de sa santé lui avait fait traiter avec beaucoup négligence la première indisposition sérieuse dont il venait d'être atteint.

A l'époque où je l'examinai pour la première fois, je constatai une affection tuberculeuse très caractérisée, surtout au sommet gauche, où il existait de petites excavations. L'expectoration contenait des éléments élastiques. Je conseillai un régime approprié à cet état, sans avoir eu l'idée de rechercher une cause plus profonde à une affection nettement déterminée, et dont l'origine pouvait être attribuée au genre d'existence qu'avait mené M. X...

Vers le milieu d'octobre de 1878, il me fit appeler en toute hâte à la campagne; il venait d'être atteint d'une douleur intolérable qui siégeait des deux côtés dans le maxillaire inférieur, et qui avait le caractère classique d'une névralgie des nerfs dentaires inférieurs; mais elle présentait ce caractère particulier d'être symétrique. Les dents étaient en très bon état et ne pouvaient être la cause d'un pareil phénomène.

La névralgie était exactement limitée au trajet du dentaire inférieur; ni la langue, ni le maxillaire supérieur, ni le facial, ni l'articulation temporo-maxillaire n'étaient affectés. La douleur était térébrante, et tellement violente, que le malade, homme très énergique, demandait à grands cris du chloroforme et ne parlait de rien moins que de se suicider pour échapper à ses souffrances.

Devant la bizarrerie de cette manifestation symétrique, je me demandai si je ne me trouvais pas une seconde fois devant un cas de névralgie diabétique. Quoique M. X... ne présentât aucun indice de glycosurie, j'examinai les urines. Je constatai la présence d'environ 25 grammes de sucre par litre; le malade n'émettait pas plus d'un litre et demi d'urine en vingt-quatre heures. Immédiatement, et sans prononcer le mot de diabète, qui est la terreur de tant de personnes, je mis le malade au régime classique et, au bout de trois jours, j'eus la satisfaction de voir disparaître la névralgie symétrique en même temps que le glycose tombait à 10 grammes par litre. Le régime put être maintenu, mais la tuberculisation fit des progrès rapides, et au bout de cinq mois le malade succomba aux suites d'une pleurésie et d'une nouvelle hémoptysie.

A quelle forme originelle de diabète avait-on eu affaire dans ce cas? Il n'est pas aisé de le dire. Cependant, des

renseignements certains, puisés auprès des personnes de son entourage, me permettent de penser que le malade avait soif depuis plusieurs années et avait présenté assez souvent des accidents hépatiques, très légers, à la vérité, dans le cours de sa vie. Mais si ces indices sont insuffisants pour établir, aussi nettement que dans le cas précédent, l'origine hépatique du diabète, on peut la considérer comme probable.

En rapprochant l'une de l'autre ces deux observations, on peut en tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme spéciale de névralgie propre au diabète, qui présente ce caractère de siéger symétriquement dans les mêmes branches nerveuses.

2° Jusqu'à présent, cette névralgie symétrique a été observée dans les nerfs dentaires inférieurs et les nerfs sciatiques.

3° La névralgie diabétique paraît dépasser en douleur les autres névralgies.

4° Elle ne cède pas au traitement habituel des névralgies (quinine, morphine, bromure, etc.), mais elle s'aggrave et s'atténue parallèlement à la glycémie.

Les recherches que j'ai faites ne m'ont fait retrouver nulle part la mention de ce phénomène. Seul, Rosenstein (*Deutsche Med. Wochnschr.*, n° 51, 1876) signale la relation de la névralgie sciatique avec le diabète, et recommande de ne jamais négliger l'examen des urines au point de vue du sucre dans le cas de névralgies sciatiques rebelles ; mais il ne s'agit là que de la névralgie sciatique, et nullement de *névralgies symétriques* pouvant affecter, comme dans notre seconde observation, un nerf autre que le nerf sciatique.

Relativement à la pathogénie de ce symptôme, je ne puis évidemment émettre que des hypothèses. Il est de notion vulgaire que les altérations quantitatives ou qualitatives du liquide sanguin sont une cause fréquente de névralgie. Il suffit, à cet égard, de rappeler les névralgies des chlorotiques, des goutteux, des saturnins. La névralgie goutteuse est la mieux étudiée, et porte, d'après Garrod, de préférence sur le nerf sciatique. Garrod se pose, sans la résoudre, la question de savoir si ces névralgies goutteuses relèvent directement de l'altération du sang par excès d'acide urique, ou si elles sont la conséquence d'un travail phlegmasique et exsudatif, soit sur la gaine des nerfs, soit sur les enveloppes fibreuses de la moelle épinière. (A. Garrod, *Traité de la goutte*, trad. fr. d'Ollivier. Paris, 1867, page 582.) Rappelons, à ce propos, que Schrœder von der Kolk (*Canstatt's Jahrb.*, 1854, t. II, p. 46), a constaté chez un goutteux, au voisinage de plusieurs articulations des doigts de la main, la pénétration d'urate de soude jusque dans l'épaisseur de quelques filets nerveux.

Charcot et Cornil, dans un cas du même genre (*Mém. de la Soc. de biol.*, 1864, t. V, 3e série, p. 141), ont également trouvé le névrilème, dans le voisinage des jointures malades, incrusté d'urate de soude, sous forme d'une fine poussière blanche.

Ce sont là des faits très instructifs au point de vue de la pathogénie des névralgies d'origine dyscrasique ou humorale en général. Un sang surchargé de sucre, comme c'est le cas dans la glycosurie, peut entraîner une modification anatomique ou dynamique des nerfs, au même titre que le sang chargé d'acide urique des goutteux ou le sang des saturnins. On peut ainsi se rendre compte, dans une certaine mesure, de la pathogénie de la variété que je signale.

Quant au fait, si frappant, de la *symétrie* de la névralgie, il autorise à localiser le siège du mal, soit dans les centres nerveux eux-mêmes, soit au niveau de l'émergence des nerfs, dans la moelle ou dans le bulbe. Mais l'absence de tout autre symptôme spinal ou bulbaire, chez mes deux malades, ne milite pas en faveur de cette hypothèse.

Je me garderai donc de me prononcer sur le siège central ou périphérique de ces névralgies symétriques, me contentant d'appeler l'attention des médecins sur la valeur diagnostique de ces névralgies dans le cours du diabète.

Pathologie externe.

Traitement de la cystite purulente et hémorrhagique, par le docteur Gailliet (de Reims). Travail lu au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences (année 1880).

La cystite purulente et hémorrhagique est assurément une des lésions les plus tenaces, les plus pénibles, et souvent très grave ; indiquer un moyen simple et pratique, qui nous a rendu service dans un cas de cette nature, nous semble utile. L'hiver dernier, un jeune homme de vingt-six ans, fort et vigoureux, entrait dans mon service, à l'Hôtel Dieu, pour une inflammation de la vessie, datant de quinze jours ; le besoin d'uriner se faisait sentir d'heure en heure ; l'émission de l'urine était douloureuse ; elle laissait, au fond du vase, un dépôt purulent épais ; enfin, chaque fois que le malade rendait les urines, l'émission des dernières gouttes était accompagnée d'une douleur assez vive, et de l'issue de près d'une cuillerée à soupe de sang pur. Lorsque la vessie fut un peu remplie d'urine, j'introduisis le cathéther de Mercier, et je pus m'assurer que la vessie ne contenait aucun calcul. Or, à ce moment, je traitais une dame, âgée de quarante-deux ans, atteinte depuis deux ans d'une dyspepsie avec vomituritions, chaque matin, de matières glaireuses, un peu sanguignolentes à la fin, par les lavages à l'eau fraîche de 12 à 15 degrés centigrades ; selon le procédé de Kussmaul, ce traitement avait produit en dix jours une amélioration considérable. L'idée me vint de faire pour la vessie ce que nous faisions pour l'estomac, d'autant mieux que, chez notre malade, les reins ne présentaient aucune altération. Je me servis de la sonde à double courant ; après avoir évacué la vessie, nous fîmes passer dans cette cavité de l'eau à 12 ou 15 degrés, jusqu'à ce qu'elle sortît bien limpide ; puis, nous laissâmes dans la vessie un verre d'eau environ, recommandant au malade de la garder une heure environ. La même opération fut répétée le soir. Dès le quatrième jour, le malade ne perdait plus de sang après l'émission des urines ; l'émission des urines était moins douloureuse, l'urine contenait moins de pus. Le douzième jour notre malade, se trouvant guéri, quittait l'Hôtel-Dieu, et en effet, les urines, bien limpides, ne contenaient ni sang ni pus ; elles étaient rendues toutes les trois ou quatre heures, sans douleur. Nous avons engagé le malade à être très prudent, à se préserver de tout écart de régime, et nous lui avons conseillé de faire usage, pendant un mois environ, des capsules de térébenthine, à la dose de quatre par jour. Nous ne l'avons pas revu, ce qui nous fait espérer que la guérison a dû se confirmer.

Ainsi donc, le froid, en déterminant un excès de tonicité dans la substance contractile des vaisseaux capillaires de la vessie, peut combattre à la fois et l'état inflammatoire et l'état hémorrhagique, et cela sans douleur, comme sans danger, comme ce fait nous le prouve.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

Séance du 6 décembre 1880. — Présidence de M. Becquerel.

Sur un procédé de conservation des viandes au moyen de la dextrine. Note de M. *J. Seure*. — « J'ai l'honneur de transmettre à l'Académie des échantillons des produits que j'ai obtenus par mon procédé.

Première expérience (*échantillon n° 1*). — J'ai enfoui une tranche de viande maigre dans un lit de dextrine. J'adresse à

l'Académie les quelques fragments qui me restent du morceau ainsi momifié. Je me suis assuré, avec le reste, que cette viande, placée dans l'eau, se sépare de la dextrine et reprend ses caractères physiques.

Deuxième expérience (*echantillon n° 2*). — Viande grossièrement pulpée, mélangée sans précaution avec de la dextrine, de manière à obtenir une pâte épaisse. Cette pâte s'est desséchée à l'air, dans un moule de porcelaine, où elle est restée jusqu'à ce jour.

Troisième expérience (*échantillon n° 3*). — Viande finement pulpée, pilée avec de la dextrine et coulée dans un moule. Le résultat a été, comme on peut le voir, un gâteau très dur, très sec, de bel aspect, bien homogène.

Ces trois échantillons sont restés, *depuis vingt mois*, exposés à l'air, sur une planche, dans le haut d'une armoire. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1880.— PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de remerciement de M. Bondet (de Lyon), nommé membre correspondant de l'Académie ; 2° une lettre de M. Schlaydenhauffert, professeur à l'École de pharmacie de Nancy, qui se porte candidat à la place de membre correspondant.

M. *Proust* fait hommage à l'Académie de la deuxième édition de son *Traité d'hygiène*.

M. *Tarnier* dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur J. Simon, un volume intitulé : *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*.

M. *Constantin Paul* offre à l'Académie les *Bulletins* de la Société de thérapeutique pour l'année 1879.

M. *Le Roy de Méricourt* présente une brochure de M. A. Borius, sur la Sénégambie. (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

M. *Béclard* présente une brochure intitulée : *Nouveaux trocarts pour la ponction hypogastrique de la vessie*, par M. le docteur Doneffe ; — et une autre brochure intitulée : *Recherches sur les propriétés électriques du collodion desséché*, par M. le docteur Jules Seure.

M. le professeur *Charcot*, en son nom et au nom de MM. Bourneville et Brissaud, présente un volume sous le titre de : *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière* ; — au nom de M. J. Grasset, le *Traité pratique des maladies du système nerveux*.

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur Antonin Martin, une brochure intitulée : *De la cautérisation dans les affections intrathoraciques*.

M. *Maurice Raynaud* présente un nouveau mémoire du professeur Desplats, de la Faculté libre de Lille, *sur l'action antipyrétique de l'acide phénique*. Ce mémoire appuyé sur 13 observations nouvelles, confirme et complète les conclusions données le 8 septembre dernier. Il sera publié dans la *Gazette*.

ÉLECTIONS. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. Chevallier, décédé.

La commission présente la liste suivante de candidats : en première ligne, M. Brouardel ; en deuxième ligne, M. Ernest Besnier ; en troisième ligne, M. Lunier ; en quatrième ligne, M. Vallin ; en cinquième ligne, M. Gallard ; en sixième ligne, M. Legrand du Saulle.

Sur 80 votants, M. Brouardel obtient 62 suffrages, M. Gallard 13, M. Ernest Besnier 3, MM. Lunier et Legrand du Saulle, chacun 1. En conséquence, M. le professeur *Brouardel* est élu.

NÉCROLOGIE. — La parole est donnée à M. *Méhu*, qui donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Personne. Ce discours est accueilli par de nombreuses marques d'approbation.

M. *le Président* annonce la mort de M. Rollet (de Bordeaux), membre correspondant.

DÉCLARATION DE VACANCES. — Une vacance est déclarée dans la section de médecine opératoire, par suite du décès du professeur Broca.

DES NÉVRALGIES SYMÉTRIQUES DANS LE DIABÈTE.— M. *Peter* donne lecture d'un rapport sur le mémoire de M. Worms, présenté à l'Académie dans la séance du 28 septembre, et que nous publions aujourd'hui. (Voir *Travaux originaux*.)

M. *Hardy :* D'après ce qu'a dit M. Peter, il semblerait que les névralgies sont doubles dans le diabète. Pour ma part, j'ai vu un grand nombre de névralgies dans le diabète, mais elles étaient simples le plus souvent. J'ai surtout observé des sciatiques, et j'ai remarqué que ces sciatiques sont rebelles à toute espèce de traitement. Je ne pense pas que les trois ou quatre cas rapportés par M. Peter puissent servir de base à une règle absolue: Le nombre des faits n'est donc pas suffisant pour justifier les conclusions de l'auteur.

M. *Peter* répond que les quelques faits observés par M. Worms, joints à ceux signalés par Rosenstein, suffisent pour appeler l'attention sur la fréquence des névralgies symétriques dans le diabète.

M. Peter propose à l'Académie d'adresser des remerciements à M. Worms.

DE LA SURDI-MUTITÉ PAR COMPRESSION DU NERF ACOUSTIQUE PAR OTOPIÉSIS. DE SA CURABILITÉ SUR UN CERTAIN NOMBRE DE TOUT JEUNES ENFANTS. — M. *Boucheron* rapporte deux cas de surdi-mutité observés chez de jeunes enfants qui ont recouvré l'ouïe dans une proportion suffisante pour apprendre à parler. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune sourde-muette de deux ans et demi, bien constituée, assez intelligente, issue de parents non consanguins, non sourds, bien portants eux et leur famille. L'enfant n'a pas eu de convulsions bien constatées et ne présente aucune difformité congénitale. M. Boucheron diagnostiqua un catarrhe naso-pharyngien à répétition, avec propagation de l'inflammation dans la caisse du tympan, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, oblitération de ce conduit par le gonflement de la muqueuse, et comme conséquences, compression du nerf acoustique ou otopiésis avec surdité consécutive. Les petites apophyses du marteau étaient saillantes, les tympans déprimés et dans les poussées aiguës du catarrhe naso-pharyngien (l'une avec abcès du voile du palais), la vascularisation intense observée autour du tympan et le long du manche du marteau confirma le diagnostic. Après un mois de traitement on crut reconnaître un réveil de l'ouïe, qui se perfectionna peu à peu. Après un an, l'enfant entend la voix forte, la montre au contact, articule très nettement les mots qu'elle apprend et les prononce sans regarder les lèvres.

Le second cas est celui d'une sourde-muette déjà âgée, malheureusement, de quatre ans et demi. Elle fut examinée à deux ans par un auriste distingué, qui conseilla, paraît-il, de s'en tenir à l'éducation par les signes. Cette enfant présente les mêmes conditions d'intelligence vive, de santé, d'absence d'antécédents, de convulsions, de parenté consanguine et sourde. On retrouve chez elle les signes caractéristiques d'un catarrhe naso-pharyngien, avec propagation du côté de la caisse, avec phénomènes de compression sur le nerf acoustique ou otopiésis et surdité consécutive.

Soumise au même traitement que la première enfant, elle parut aussi commencer à recouvrer l'ouïe après un mois environ. Après cinq mois et demi, elle avait appris 40 mots, dont elle connaît aussi le sens, mais qu'elle prononce en regardant les lèvres. Elle entend le remontoir d'une montre au contact. L'ouïe s'améliore encore ; le résultat n'est donc pas définitif, et il est inespéré, vu l'âge avancé de l'enfant.

M. Boucheron compare le mécanisme de ces surdités par compression du nerf acoustique à celui de la cécité par compression du nerf optique dans le glaucome, et propose de désigner ce processus par le mot *otopiésis*, pour ne pas employer pour l'oreille le mot métaphorique de *glaucome*.

Cette conception du processus de la surdité par compression du nerf ou otopiésis indique la nécessité de lever au plus tôt la compression, sous peine de voir le nerf acoustique dégénérer, et la surdité devenir incurable à un certain âge ; ce que tout le monde a constaté sur les élèves des asiles des sourds-muets. Le moment le plus favorable au traitement est celui où l'on s'aperçoit que l'enfant est sourd, environ de un an à deux ans. Plus tard, on n'observe que des guérisons

exceptionnelles. L'influence mystérieuse de la consanguinité et de l'hérédité s'explique en partie par l'hérédité du catarrhe naso-pharyngien. C'est lui qui se transmet presque fatalement, mais tantôt avec complications vers l'oreille, la surdité ou la surdi-mutité, tantôt sans complications. Les indications thérapeutiques dans la surdi-mutité par otopiésis sont : 1° de lever la compression du nerf acoustique, ce qu'on obtient par les insufflations d'air dans la caisse ; 2° diminuer le gonflement inflammatoire de la muqueuse des trompes par les cautérisations pharyngées ; 3° modérer et éloigner les crises aiguës du catarrhe diathésique par un traitement approprié.

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Gavarret, Parrot, Duplay, rapporteur.

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HERVIEUX.

Élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice : M. Debove. — Scrofule et tuberculose : MM. Cornil et Damaschino.

M. *Debove* fait une communication sur *l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.* Ce procédé, préconisé depuis plusieurs années en Allemagne par Nussbaum, aurait été inspiré par le désir de soulager les malades des douleurs fulgurantes si pénibles qui caractérisent l'ataxie, sans être obligé de recourir à des doses de morphine progressivement croissantes et susceptibles d'amener les accidents du morphinisme. L'an dernier, à Berlin, Karl Langenbuch pratiqua, chez un ataxique, l'élongation successive des deux nerfs sciatiques, puis des deux nerfs cruraux : les douleurs fulgurantes cessèrent, et, fait bien plus extraordinaire, l'incoordination motrice disparut. On se disposait, quelques mois plus tard, à faire la même opération sur les nerfs des membres supérieurs, dans lesquels les douleurs avaient persisté, quand le malade mourut dans une crise épileptoïde, sous l'influence du chloroforme. Depuis Esmarch, pratiqua chez un tabétique l'élongation des nerfs dans l'aisselle, et les douleurs fulgurantes et l'incoordination motrice disparurent dans les quatre membres. Dans le *Centralblatt* du 1er novembre, on trouve l'observation d'un ataxique n'offrant que peu de douleurs fulgurantes, mais une incoordination motrice considérable, et chez lequel Ehrlenmayer recourut à l'élongation des sciatiques : les résultats de l'opération furent très douteux. M. Debove soignait, à Bicêtre, un ataxique présentant une incoordination extrême, avec myosis, absence du phénomène du tendon, crises gastriques et douleurs fulgurantes atroces, résistant à une dose quotidienne de 16 centigrammes de morphine. Il y a trois semaines, il pratiqua chez ce malade, avec le concours de M. Gillette, l'élongation du sciatique gauche. L'opération fut moins douloureuse qu'on ne l'eût pensé, le chloroforme n'ayant pas été administré, de crainte d'arrêt du cœur sous l'influence du tiraillement du nerf. Le malade raconta lui-même qu'il avait moins souffert que pendant chacune de ses crises de douleurs fulgurantes. Depuis trois semaines ces crises ont absolument cessé, la sensibilité est normale sur les membres inférieurs, et l'incoordination motrice, presque entièrement disparue, permet au malade de se tenir debout et même de faire quelques pas ; il n'a eu depuis l'opération qu'une légère crise gastrique, mais sans douleurs concomitantes dans les membres. La plaie semble longue à se fermer ; peut-être la nutrition et la réparation des tissus se font-elles moins rapidement chez les ataxiques. Comment expliquer ces résultats ? S'agit-il d'une action sur le système nerveux central ou sur les nerfs périphériques ? Il semble plus probable qu'elle porte sur le système central, puisque l'amélioration s'est étendue aux quatre membres. Les recherches ultérieures décideront si ce doit être là seulement un fait curieux, isolé, ou si une nouvelle voie est ouverte à la thérapeutique.

— M. *J. Simon* offre à la Société le premier volume de ses *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants.*

— M. *Ferrand* dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, le compte rendu des leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu de Marseille par M. Fabre.

— M. *Cornil* est d'avis que des discussions aussi générales que celle qui s'est établie au sein de la Société, sur *les rapports de la scrofule et de la tuberculose*, servent moins à faire progresser la science qu'à faire constater l'évolution des idées et à démontrer combien nous savons peu relativement à ce que nous ignorons.

La tuberculose est une maladie bien définie ; tout le monde s'entend sur la signification des tubercules à leurs diverses périodes d'évolution, dans leurs diverses formes cliniques ; mais il n'en est pas ainsi pour la scrofule : on n'y retrouve pas un néoplasme constant et variant peu d'un organe à un autre. Un scrofuleux est d'abord un enfant soumis à de mauvaises conditions d'hygiène, de nourriture, qui présente des éruptions du cuir chevelu et des muqueuses, entretenues par les vices hygiéniques qui les ont occasionnées ; plus tard se montrent les engorgements ganglionnaires chroniques, puis les affections des os, des articulations, la carie, la tumeur blanche ; les abcès froids ; on peut y ajouter le lupus de la peau et des muqueuses, que la plupart des cliniciens tendent à rattacher à la scrofule. Toutes ces lésions si différentes, même au point de vue de l'anatomie pathologique, sont pour certains médecins dépourvues de lien commun, mais pour d'autres constituent un tout, une affection générale dans laquelle il faudrait même faire rentrer la plupart des faits de tuberculose. Si la scrofule n'est pas une diathèse, il n'est cependant pas douteux que des enfants nés de parents débilités et soumis à une mauvaise hygiène ne soient prédisposés aux lésions que l'on regarde comme scrofuleuses.

On doit envisager la question : 1° au point de vue de l'histologie ; 2° de la clinique. — Si l'on examine, par exemple, la muqueuse du voile du palais atteinte de tuberculose, on verra dans le chorion muqueux des points infiltrés de petites cellules, les vaisseaux considérablement distendus et souvent oblitérés par un véritable thrombus fibrineux, avec développement de cellules géantes entourées de cellules lymphatiques, prismatiques, tuméfiées, analogues aux cellules épithélioïdes de Köster ; ces mêmes lésions, qui représentent un véritable follicule tuberculeux, ont été décrites par M. Kiener dans les séreuses. Bientôt le tissu conjonctif périvasculaire, infiltré de cellules lymphatiques, se confond avec le contenu du vaisseau, et l'on a une agglomération sphérique constituant un tubercule primitif (follicule tuberculeux de Köster, Friedlander, Schüppel, Charcot, Grancher). Dans un cas de tuberculose du voile du palais publié par M. Cornil, il a constaté aussi des tubercules confluents, caséeux au centre, et des ulcérations pharyngées et amygdaliennes avec tuberculose laryngo-pulmonaire et cavernes énormes. Dans le lupus, on retrouve identiquement les mêmes lésions ; c'est du reste dans cette maladie qu'a été inventé le follicule tuberculeux. On n'y rencontre pas la granulation type, mais elle ne se montre pas davantage dans la tuberculose des muqueuses. Faut-il donc identifier le lupus et la tuberculose ? L'étude des symptômes, de la marche clinique, de l'évolution des deux affections, s'y oppose. On trouve des tubercules bien caractérisés dans certaines arthrites fongueuses, parfois même des granulations à centre caséeux : une tumeur blanche peut bien être tuberculeuse, puisqu'on en connaît qui sont syphilitiques, avec production de gommes syphilitiques dans les fongosités articulaires (Lancereaux). Mais il y a aussi des arthrites fongueuses sans tu-

bercules, avec bourgeons charnus simples analogues à ceux de toute plaie.

On peut rencontrer des cellules géantes et des amas de cellules volumineuses, ressemblant au follicule tuberculeux, dans les parois des abcès froids que l'on rapporte à la scrofule. De même, les granulations grises sont loin d'être rares dans le tissu osseux des individus atteints de phthisie granuleuse aiguë, ou encore dans la pachyméningite externe du mal de Pott et dans l'ostéite du spina ventosa. Quant aux gros ganglions strumeux du cou, M. Cornil pense que leur inflammation chronique et les îlots qu'il a décrits dans leur tissu ne permettent pas de les assimiler aux ganglions bronchiques et mésentériques de la tuberculose pulmonaire ou intestinale: leur seul point de ressemblance est la dégénérescence caséeuse. La pneumonie scrofuleuse semble aujourd'hui universellement abandonnée, et la pneumonie caséeuse consécutive aux tubercules ne paraît avoir rien de commun avec la scrofule. Les tuberculoses localisées sont de la tuberculose véritable et non de la scrofule : en effet, l'étendue des lésions tuberculeuses est essentiellement variable ; dans le poumon lui-même, on peut trouver un nodule tuberculeux limité, sous forme de tubercule fibreux ou fibro-caséeux, à un point d'un des lobes, soit au sommet, soit à la base du lobe supérieur, soit même dans le lobe moyen. Dans d'autres faits de tuberculose localisée, il s'agira d'une péricardite tuberculeuse, d'un tubercule cérébral isolé, de tubercules limités aux testicules, à la trompe, à l'utérus. Après avoir fait ainsi large part à la tuberculose, faut-il encore lui donner les arthrites fongueuses, les ostéites, les caries avec développement de cellules géantes? Faut-il lui adjoindre le lupus? Plusieurs raisons s'y opposent : d'abord le tissu de bourgeon charnu avec cellule géante n'a rien de caractéristique, pas plus que le follicule tuberculeux ; on les retrouve dans toutes les plaies anciennes, dans les gommes suppurées, dans le thrombus d'un vaisseau après ligature, dans toutes les inflammations chroniques du tissu cellulaire et aussi dans le sarcome; enfin, on ne peut, par l'anatomie pathologique seule, définir une maladie ou un groupe de lésions. La maladie représente une conception plus large, on ne peut l'enfermer dans le champ d'un microscope; pour la spécifier, il faut avoir recours à l'étiologie, à la marche clinique, aux localisations diverses, à l'examen cadavérique de tous les organes. L'histologie est certes un complément indispensable de nos études, mais pour la distinction en tant qu'espèces morbides de deux maladies dont les productions anatomiques sont voisines, l'examen histologique à certaines phases de leur évolution peut être parfois une cause d'erreur. En effet, si l'on s'en rapportait uniquement au microscope, c'est surtout la syphilis que l'on devrait confondre avec la tuberculose. Les gommes cérébrales, les gommes du rein, sont, à une certaine période, histologiquement semblables au tubercule. Il faudrait donc nier l'observation universelle que la syphilis aboutit à des gommes, ou dire qu'elle se termine par la phthisie. L'histologie peut-elle distinguer une papule squameuse syphilitique d'une papule de psoriasis cutané? une artérite chronique syphilitique de celle qui résulte du rhumatisme ou de la vieillesse? En résumé, des maladies différentes par leur cause et leurs symptômes peuvent donner lieu, à un certain moment de leur évolution, à des productions anatomiques semblables. L'analyse histologique fait constater plutôt la similitude que la différence, les modifications cellulaires étant presque identiques quel que soit l'agent morbide initial; si l'on veut demander plus qu'elle ne le peut à l'histologie, elle répondra par des erreurs. Qu'est-il advenu de la cellule cancéreuse et du corpuscule tuberculeux? Tandis que la tuberculose est définie par l'ensemble des lésions, leur siège, leur évolution, et en particulier par un néoplasme, la granulation tuberculeuse, d'aspect variable suivant ses périodes, la scrofule, comprend une série d'états très différents auxquels s'ajoutent des inflammations banales aiguës ou chroniques dont les plus anciennes tendent à la caséification, terminaison que l'on retrouve dans la syphilis, le sarcome, et certaines pleurésies chroniques qui ne dépendent ni de la tuberculose ni de la scrofule.

Au point de vue de l'étiologie, la syphilis seule est bien définie, bien connue; on connaît son mode de contagion. La tuberculose, inoculable de l'homme aux animaux, l'est-elle de l'homme à l'homme? Quelle est la voie de l'inoculation ; est-ce la peau, la muqueuse digestive ou la muqueuse respiratoire? La théorie de l'inoculation par l'air, et peut-être par un microbe, est séduisante et explique bien des faits, mais sans pouvoir répondre à tous ; elle n'est d'ailleurs qu'une hypothèse. Les distinctions entre la scrofule, la tuberculose et aussi la syphilis doivent être tirées des conditions étiologiques, cliniques, et de l'examen des lésions à l'œil nu; le follicule tuberculeux n'est pas beaucoup plus caractéristique que le corpuscule tuberculeux de Lebert. Du reste, un seul élément n'a que peu de valeur : la bactéridie caractérise le charbon, et pourtant on la retrouve dans les abcès chez les typhiques; le microsporon de la diphthérie ressemble au microsporon d'affections toutes différentes; les fausses membranes des plaques muqueuses enflammées, qui peuvent inoculer la syphilis, sont histologiquement semblables à celles du croup. La médecine traditionnelle fondée sur l'observation des maladies est encore la meilleure base des recherches positives que poursuit notre génération.

M. *Damaschino* croit aux deux diathèses distinctes. L'enfant scrofuleux présente d'abord de la gourme, de la conjonctivite; il n'aura que plus tard des engorgements ganglionnaires, des suppurations chroniques, des lésions viscérales; il sera soumis à une déchéance organique considérable; il deviendra *cocochyme* et sera dès lors un terrain tout préparé pour l'éclosion de la tuberculose. Celle-ci peut d'ailleurs se montrer chez un individu non scrofuleux, mais débilité, soit par un vice héréditaire, et alors se manifester dans le jeune âge, sous forme de méningite tuberculeuse ou de granulie; soit par une affection organique quelconque ou par des excès de tout genre, et revêtir la forme de la phthisie pulmonaire. La croissance, chez l'enfant, la rougeole, la coqueluche, sont autant de causes de dystrophie qui se réunissent parfois et déterminent l'éclosion de la tuberculose; de même, chez l'adulte, les affections cicatricielles ou organiques du tube digestif, ou encore les lésions chroniques de la scrofule, la dégénérescence amyloïde viscérale et l'albuminurie, agiront comme causes débilitantes et mèneront le cachectique ou le scrofuleux à la tuberculose. L'histologie ne peut pas, au moins jusqu'à présent, établir une limite nette entre les deux affections; en clinique on les trouve souvent isolées, souvent aussi intimement unies. La scrofule engendre la phthisie, mais au même titre que toutes les autres causes de déchéance organique.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement de l'épithélioma lingual. — Renversement congénital de la jambe sur la cuisse. — Kyste dermoïde pileux et ossifère des bourses. — Kyste périostique de la première molaire, développé aux dépens du sinus maxillaire. — Présentation d'instruments.

M. *Terrillon* continue la discussion sur le traitement de l'épithélioma lingual. Un homme de quarante-neuf ans entra en septembre 1879 dans le service de M. Verneuil, avec un cancroïde du bord gauche de la langue; ablation avec le thermo-cautère; guérison. En septembre de cette année, récidive dans la partie conservée à gauche et dans la moitié droite; pas de ganglions apparents.

Un autre homme, âgé de quarante-trois ans, entra dans le service de M. Verneuil avec un épithélioma qui avait envahi

toute la partie gauche de la langue et une partie de la moitié droite; le plancher buccal était légèrement atteint; pas de ganglions apparents.

Chez ces deux malades, M. Terrillon a fait l'opération suivante, qui procède de la méthode de Regnoli : incision comme pour la ligature de l'artère linguale; dissection; ablation de la glande sous-maxillaire. Dans les deux cas on découvre quatre ou cinq ganglions indurés et malades. Ligature de l'artère linguale. Pour enlever la langue, on la contourne au-dessus de l'épiglotte avec une aiguille courbe armée d'un fil; on peut ainsi séparer la langue du plancher buccal avec une seule chaîne d'écraseur. Suture de la plaie. Tube à drainage; le moignon de la langue est retenu en avant au moyen d'un fil fixé aux dents. Les deux malades, guéris, parlent un peu et ont retiré un grand bénéfice de l'opération. Les malades seront suivis, et M. Terrillon tiendra la Société au courant des récidives possibles.

Dans une troisième opération, il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui s'aperçut, il y a trois ans, d'une tumeur ulcérée sur le bord gauche de la langue. Le traitement à l'iodure de potassium et au mercure aggrava le mal. M. Terrillon fit l'ablation avec le thermocautère; pas de récidive jusqu'à ce jour. L'examen microscopique n'a pas été fait.

M. *Verneuil* a fait pour la première fois, ce matin, l'opération de Roux et Sédillot : incision du maxillaire inférieur sur la ligne médiane; c'était le seul procédé applicable à ce cas particulier d'épithélioma lingual. Il faut connaître tous les procédés et les appliquer suivant les indications.

— M. *Guéniot* fait un rapport sur une observation de M. E. Périer : luxation congénitale du genou; renversement de la jambe sur la cuisse.

Le 21 août 1880, on présenta à M. E. Périer un enfant nouveau-né avec un renversement de la jambe sur la cuisse. Rien d'anormal pendant la grossesse. Le membre est redressé facilement, mais la flexion est difficile; la luxation se reproduit très vite. Le membre est immobilisé. Le 4 octobre, M. Guéniot voit l'enfant et retrouve la difformité; pas d'atrophie ni de paralysie musculaire; il recommande de tenir le membre allongé, et de faire trois fois par jour une traction avec légers mouvements de flexion.

Depuis, un nouvel exemple de renversement de la jambe a été publié par M. Berthier (de Gray). En 1873, une femme accoucha d'un enfant dont la jambe gauche était fléchie sur la face antérieure de la cuisse; c'était une présentation pelvienne.

— M. *Nepveu* fait un rapport sur une observation de M. *Pilate* (d'Orléans) : kyste dermoïde pileux ossifère des bourses. L'origine congénitale de la tumeur permit de faire le diagnostic. Les parois du kyste étaient fibreuses et tapissées d'épithélium pavimenteux. Le testicule était dense, parsemé de petits kystes à épithélium cylindrique.

L'inclusion testiculaire est excessivement rare, et les faits publiés sont peu probants (Verneuil). Presque toujours l'inclusion est extraglandulaire. Avons-nous ici un cas d'inclusion testiculaire? Une partie de la tumeur siège évidemment dans le testicule, mais il n'est pas démontré qu'elle s'y est développée primitivement.

M. *Verneuil* met en doute, jusqu'à nouvel ordre, l'existence des kystes dermoïdes intratesticulaires. Il n'a pas trouvé d'exemple concluant, et l'observation de M. Pilate n'est pas décisive, parce qu'une partie de la tumeur est extratesticulaire.

M. *Després :* Les auteurs anciens admettaient que les inclusions étaient d'abord abdominales, et qu'elles suivaient le testicule dans sa migration; ici la tumeur est développée dans le mésentère de la glande.

— M. *Magitot* lit un rapport sur un travail de M. *Védier* (de Lille) : accidents multiples survenus dans le maxillaire supérieur d'un adulte, à la suite d'une périostite alvéolaire. L'observation a pour titre : Kyste périostique de la première molaire supérieure droite, développé aux dépens du sinus maxillaire.

Une poche se forme au sommet de l'alvéole, gagne le sinus, et bientôt la tuméfaction gagne l'orbite; la tumeur était dure, non adhérente à la peau, sans propagation vers les fosses nasales. Plus tard, une inflammation violente s'empare de la région, et le pus s'écoule autour de la dent. La dent fut arrachée, et il s'écoula un flot de pus. On découvre les signes d'une périostite chronique. Injections et lavages de la poche. L'orifice s'oblitéra, il se forma un nouvel abcès, et plus tard le maxillaire supérieur se nécrosa en partie; issue de quelques séquestres.

M. *Terrillon* a soigné un homme qui s'était fait réséquer le sommet malade d'une dent; le drainage ne fut pas continué après l'opération. Gonflement douloureux de la gencive; une incision conduit dans une cavité qui était le sinus maxillaire; drainage avec un tube de métal; au bout de cinq mois le kyste était oblitéré.

M. *Farabeuf* a vu, il y a dix ans, une femme de trente-cinq ans qui avait un abcès vers la deuxième petite molaire droite supérieure. Une incision donne issue à un liquide clair. Quelques années après, nouvelle incision. Plus tard encore, M. Farabeuf revoit la malade et est frappé de la quantité de liquide qui s'écoule, eu égard au petit volume apparent de la poche. On constate alors que le kyste pénètre dans le sinus maxillaire, où il produisait un bruit de drapeau; le kyste n'était donc pas adhérent aux parois. Pas de déformation de la face. Si le kyste avait pris naissance dans le sinus, il aurait déformé la face avant d'arriver à la gencive. Injections iodées; drainage; guérison.

— M. *Horteloup* présente, au nom de M. *Morel* (de Cherbourg), une petite filière pour les points lacrymaux.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 11 décembre 1880. — Présidence de M. P. Bert.

Bactéries de la lèpre : MM. Gaucher et Hillairet. — Phénomènes hystériformes chez les cobayes : M. Laborde. — Contraction autonome des vaisseaux : M. Onimus. — Fécondité chez une chienne dératée : M. Picard. — Maladie des faisans : M. Mégnin. — Action du noir animal sur les dissolutions salines : M. D'Arsonval.

M. *Gaucher*, au nom de M. *Hillairet* et au sien, annonce que dans plusieurs cas de lèpre ils ont trouvé des batéries dans les pustules mêmes et dans le sang des malades. Ils se bornent pour le moment à signaler le fait, sans en tirer encore de conclusions au point de vue de la pathogénie de la maladie et de sa contagion.

M. *Poncet* dit qu'au Mexique on ne croit pas à la contagion de la lèpre. L'hérédité de cette maladie a été, au contraire, établie pour la forme anesthésique. Le fait est moins certain pour la lèpre tachetée et la lèpre tuberculeuse.

M. *Hillairet* ne sait pas encore si la lèpre est contagieuse, et il va instituer une série d'expériences pour tâcher de rendre des animaux lépreux par l'inoculation des bactéries prises sur les malades. Quant à l'hérédité, il en a, lui aussi observé des cas incontestables. M. Hillairet pense que la lèpre anesthésique est toujours accompagnée d'altérations du système nerveux. Chez trois malades atteints du *mal rouge de Cayenne*, il a constaté une atrophie musculaire progressive très marquée avant l'apparition des symptômes de la lèpre. Chez plusieurs lépreux, il a trouvé à l'autopsie des altérations des ganglions du grand sympathique, et de véritables tubercules dans la moelle épinière.

— M. *Laborde* rapporte une expérience curieuse qu'il a

faite sur des cobayes. Preyer a montré le premier qu'en donnant deux ou trois petits coups sur le ventre d'un cobaye, on détermine chez l'animal une sorte de catalepsie temporaire: le cobaye mis sur le dos reste quelque temps dans cette position sans exécuter de mouvements. M. Laborde arrive au même résultat en malaxant entre les doigts la peau d'un cochon d'Inde, dans la région épileptogène; l'expérience réussit toujours sur des cobayes femelles; les mâles se montrent complètement réfractaires. M. Laborde rapproche cette susceptibilité nerveuse des cobayes femelles de l'hystérie chez la femme; chez trois hystériques il a pu, en effet, provoquer une paralysie et une anesthésie temporaire de toute une moitié du corps, en malaxant la peau du cou.

— M. *Onimus*, à propos des expériences de MM. Dastre et Morat, sur le grand sympathique, communiquées récemment à la Société, rappelle qu'il ne croit pas à la dilatation des vaisseaux, et que les phénomènes observés par ces auteurs peuvent s'expliquer par la contraction rhythmique et autonome des vaisseaux.

— M. *Pouchet* lit un extrait d'une lettre de M. *Picard*, dans laquelle celui-ci annonce qu'il a remarqué une très grande fécondité chez une chienne dératée depuis quelque temps.

— M. *Mégnin* a étudié avec soin une maladie qui détruit un grand nombre de faisans. Les animaux meurent asphyxiés par suite de la présence dans la trachée d'une quantité prodigieuse de vers rouges que l'on a rapportés à tort au genre Distome, et qui sont en réalité des *Syngamus trachœalis*.

Le meilleur traitement de la maladie consiste à mêler de l'ail et de l'asa fœtida aux aliments, et de l'acide salicylique dans l'eau que boivent les faisans.

— M. *D'Arsonval* rappelle que lorsqu'on filtre sur du charbon animal une solution de sulfate de cuivre, le sel est retenu par le charbon, et l'eau passe seule; avec de l'acétate de cuivre l'action du charbon est encore plus marquée : c'est de l'eau acidulée par l'acide acétique qui sort du filtre. M. D'Arsonval, en se basant sur cette propriété du noir animal, a pu injecter dans l'estomac d'un animal de fortes doses de sels de cuivre, de mercure et même de strychnine, sans accidents. Il pense que l'on pourrait administrer ainsi à un malade une forte dose d'un médicament toxique, qui, retenu par le noir animal, ne serait livré à l'économie que graduellement, par petites quantités.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Du rhumatisme chronique noueux des enfants, M. Moncorvo. L'allaitement par la chèvre nourrice: M. Grellety. — Térébenthine de Chio. Congrès médical de Londres : M. Dujardin-Beaumetz. — Gymnastique respiratoire : M. Dally.

M. *Grellety* dépose sur le bureau un travail sur le *Rhumatisme chronique noueux des enfants* de M. Moncorvo, traduit du portugais et annoté par M. Mauriac (de Bordeaux). L'auteur, à propos d'un cas de rhumatisme chronique noueux observé chez une petite fille de deux ans et demi et guérie par les courants induits, a entrepris sur cette maladie une étude complète, dans laquelle une large place est réservée à la thérapeutique. M. Mauriac, dans ses notes, ajoute aux moyens de traitement indiqués dans l'ouvrage l'emploi des bains de vapeurs térébenthinés.

— M. *Grellety* lit ensuite une note sur l'*allaitement par la chèvre nourrice*. Il a étudié de près la pratique de M. Boudard (de Vichy), et croit que si l'allaitement au sein est préférable à celui par la chèvre, ce dernier du moins est bien supérieur à l'emploi du biberon. On pourra par ce moyen éviter les inconvénients du changement de nourrice, et surtout prévenir les dangers de contamination syphilitique de la nourrice par l'enfant ou inversement. La chèvre est absolument réfractaire à l'inoculation de la syphilis, et donne un lait excellent pendant neuf à dix mois de l'année; de plus, le trayon de sa mamelle se prête facilement à la succion, même pour l'enfant nouveau-né. On peut en outre, en introduisant certaines substances dans la nourriture de l'animal, apporter des modifications notables dans la composition de son lait et obtenir d'excellents effets thérapeutiques chez le nourrisson; tel est le cas, par exemple, pour les enfants syphilitiques, ainsi que M. Fournier l'a fait observer. D'ailleurs, M. Boudard tient des chèvres nourrices à la disposition des membres de la Société qui voudraient expérimenter ce moyen d'allaitement.

M. *Constantin Paul* fait observer que l'allaitement par la chèvre nourrice est employé fréquemment par bien des médecins, et que d'importants travaux ont déjà paru sur la composition du lait de ces animaux, rendu *médicamenteux* au moyen de la nourriture à laquelle on les soumet.

M. *Moutard-Martin* rappelle que ce moyen d'allaitement a déjà été pratiqué à l'hôpital des Enfants assistés, et qu'on projette de créer dans cet établissement une nourricerie de chèvres pour les enfants syphilitiques.

M. *E. Labbé* approuve sans réserve l'emploi de la chèvre nourrice pour éviter la transmission de la syphilis, mais n'aurait pas une bien grande confiance dans la thérapeutique de cette affection au moyen du lait médicamenteux; il croit préférable de n'y avoir recours que lorsqu'on aura échoué dans des tentatives préalables pour faire tolérer au nourrisson l'ingestion directe de doses appropriées des préparations mercurielles ou potassiques.

— M. *Dujardin-Beaumetz* offre à la Société un échantillon de térébenthine de Chio qui lui a été envoyé par M. le docteur Dasque. Cette substance a été l'objet d'études récentes de la part des auteurs anglais pour le traitement et la guérison (?) du cancer de l'utérus. Il fait ensuite connaître les questions de thérapeutique proposées pour le congrès médical qui doit se tenir à Londres en 1881, et demande à la Société si elle croit utile d'en indiquer quelque autre à la commission anglaise.

— M. *Dally* fait une communication sur l'influence des exercices respiratoires sur le développement du poumon et l'ampliation du thorax. Il rappelle à ce sujet un travail qu'il a publié avec M. Chassagne et qui porte sur 16 000 mensurations prises à l'école militaire de gymnastique de Joinville-le-Pont. Dans sa pratique personnelle, il compte aujourd'hui 36 cas dans lesquels il a employé la gymnastique respiratoire et en a retiré des avantages constants. Chez un jeune homme élève de l'École polytechnique, qui à la suite d'une pleurésie gauche présentait de ce côté du thorax un rétrécissement de 6 centimètres, il a obtenu, au moyen des exercices respiratoires auxquels il l'a soumis depuis deux mois, une amélioration considérable, puisqu'on ne trouve plus qu'une différence de 2 centimètres entre les deux côtés de la poitrine. Ces exercices consistent principalement dans les mouvements de développement des bras ou dans la suspension par les membres supérieurs avec inspiration nasale profonde et expiration buccale. Il pense qu'il y a un grand avantage pour l'hygiène et la thérapeutique du poumon à ne pas laisser en permanence dans les alvéoles une couche d'air à peine renouvelée, ainsi que cela se produit fréquemment dans la respiration superficielle ordinaire.

Après avoir employé les différents spiromètres et en avoir reconnu les inconvénients, M. Dally se sert aujourd'hui d'un procédé clinique de spirométrie dont il est l'inventeur. On prescrit au malade de faire une inspiration très profonde et de compter à haute voix en retenant son souffle; la capacité thoracique est proportionnelle au chiffre plus ou moins

élevé auquel peut arriver, dans cette numération parlée, l'individu soumis à l'expérience. Ainsi, un individu bien constitué comptera jusqu'à 40 en moyenne, tandis qu'un phthisique confirmé comptera à peine jusqu'à 6 ou 8. Le jeune homme dont il a rapporté l'observation ne pouvait arriver avant le traitement qu'au nombre 15; aujourd'hui il atteint le nombre 27. Les résultats de cette méthode spirométrique sont d'ailleurs à très peu de chose près identiques, pour un même individu, qu'il compte vite ou lentement.

M. *Ferrand* rappelle à ce propos une curieuse statistique publiée en Suisse, et démontrant la plus grande fréquence de la phthisie pulmonaire dans les cantons dont les habitants exercent des professions sédentaires, telles que l'horlogerie, et sa rareté relative dans les cantons où l'agriculture occupe la majorité des individus. Il attribue cette différence à la gymnastique respiratoire à laquelle sont soumis les gens qui travaillent à la terre.

M. *Moutard-Martin* s'étonne de voir limiter la genèse de la phthisie pulmonaire à la gymnastique respiratoire. Ne doit-on pas chercher des causes dominantes dans l'exercice général, dans l'hygiène, dans la vie au grand air pour le paysan, ou, au contraire, au sein d'une atmosphère confinée pour l'ouvrier des usines?

M. *Ferrand* fait observer que les ouvriers en horlogerie, sur lesquels porte la statistique suisse, ne travaillent pas dans des ateliers, mais bien chez eux. Cependant il reconnaît que si l'absence de gymnastique respiratoire est une cause importante du développement de la phthisie pulmonaire, elle est loin d'être la seule dont on doive se préoccuper.

— A cinq heures un quart, la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Note sur quelques particularités de l'action æsthésiogène des vésicatoires, par le docteur J. Grasset.

Ce travail, qui complète l'intéressant mémoire publié par M. Grasset dans la *Gazette hebdomadaire* (1880, n° 1), a pour objet de répondre à l'interprétation qu'a donnée M. Bordier des effets anesthésiques produits par le jaborandi ou le vésicatoire. Citant des faits observés par M. Gubler, M. Bordier soutenait que la sensibilité d'un tissu était en raison directe de la quantité de sang qui le traverse et des phénomènes d'échange dont il est le siége. Il en concluait que l'hyperhémie déterminée par l'application d'un sinapisme ou d'un vésicatoire pouvait expliquer le retour de la sensibilité cutanée. M. Grasset fait remarquer que la sensibilité revient, sous l'influence du vésicatoire, non seulement au niveau de la surface hyperhémiée, par suite de son application, mais dans tout le membre inférieur; que l'anesthésie disparaît même parfois plus tôt dans les autres parties du membre que dans la région sur laquelle se trouve appliqué le vésicatoire; enfin, qu'il n'y a aucun rapport apparent entre la sensibilité restaurée et les divers territoires nerveux. L'action æsthésiogène du vésicatoire se rapproche donc de celle que déterminent les courants électriques ou la métallothérapie. De son nouveau travail M. Grasset déduit les conclusions suivantes: L'action æsthésiogène du vésicatoire est des mieux établies; mais, contrairement à ce qu'il avait cru pouvoir affirmer dans son premier mémoire, elle n'est pas persistante. Avant de reparaître complètement, l'anesthésie est revenue plusieurs fois transitoirement dans différentes parties du côté gauche. A côté de cette action æsthésiogène, le vésicatoire a une action thermogène qui marche, en général, avec la première, mais qui peut en être indépendante et qui peut se produire seule. La marche de la sensibilité présente des particularités très curieuses quand elle apparaît ou disparaît. Elle marche par membres et segments de membre, et ne sort pas des territoires nerveux. Quand le vésicatoire agit, il peut rendre la sensibilité à la périphérie du membre avant de rendre sensible sa surface d'application. L'effet æsthésiogène ne dépasse pas certaines divisions du corps (membre supérieur, membre inférieur, partie postérieure du tronc, partie antérieure du tronc, face), ou parfois leurs subdivisions (ainsi le vésicatoire appliqué au mollet ne rend la sensibilité qu'au segment inférieur du genou). L'action æsthésiogène n'est pas purement périphérique, soit circulatoire, soit nerveuse. Il doit y avoir une action centripète sur les zones de l'écorce cérébrale, et l'on peut admettre provisoirement que dans la capsule interne il y a des fibres correspondant aux régions du corps où reparaît la sensibilité. Enfin cette action æsthésiogène peut être séparée de l'action locale, hyperhémiante du vésicatoire, et rapprochée de l'action de l'électricité et de la métallothérapie. (*Montpellier médical*, juillet 1880.)

De quelques paralysies d'origine spinale et périphérique, par M. Eisenlohr.

Dans un cas de paralysie saturnine, remarquable par sa longue durée, la multiplicité et l'étendue des phénomènes de paralysie, la gravité des syptômes terminaux, l'auteur constata à l'autopsie :

1° L'intégrité absolue du système médullaire ;

2° Une atteinte plus ou moins profonde des racines motrices antérieures et des filets terminaux des muscles atteints;

3° Des lésions presque généralisées dans tout le système musculaire, mais particulièrement graves dans les extenseurs. Ces lésions ressortissent à trois types différents : 1° amincissement de la fibre musculaire avec conservation de la striation et prolifération des éléments cellulaires du périmysium; prolifération plus abondante et disparition partielle de la striation; 3° enfin, prolifération énorme avec formation de tissu cellulaire nouveau et atrophie complète des éléments contractiles.

La conclusion à tirer de ce fait est que les paralysies saturnines sont, du moins en partie, d'origine périphérique. De plus, il n'y a pas à proprement parler d'histologie spéciale de la dégénérescence musculaire saturnine; toutes les formes dégénératives peuvent se rencontrer dans cette intoxication.

Deux cas de paralysie infantile sont rapportés dans leurs plus minimes détails, afin de démontrer qu'il ne saurait être question dans cette affection d'une atteinte primitive des grosses cellules des cornes grises antérieures (poliomyélite antérieure primitive de Charcot. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

BIBLIOGRAPHIE

Pratique journalière de la chirurgie, par Ad. Richard, chirurgien de l'hôpital Beaujon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; avec 215 figures originales intercalées dans le texte; 2e édition, revue et augmentée d'après les notes de l'auteur par le docteur J. Crauk. Paris, 1880, Germer Baillière.

Excellents conseils, sous une forme originale et élégante; clarté et concision dans l'exposé des faits: exclusion des théories et des discussions doctrinales: ces qualités si rares dans un ouvrage ont fait le succès de ce volume. Œuvre d'un praticien éminent, chaque jour aux prises avec les mille difficultés de la chirurgie en action, c'est au praticien qu'il s'adresse. La première édition était depuis bien longtemps épuisée, et la mort de l'auteur laissait son entreprise inache-

vée. Nous devons remercier le docteur Crauk, assistant de Ad. Richard dans les dix dernières années de sa vie, d'avoir songé à nous donner cette édition nouvelle, accrue de quelques chapitres écrits sur les notes laissées par son maître et son initiateur.

Ces derniers chapitres sont consacrés aux plaies de tête, aux fractures et aux tumeurs du crâne, aux polypes muqueux des fosses nasales, aux productions polypeuses dites naso-pharyngiennes. On y retrouve l'élégance et l'originalité de style, le sens pratique qui font la valeur de l'ouvrage. Cependant, il est nécessaire de l'avouer, sur certains points la science, dans ces dernières années, a fait des progrès indiscutables, qui ne nous permettent plus d'accepter la pratique suivie il y a dix ou quinze ans. La méthode antiseptique a modifié profondément le manuel opératoire et les détails d'exécution de l'ovariotomie, de l'ablation des tumeurs, de l'ouverture des abcès, des kystes hydatiques et même de l'empyème. Les préceptes judicieux donnés par Ad. Richard perdent, non de leur valeur clinique, mais de leur importance pratique, par l'emploi général aujourd'hui du pansement de Lister. L'aspirateur de Potain remplace avantageusement dans la thoracocentèse le trocart à baudruche, et les procédés de résection temporaire d'Ollier, de Bœckel, etc., montrent qu'il est des chemins différents pour arriver au même but. En rejetant toutes autres voies que celles frayées par l'ablation du maxillaire supérieur, par la voûte palatine ou le squelette lacrymal pour l'extirpation des polypes de la base du crâne, Richard fait preuve d'un exclusivisme par trop absolu et que nous ne saurions approuver.

L'exclusivisme, l'absolutisme dans les opinions scientifiques comme dans les conseils pratiques, tel est en effet, pour certains le mérite, pour d'autres le défaut des ouvrages de ce genre. Il est juste de dire à la louange de Richard que tout son livre témoigne d'un bon sens supérieur, d'un esprit éminemment clinique et d'un jugement sûr. Ses indications sur le traitement des plaies et des abcès, sur la possibilité de diriger la cicatrisation, méritent d'être méditées. Les chapitres consacrés aux fractures et aux luxations sont de tous les meilleurs. Certes, l'appareil ouaté amidonné a bien peu de partisans aussi convaincus que Richard; le *Scultet* plus ou moins modifié est actuellement assez délaissé; mais ces appareils, malgré leur importance, ne sont qu'un moyen mécanique de satisfaire à certaines indications. Ces indications sont constantes. Les mettre en relief, les graver dans la mémoire du lecteur par quelque comparaison frappante, par un tour de phrase original, telle est la grande qualité du chirurgien de Beaujon. Il excelle dans le diagnostic, dans le talent si rare de fixer l'attention sur le signe caractéristique, sinon pathognomonique. Les quatre formes des luxations de la hanche ont chacune leur symptôme prédominant: une attitude spéciale du membre inférieur. Adduction, flexion, extension, abduction, caractérisent respectivement les luxations iliaque, ischiatique, pubienne et ovalaire. Dans les lésions traumatiques du genou, commencez l'examen par la rotule; dans les luxations du pied on triomphe à l'instant des difficultés de la réduction par la flexion du membre; au coude, une fracture peut se cacher, rien ne masque une luxation : préceptes nets, concis, faciles à retenir. Dans les fractures comme dans les luxations, Richard fait jouer un rôle excessif à l'action musculaire. Au point de vue général, le diagnostic des luxations est dans l'accord des signes obligés. Une fracture que l'on soupçonne existe presque toujours; une luxation qu'on ne fait que soupçonner n'existe jamais.

Les hernies, les lésions des voies urinaires, des organes génitaux de l'homme et de la femme, les maladies de l'anus et du rectum, du sein, les affections oculaires, les tumeurs blanches et le pied bot, enfin la syphilis, sont étudiés avec le même esprit clinique dans les parties suivantes de l'ouvrage. Ces chapitres abondent de ces préceptes judicieux et frappants, dont nous devons citer quelques-uns.

Jamais une hernie ordinaire inguinale n'arrive d'emblée dans les bourses. L'impatience du tube intestinal pour toute striction est la cause de tous les symptômes graves des hernies, et comme il y a tous les degrés possibles de striction, il y a tous les degrés possibles d'étranglement. La dilatation est par excellence le traitement des rétrécissements blennorrhagiques. L'ennemi constant des dysuriques, c'est l'urine. C'est par l'urine que la plupart succombent. Le spéculum plein doit être toujours préféré. La sonde utérine est vraiment la boussole qui nous guide et presque toujours sûrement, dès que l'exploration ordinaire a laissé de l'hésitation. L'appareil génital externe est, non pas analogue, mais identique dans les deux sexes. Dans les fistules de l'anus compliquées il faut faire trop pour faire assez. On peut faire trop dans l'opération des hémorrhoïdes, il est rare qu'on ne fasse pas assez. Toujours les abcès du sein sont précédés de gerçure du mamelon. Dès qu'une tumeur du sein est vraiment énorme, soyez assuré qu'il s'agit d'une affection bénigne. La tumeur blanche est essentiellement une maladie de la synoviale, laquelle devient le siège de fongosités. Dans le redressement, vous n'obtiendrez l'extension que vous cherchez qu'en forçant la flexion. Le traitement de toutes les affections articulaires, sans exception, est une œuvre de la main. Il n'est permis d'amputer que pour sauver la vie. Dans la syphilis, il n'y a de contagieux que les accidents secondaires. Dans la syphilis, le mercure est le vrai remède, le vrai contre-poison; l'iodure potassique, masqueur rapide et puissant, est un grand médicament, un remède médiocre et peut-être nul.

Ces quelques citations, aussi bien qu'une analyse minutieuse, font juger la nature et les tendances de l'ouvrage. Gravés habituellement en lettres capitales, ces courts aphorismes frappent la vue du lecteur et mettent en jeu son attention et bientôt son jugement. Le livre entier demande à être lu et médité. La science fait chaque jour de nouvelles conquêtes et la pratique s'inspire de ces découvertes récentes; mais en présence du malade, dans la discussion du diagnostic, dans la détermination des indications thérapeutiques et des moyens à employer pour y satisfaire, le jeune chirurgien est heureux d'avoir présent à l'esprit un de ces aphorismes, un de ces préceptes concis, que Richard excelle à formuler. De nombreuses figures rendent plus aisées la lecture et la compréhension de certains passages difficiles, malgré la clarté de l'auteur. Toutefois celles qui ont pour objet la représentation des lésions du fond de l'œil pourraient être, sans inconvénient supprimées. Elles ne peuvent donner au lecteur aucune idée exacte de l'aspect des parties dans l'examen ophthalmoscopique.

Dr J. Chauvel.

VARIÉTÉS

LE DÉCANAT DE M. VULPIAN (1875-1881).

La section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique vient d'être réunie à l'effet de nommer, pour une nouvelle période de cinq années, les doyens de Faculté dont les pouvoirs expirent en 1881. M. le professeur Vulpian a cru devoir, à cette occasion, soumettre à ses collègues des scrupules, fort honorables sans aucun doute, mais qui n'ont pu que rendre plus éclatante la manifestation qu'a déterminée sa proposition. Les professeurs de la Faculté de Paris ont écrit à leur doyen (1) pour le prier de conserver des fonctions qu'il avait remplies avec tant de zèle, d'honnêteté et de

(1) Voici la lettre de MM. les professeurs:

« Paris, 25 novembre 1880.

» Monsieur le Doyen,

» Le Conseil supérieur de l'instruction publique devant s'occuper dans un avenir prochain du mode de nomination des doyens des Facultés, il importe beaucoup à notre Compagnie que vous consentiez à rester à sa tête. Les services que vous avez déjà rendus, à la Faculté, nous font vivement désirer que vous consentiez à conserver le décanat, et nous venons vous demander de vous rendre aux vœux de vos collègues. »

distinction, depuis le vote qui l'avait appelé à diriger les délibérations de la première Faculté de France. A l'unanimité, ils lui ont affirmé leur confiance et leur gratitude. La lettre adressée à M. le doyen Vulpian l'a déterminé, comme on l'espérait, à accepter pour une nouvelle période la lourde tâche du décanat. Elle lui a de plus inspiré une résolution que nous ne saurions trop louer. M. Vulpian a cru devoir consigner dans un tableau qu'il a soumis à l'assemblée des professeurs, un résumé de la situation comparative des divers services de la Faculté en 1875 et en 1881. Ce compte rendu sommaire de la gestion du doyen, cet exposé lucide des améliorations réalisées depuis son avènement au décanat, nous sommes heureux de pouvoir le présenter à nos lecteurs. Responsable du maintien de l'ordre; chargé, ce qui n'est point toujours facile, de conserver au sein de la Faculté l'harmonie de tous les services, le doyen peut et doit s'enorgueillir de ce qui a été obtenu par lui ou par ses collègues en vue de rendre plus riche et plus prospère l'institution dont il est le chef. Et lorsque, après une période quinquennale de dévouement et de labeur, il peut énumérer les améliorations qu'il a réalisées; alors surtout que, grâce à la coopération de ses collègues, grâce aux dispositions bienveillantes des pouvoirs publics, il a pu, en si peu d'années, faire de si grandes choses, il lui est permis de les annoncer simplement et de ne point être surpris des marques unanimes de respect et de sympathie qu'il a reçues de toutes parts.

Nous allons résumer le plus rapidement possible le texte de l'exposé analysé par le doyen dans la dernière assemblée des professeurs.

§ Ier. — Administration

Les services du secrétariat de la Faculté étaient en souffrance, en raison de l'absence de registres de correspondance et d'archives, en raison surtout de la confusion créée par suite de l'insuffisance du personnel. Le secrétariat a donc été divisé en trois sections distinctes : 1° personnel (affaires administratives, scolaires et contentieuses); 2° inscriptions, consignations, examens ; 3° comptabilité. Comme dans les ministères et dans les grandes administrations, des registres spéciaux avec numéros d'ordre ont été établis, de telle façon que les dossiers relatifs à tous les professeurs et agrégés, les lettres échangées entre eux et l'Administration, les pièces de comptabilité, etc., puissent être rapidement retrouvés. Les procès-verbaux des assemblées de la Faculté et les résolutions prises par la Commission scolaire ont été rédigés avec le plus grand soin et recopiés dans un registre spécial.

Enfin, on a institué, depuis 1875, un système de correspondance permanent avec les familles des étudiants. Non seulement ceux-ci sont toujours reçus à la Faculté pour y recevoir les renseignements dont ils ont besoin, les conseils et la direction qui leur sont nécessaires; mais leurs familles sont tenues au courant de tous les actes qu'ils ont accomplis. Elles sont informées du résultat des examens subis le jour même où ces examens ont eu lieu. Tous les trois mois, les familles des étudiants qui n'ont pas pris leur inscription réglementaire sont priées de faire connaître à la Faculté les motifs de cette irrégularité. Tous les ans, à l'expiration de l'année scolaire, chaque famille, sans exception, reçoit un bulletin établissant la scolarité de l'élève.

Un système spécial de registres et de fiches permet d'établir ainsi au secrétariat les dossiers concernant tous les élèves, leurs inscriptions, leurs consignations, leurs mises en série pour les examens, etc.

On ne saurait trop louer le zèle et l'intelligence qui ont présidé à toutes ces améliorations, ainsi que l'organisation nouvelle du service de la comptabilité. M. Pinet, secrétaire de la Faculté, qui apporte dans ses relations avec les élèves autant d'aménité que de fermeté, mérite les plus grands éloges pour le soin qu'il a mis à perfectionner les services dont il est chargé.

§ II. — Personnel

En 1875, le personnel de la Faculté était de 125 personnes : professeurs, 29; agrégés, 26; fonctionnaires, employés, préparateurs, chefs de clinique, prosecteurs, aides d'anatomie, 46; gens de service, 24.

En 1880, le personnel est de 252, savoir : professeurs, 33; agrégés, 34; fonctionnaires, employés, chefs de clinique ou de laboratoire, préparateurs, prosecteurs, aides d'anatomie, etc., 100; gens de service, 85.

En plus, 127, savoir : 4 professeurs, 8 agrégés, 54 fonctionnaires et employés, 61 gens de service.

§ III. — Enseignement

Cette partie si importante des services de la Faculté a été l'objet d'améliorations très importantes qui ont permis de donner à l'enseignement, sous toutes ses formes, une extension des plus considérables. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur le résumé suivant.

I. *Création de chaires magistrales.* — Chaire de clinique des maladies mentales, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques ou cutanées, des maladies des yeux.

II. *Création de dix cours auxiliaires.* — Cours auxiliaire de physique, de chimie, d'histoire naturelle, de pathologie interne (2), de pathologie externe (2), d'accouchements, de physiologie, d'anatomie pathologique.

III. *Organisation des exercices pratiques.*— Exercices pratiques de physique, de chimie, d'histoire naturelle, de dissection, de physiologie, d'histologie, de médecine opératoire, d'anatomie pathologique.

IV. *Création de préparateurs de cours.* — Cours de pathologie externe, de pathologie interne, d'accouchements, d'hygiène, de médecine légale, d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

IV (*bis*). *Organisation du service chirurgical.*

V. *Organisation de conférences de médecine légale pratique à la Morgue.*

VI. *Laboratoires.* — Extension donnée à l'enseignement dans tous les laboratoires, par suite d'une meilleure installation matérielle, de l'augmentation des crédits, de l'accroissement du personnel et de l'outillage scientifique. On doit citer particulièrement les laboratoires de chimie, de pharmacologie, de pathologie expérimentale et comparée, d'histologie, de physiologie, de thérapeutique, etc., etc.

VII. *Création de laboratoires.* — Laboratoire de thérapeutique et de pathologie générales, des maladies des enfants, des maladies mentales, des maladies des yeux, des maladies syphilitiques et cutanées, de médecine opératoire pratique.

VIII. *Musées.* — *a.* Musée Orfila : 1° restauration des pièces anatomiques du musée; 2° renouvellement de la collection de poissons; 3° renouvellement de la collection des serpents; 4° classement des plantes et produits divers provenant de l'Exposition de 1867; 5° publication du catalogue du musée. — *b.* Musée Dupuytren : 1° augmentation du nombre des pièces; 2° restauration des pièces; 3° établissement de l'inventaire; 4° publication du catalogue, qui forme 5 volumes, avec planches.

IX. *Bibliothèque.* — 1° Classement des ouvrages; 2° établissement de l'inventaire; 3° rédaction du catalogue (en voie d'exécution); 4° établissement d'un règlement pour le service de la bibliothèque; 5° organisation d'un service pendant les vacances.

X. *Application du décret du 20 juin 1878.* — 1° Les deux baccalauréats exigés de tout étudiant en vue du doctorat, lors de la prise de la première inscription; 2° suppression des examens de fin d'année; 3° modifications du régime des examens; 4° obligation des travaux pratiques; 5° épreuves pratiques de dissection et de médecine opératoire devenues éliminatoires; 6° extension considérable donnée à l'enseignement de l'anatomie; 7° organisation nouvelle de l'adjuvat et du prosectorat; 8° réforme complète de l'enseignement de la médecine opératoire pratique; 9° création de bourses d'études données au concours.

§ IV. — Matériel

On sait que, grâce aux démarches instantes faites auprès de la Commission du budget par le doyen et par d'auters membres de la Faculté, MM. Gavarret et Broca, des subsides considérables ont été votés pour l'agrandissement des bâtiments et l'aménagement des salles de collections de la Faculté. Nous résumons ici ce qui a été fait depuis cinq ans, pendant le décanat de M. Vulpian, et ce qui est en voie d'exécution.

I. *Annexion à la Faculté des maisons et dependances sises rue Hautefeuille*, 30, *et rue de l'Ecole-de-Médecine*, 6, 8, 10. — Installation dans ces bâtiments : 1° du laboratoire de chimie, qui a reçu une extension très considérable; 2° du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, et d'une salle pour les conférences pratiques de pathologie expérimentale; 3° du laboratoire de thérapeutique; 4° du service des archives; 5° d'une buanderie; 6° d'un vaste dépôt dans lequel sont classés, dans un ordre très méthodique, tous les ouvrages qui ne trouvent pas place dans la bibliothèque, et qui étaient entassés antérieurement dans des dépôts où il était impossible de pénétrer; 7° établissement de six salles d'examens, dont deux sont pourvues de gradins et peuvent servir ou servent de salles pour les cours auxiliaires; 8° installation du cabinet de physique, qui a été notablement agrandi.

II. *Agrandissement du laboratoire de pharmacologie.* — Appropriation de la salle de lecture de la bibliothèque.

III. *Ecole pratique.* — 1° Agrandissement du laboratoire d'histologie; 2° agrandissement du laboratoire de physiologie; 3° établissement d'un laboratoire de pathologie et thérapeutique générales; 4° appropriation du laboratoire de médecine opératoire.

IV. *Ancien collège Rollin.* — 1° Etablissement de huit pavillons de dissection, de salles de dépôts, etc.; d'un cabinet et d'un laboratoire pour le chef des travaux anatomiques; d'un cabinet pour le chef du matériel; 2° laboratoire spécial pour M. Sappey, professeur d'anatomie; 3° appropriation de locaux pour l'installation de divers services concernant les travaux pratiques : exercices pratiques d'histoire naturelle, de chimie, de physique, de physiologie, d'anatomie pathologique, d'histologie; 4° appropriation d'un local pour l'installation du laboratoire de chimie biologique; 5° établissement de deux amphithéâtres.

V. *Jardin botanique.* — Construction d'un logement pour le jardinier.

VI. *Cliniques.* — 1° Charité : installation des laboratoires de clinique médicale et chirurgicale. — Hôtel-Dieu : installation des laboratoires de clinique médicale, chirurgicale et ophthalmologique. — 3° Necker : *a.* appropriation de locaux pour l'installation du laboratoire de clinique médicale de M. Potain; *b.* installation du service de clinique chirurgicale de M. Broca, service qui a été supprimé à l'hôpital des cliniques de la Faculté; *c.* appropriation de locaux pour l'installation du laboratoire de clinique chirurgicale. — 4° Hospice des Enfants assistés : appropriation de locaux pour l'installation du service de clinique des maladies des enfants et pour l'installation d'un laboratoire. — 5° Asile Sainte-Anne : appropriation de locaux pour l'installation du service clinique des maladies mentales et pour l'installation d'un laboratoire. — 6° Hôpital Saint-Louis : appropriation de locaux pour l'installation du service clinique des maladies syphilitiques et cutanées, et d'un laboratoire. (*Nota.* Ce service n'est pas encore complètement organisé.)

VII. *Morgue.* — Appropriation de locaux pour l'installation d'un laboratoire et pour l'organisation de conférences pratiques de médecine opératoire.

VIII. *Construction d'un hôpital pour la clinique d'accouchements.*

IX. *Reconstruction de la Faculté de médecine proprement dite.*

X. *Reconstruction de l'Ecole pratique de la Faculté.* — Projet primitif abandonné comme insuffisant. Préparation d'un nouveau projet, comprenant les terrains compris entre les rues de l'Ecole-de-Médecine, Antoine-Dubois, Racine et le boulevard Saint-Michel.

§ V. — BUDGET

Le budget de la Faculté s'est accru d'une manière notable depuis cinq ans. Pour 1875, le budget ordinaire s'élevait à 588 140 fr. 53 c.; pour 1880, il est de 1 106 167 fr., soit une augmentation de 518 026 fr. 47 c.

Cette augmentation se décompose ainsi : 1° personnel, 441 219 fr. 33 c.; 2° enseignement, 75 604 fr. 28 c.; 3° matériel, 1202 fr. 86 c.

L'augmentation la plus importante porte sur le personnel : les crédits, qui en 1875 étaient de 508 300 fr. 67 c., ont été portés à 922 520 fr. Le traitement des professeurs a été porté successivement de 10 000 à 13 000 fr., puis à 15 000 fr. Le traitement des agrégés a été porté de 2000 à 4000 fr. Le reste de l'augmentation se répartit sur les traitements des préparateurs et la création de divers emplois.

Le service de la bibliothèque a été complètement réorganisé. Le budget, qui en 1875 était de 10 500 fr., savoir : personnel, 8500 fr.; matériel, 2000 fr., est de 35 500 fr., savoir : personnel, 27 000 fr.; matériel, 8500 fr. On ne compte pas ici les crédits extraordinaires, qui eu 1879 se sont élevés à 9000 fr.

En dehors du budget ordinaire, dont nous venons de faire connaître les chiffres, il y a lieu de tenir compte des crédits extraordinaires qui nous ont été alloués pour l'acquisition d'instruments, pour travaux extraordinaires, à savoir : en 1876, 49 062 fr. 15 c.; en 1877, 256 888 fr. 18 c.; en 1878, 163 079 fr. 97 c.; en 1879, 306 886 fr. 86 c.

Tels sont, en résumé, les résultats obtenus depuis 1875. Dans une période de cinq années, la Faculté de médecine de Paris a pu voir ses bâtiments et les services qui en dépendent mis en rapport avec les nécessités de l'enseignement médical tel qu'il doit être aujourd'hui compris. Le nombre des professeurs et des agrégés a été augmenté; leur situation matérielle a été notablement accrue; des cours complémentaires, des exercices pratiques, des conférences spéciales ont été institués. Ces heureuses réformes et la situation si prospère au point de vue moral et matériel de la Faculté de médecine de Paris sont dues à l'habile administration de M. le docteur Vulpian, que l'on doit féliciter hautement d'avoir bien voulu consentir à conserver ses importantes fonctions.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. BRUTALITÉ D'UN INFIRMIER. — Nous avons signalé les faits de brutalité accomplis par un infirmier nommé Toussaint, sur un malade atteint de fièvre typhoïde, en proie au délire, et auquel on jugea à propos de mettre la camisole de force. Le directeur de l'hôpital ayant déféré le coupable à la justice, celui-ci a été traduit en police correctionnelle et condamné. Il résulte d'une discussion qui a eu lieu au Conseil municipal dans la séance du 9 décembre, que la sœur chargée de surveiller le service de nuit (le fait s'est passé la nuit) n'était pas à son poste. M. le directeur de l'Assistance publique a fait procéder à son remplacement.

Il y aurait, comme on l'a dit au Conseil, grand avantage à ce que la camisole de force ne pût être employée que sur l'ordre du médecin ou de l'interne de garde; ce qui deviendrait possible, même la nuit, si, conformément à la proposition de M. Georges Martin, les salles de malades étaient reliées par un fil télégraphique avec la salle de garde des internes. L'interne de service pourrait être ainsi appelé sans que le malade atteint de fièvre chaude fût quitté un instant par l'infirmier.

On avait dit que le malade de l'hôpital Saint-Antoine avait succombé aux suites des violences qu'il avait subies. Mais, dit M. le directeur de l'Assistance publique, « à la suite de l'autopsie, le docteur Brouardel a déclaré qu'une affirmation de ce genre était inadmissible. »

Une lettre adressée aux journaux par les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Antoine (ou, du moins, que nous trouvons dans le *Petit Journal*) proteste contre les insinuations et les accusations dont le directeur de cet hôpital a été l'objet à cette occasion.

M. PERSONNE. — M. Personne, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir subitement. Chose tristement remarquable : c'est, depuis un temps assez court, le cinquième exemple de mort soudaine parmi les membres de la Compagnie : Chauffard, Broca, Delpech, Peisse et Personne; et, sauf le premier, qui paraît avoir succombé à une rupture du cœur ou des gros vaisseaux, les autres ont été emportés par l'angine de poitrine. Il est du moins à notre connaissance que Delpech et Personne avaient présenté les symptômes d'une affection cardiaque, et Peisse ceux d'une affection de l'aorte.

Personne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, était un chimiste des plus distingués, remarquable surtout par la précision et la rigueur de ses expériences. On lui doit des recherches importantes sur ses transformations chimiques du chloroforme dans l'économie, sur les décompositions spontanées, sur ses propriétés conservatrices, sur le chloral, sur le dosage du mercure et de l'iodure de potassium par les

liqueurs titrées, sur les combinaisons des oxydes de manganèse, etc.

Personne a été pendant quelque temps un collaborateur précieux de la *Gazette hebdomadaire*.

CRÉATION D'UN INSTITUT D'HYGIÈNE A MONTPELLIER

Depuis plusieurs années, les études faites en vue de déterminer expérimentalement les mesures à conseiller dans le but d'améliorer les conditions hygiéniques des individus et des sociétés se perfectionnent chaque jour. Les congrès, les sociétés et les journaux d'hygiène se multiplient. L'hygiène tend à devenir une science positive. Aussi ne peut-on que louer les entreprises semblables à celle dont M. Bertin (de Montpellier) nous adresse le programme. Elle a pour but de fonder à Montpellier un Institut complet d'hygiène, comprenant des laboratoires et un musée. Celui-ci, pour être profitable, devrait renfermer des échantillons de toutes les substances utiles et nuisibles à l'homme, des instruments, des appareils, des vêtements, des aliments, etc., etc. M. Bertin n'hésite pas à tout réclamer. Il s'adresse :

1° Aux *producteurs* et aux *commerçants*, en leur demandant des substances alimentaires et les moyens de conservation qui leur conviennent, des matières et tissus d'habillement (modèles de vêtements, cosmétiques, parfumerie, étoffes imperméables, corsets, chaussures, etc.);

2° Aux *fabricants* et *manufacturiers* qui pourraient fournir des appareils de balnéation, d'hydrothérapie, de chauffage, d'éclairage, de ventilation, etc., des mobiliers scolaires, des instruments d'optique, des appareils enregistreurs, etc.;

3° Aux *usines* et aux *grandes compagnies*, qui feraient connaître les galeries et cloisons protectrices, les cheminées, les fumivores, ventilateurs, soupapes de sûreté, appareils extincteurs d'incendie, appareils de désinfection, avertisseurs de tout genre;

4° Aux *administrations publiques*, qui possèdent des spécimens d'appareils ou des modèles de vêtements (systèmes d'égouts, d'aqueducs, de conduites d'eau ou de gaz, de latrines, etc., appareils d'ambulance, objets de vêtement et d'équipement militaires, etc.).

5° Aux *officiers* et *inspecteurs sanitaires*, aux *ingénieurs*, *architectes*, *inventeurs de toute catégorie*, aux *voyageurs*, aux *auteurs de cartes géographiques* ou *géologiques*, et même aux *particuliers*.

M. Bertin promet d'inscrire à perpétuité sur toutes les offrandes, *qui ne pourront jamais être aliénées ni échangées* (à moins d'être en double exemplaire), le nom du donateur, de faire connaître celui-ci dans les catalogues des collections, etc. Il faudra cependant se mettre en garde contre les spécimens des instruments ou appareils destinés uniquement à faire connaître dans un but de réclame le nom de leur inventeur. M. Bertin demande que les donations adressées au Musée d'hygiène de la Faculté de Montpellier soient accompagnées d'une note contenant : la désignation de l'objet, son origine ou provenance, sa valeur pécuniaire, sa description et l'indication de son fonctionnement, les considérations hygiéniques auxquelles il répond, les noms, qualités et adresse du donateur, les conditions spéciales que celui-ci met à sa donation. Si les objets offerts étaient d'un transport difficile ou d'une dimension considérable, les donateurs sont priés de prévenir avant de les expédier, afin d'éviter à l'Institut la nécessité d'une réexpédition, dans le cas où, pour un motif ou pour un autre, ces objets ne pourraient être acceptés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés : M. Marchant, prosecteur, en remplacement de M. Peyrot, appelé à d'autres fonctions; M. Fauvel (Henri-Lucien-Sulpice), préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Hanriot, appelé à d'autres fonctions; M. Brissaud, chef du laboratoire de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. de Beurmann, appelé à d'autres fonctions; M. Ribemont, chef de clinique d'accouchements, en remplacement de M. Budin, dont le temps d'exercice est expiré; M. Pignot, préparateur du cours d'histoire et de la chirurgie (emploi nouveau); M. Verrier, préparateur du cours auxiliaire d'accouchements.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Par suite du décès de M. le docteur Delpech, médecin de l'hôpital Necker, et de l'admission à l'honorariat de MM. Oulmont, médecin de l'Hôtel-Dieu; Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis, arrivés à la limite d'âge, les mutations suivantes dans les hôpitaux viennent d'avoir lieu : M. Gallard passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu; M. Ollivier, de Necker à Saint-Louis; M. Cornil, de Saint-Antoine à la Pitié; M. Rigal, de Saint-Antoine à Necker; M. Grancher, de Tenon à Necker; M. Dieulafoy, de Tenon à Saint-Antoine; M. Hallopeau, de Tenon à Saint-Antoine; MM. Sevestre, Huchard, Tenneson, du Bureau central à Tenon.

— Par suite du décès du professeur Broca, les mutations suivantes auront lieu dans les services de chirurgie le 1er janvier 1881 : M. le professeur Trélat passe de la Charité à Necker; M. Després, de Cochin à la Charité; M. Th. Anger, de Tenon à Cochin; M. J. Lucas-Championnière, de la maternité de Cochin à Tenon; M. Marchand, du Bureau central à la maternité de Cochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Bach, professeur de pathologie externe, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

— A la suite des concours de l'année scolaire 1879-80, ont été proclamés lauréats : 1re année : Chimie minérale, physique et histoire naturelle. Prix : M. Jacquemin. — 2e année : Pharmacie et matière médicale. Prix : M. Job; mention honorable : M. Held. — Manipulations chimiques et pharmaceutiques. Médaille d'argent et livres : M. Beckerich; médaille de bronze et livres : M. Held. — 3e année : Chimie organique et toxicologie : Prix (médaille d'or) : M. Paulin. — Micrographie. Médaille d'argent et livres : M. Dethorey. — Analyse chimique et toxicologie. Médaille d'argent et livres : M. Soufflet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La Faculté de médecine de Montpellier vient de présenter, pour la place de professeur de thérapeutique vacante par la retraite de M. Fonssagrives : *en première ligne* et à l'unanimité : M. Grasset; *en deuxième ligne* : M. Mairet. Les autres compétiteurs étaient MM. Hamelin et Brame (de Tours). Personne ne sera surpris de la présentation de M. Grasset, l'un des plus brillants agrégés de l'École de Montpellier; mais on le sera de voir M. Hamelin écarté de la liste.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Vautrin (Marie-Alexandre-Camille), docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques pour une période de dix ans.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Ardain est nommé préparateur de chimie et pharmacie, en remplacement de M. Fabre, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — MM. Boiffin et Guillet sont institués aides de clinique, en remplacement de MM. Josso et Dortel, dont le temps d'exercice est expiré.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Conseil municipal de Paris a voté dans une de ses dernières séances, sur le rapport de M. le docteur Bourneville, la construction d'un laboratoire et d'un cabinet de micrographie à l'hôpital Saint-Louis, pour le service de M. le professeur Fournier. Il a également invité l'Administration à lui présenter à bref délai les projets de construction, au même hôpital, d'un service de consultation, d'un musée et d'un amphithéâtre d'enseignement.

HÔPITAL DES QUINZE-VINGTS. — La clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts s'est ouverte le mercredi 15 décembre, à midi. Des consultations pour les maladies des yeux y sont données tous les jours par le docteur Fieuzal, médecin en chef de l'hospice. Lundi et mercredi, opérations; mardi, jeudi et samedi, exercices ophthalmoscopiques et réfraction.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — La deuxième et dernière séance générale de la Société française de tempérance, pour l'année 1880, aura lieu sous la présidence de M. le professeur Bouillaud, membre de l'Institut, le dimanche 19 décembre, à deux heures précises du soir, hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Ordre du jour : 1° Renouvellement partiel du bureau et du Conseil d'administration (art. 8 et 9 des statuts); 2° exposé sommaire des travaux du Congrès international de Bruxelles pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, par M. le docteur Lunier; 3° communication de MM. les docteurs Audigé et Dujardin-Beaumetz au sujet de leurs expériences sur les animaux à l'abattoir de Grenelle; 4° communications diverses. — En vertu de l'article 8 du règlement de la Société, le Conseil d'administration a dressé une liste de candidats.

Société de médecine légale. — Cette Société a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1881. Ont été élus : *président* : M. Ernest Chaudé; *vice-présidents*: MM. Lageneau et Lasègue; *secrétaire général* : M. Gallard; *secrétaires des séances* : MM. Leblond et Lutaud. — Les séances sont publiques et ont lieu le deuxième lundi de chaque mois, au Palais de Justice.

Concours. — Le jury du concours ouvert le 1er décembre 1880 pour la nomination à deux places de médecin-adjoint des services d'aliénés à Bicêtre et à la Salpêtrière, est composé de MM. Matice, Hérard, Martineau, Aug. Voisin, Falret, Bouchereau, Lucas.

— Le concours pour le prosectorat de l'amphithéâtre des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Quenu et Lebec.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-Jean vient de se terminer par la nomination de M. le docteur de Chapelle fils.

Hôpital de la Charité. — M. le docteur Maurice Raynaud a commencé son cours de clinique médicale le vendredi 10 décembre 1880, à neuf heures, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. — Visite et interrogatoire des malades, tous les jours à huit heures et demie.

École pratique. — *Applications de l'électricité médicale.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 22 décembre, à deux heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

Laboratoire de clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire, et M. Hardy, chef-adjoint, font, tous les mercredis, de neuf heures et demie à dix heures et demie du matin, des cours pratiques publics sur l'anatomie pathologique, la physiologie expérimentale et la chimie appliquée à la clinique. Ces cours ont lieu à l'amphithéâtre Bichat.

Mortalité a Paris (49e semaine, du vendredi 3 au jeudi 9 décembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1051, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 39. — Variole, 24. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 45. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 0. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 46. — Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47.— Bronchite aiguë, 47.— Pneumonie, 77.— Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 37; au sein et mixte, 28 ; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 112; de l'appareil circulatoire, 47; de l'appareil respiratoire, 64; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 8. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0.— Morts violentes, 28. — Causes non classées, 11.

Bilan de la 49e semaine. — Nous avons cette semaine un important mouvement de mortalité : 1051 décès au lieu de 941, soit une augmentation de 110 décès, dont 22 pour le croît des maladies épidémiques (151 au lieu de 129). Ce dernier accroissement (22) est principalement dû : d'abord à la fièvre typhoïde, qui a produit 39 décès au lieu de 26; puis à la rougeole, 16 au lieu de 12. Les décès typhiques sont assez dispersés; cependant il y en a 4 dans chacun des XVIIe, XVIIIe et XIXe arrondissements, dont un des quartiers (*la Villette*) en compte 3 à lui seul. Mais je remarquerai que *la garnison* ne participe pas à cette aggravation; elle compte 2 décès typhiques, comme pendant la 47e semaine, et ce chiffre, vu les âges d'élection des militaires, ne paraît pas exagéré.

La variole, dans son ensemble, ne paraît pas avoir accru ses victimes. Cependant il s'est opéré une concentration des décès varioleux sur laquelle j'appelle toute l'attention ; ainsi je relève cette semaine 3 décès dans le quartier du *Combat*, 3 encore à la *Folie-Méricourt*, contigu, et, non loin de là, jusqu'à 5 dans le quartier de *la Roquette.*

La diphthérie semble aussi en voie d'accroissement (45 décès au lieu de 40). Mais cet excédant de 3 décès est dû à cinq enfants *non domiciliés*, et reçus dans nos hôpitaux. Comme la variole, la diphthérie présente des centres de propagation. C'est ainsi que le XIe compte 7 décès, dont 4 à la *Folie-Méricourt;* le XVIIIe, 6 décès, dont 3 à *Clignancourt;* enfin le quartier de *la Villette*, qui comptait déjà 2 décès par diphthérie la semaine avant, en a enregistré à lui seul 5 cette semaine, cinq décès de jeunes enfants de sept mois à cinq ans et demi. Je constate seulement pour l'un d'eux (celui de cinq ans et demi) qu'il allait à l'école. Pour les autres, les renseignements me manquent, car il est rare que les *notices statistiques* qui me viennent des hôpitaux renferment cette notion.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la Gazette hebdomadaire *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* Bulletin de l'Académie de médecine, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Contribution à l'étude des températures périphériques, et particulièrement des températures dites cérébrales dans les cas de paralysies d'origine encéphalique, par le docteur Henri Blaise, chef de clinique des maladies des vieillards à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-4, avec planches. G. Masson. 6 fr.

Éléments de pathologie exotique : 1° Maladies infectieuses; 2° Maladies des organes et des appareils; 3° Animaux et végétaux nuisibles, par le docteur Nielly. 1 vol. in-18, avec 29 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.

Traité pratique des maladies du système nerveux, par le docteur J. Grasset. 2e édition revue et considérablement augmentée. 1 fort vol. in-8, avec 35 figures dans le texte et 10 planches dont 6 en chromo-lithographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 25 fr.

Diagnostic, pronostic et traitement du chancre syphilitique, par le docteur Mauriac. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Étude sur l'opération de Porro, opération césarienne suivie de l'amputation de l'utérus et des ovaires, par le docteur Ch. Maygrier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Leçons de clinique chirurgicale, chirurgie, par le professeur A. Dubreuil. 2e fascicule. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Contribution à l'étude de la syphilis chez les dartreux, par le docteur Revillet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 23 décembre 1880.

Académie de médecine : LE RHUMATISME CÉRÉBRAL ET LA BALNÉATION FROIDE : M. M. RAYNAUD. — *Société médicale des hôpitaux :* DE L'ÉLONGATION DES NERFS COMME TRAITEMENT DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE : M. DEBOVE.

Le rhumatisme cérébral et la balnéation froide.

Après avoir constaté la faveur avec laquelle l'Académie avait accueilli l'importante communication de M. M. Raynaud sur la médication réfrigérante appliquée au rhumatisme cérébral (séances des 16 et 23 novembre), nous pensions qu'une discussion s'ouvrirait sur ce sujet et sur les intéressantes questions de doctrine que l'orateur avait soulevées. Il nous paraît aujourd'hui que la savante assemblée ne reviendra pas sur la question; soit qu'elle ne la juge pas assez mûre et qu'elle attende de nouveaux faits, soit qu'elle ait pensé qu'il n'y avait rien d'important à ajouter aux conclusions de M. Raynaud. Cette question reste donc, quant à présent, réservée. On y reviendra sans doute; mais nous croyons devoir essayer de marquer dès aujourd'hui le point où on l'a laissée. Les conclusions de M. Raynaud, sauf quelques nuances, auraient d'ailleurs, quant à présent, toute notre adhésion.

C'est à l'occasion d'un travail communiqué par M. Voillez, que M. Raynaud est revenu à l'étude de la balnéation froide dans le rhumatisme cérébral, de ses indications, de son mode d'action. Il estime que son rôle de promoteur lui crée une sorte de responsabilité relativement à l'emploi d'une médication dont il conteste, tont le premier, l'efficacité absolue. Il a eu des revers; il tient à en tirer tout l'enseignement qu'ils contiennent.

Il y a plusieurs variétés de rhumatisme cérébral. La plus commune est caractérisée par le délire, l'hyperthermie et la suppression des fluxions articulaires. C'est celle qui est le plus particulièrement justiciable de la méthode des bains froids. On doit à cette méthode la vie de bien des malades qui eussent été inévitablement perdus.

Si on examine de plus près les symptômes de cette variété du rhumatisme cérébral, on voit qu'on peut les ranger sous deux chefs : les symptômes *somatiques* et les symptômes *psychiques.* Aux premiers appartiennent les troubles de sensibilité et de mouvement, l'asphyxie, l'hyperthermie ; aux seconds, les différentes variétés du délire. Ce sont les symptômes somatiques qui cèdent les premiers sous l'influence des bains froids. A ce moment on peut considérer le malade comme hors de danger. Le délire persiste souvent beaucoup plus longtemps. On peut donc dire que l'action favorable du bain se fait d'abord sentir sur le bulbe, centre de la vie organique, et plus tard sur la moelle et les circonvolutions.

L'abaissement de la température, qui peut être porté en moins d'une demi-heure jusqu'à 3 et même 4 degrés, s'accompagne toujours de la diminution des pulsations et des mouvements respiratoires. Il y a une diminution très rapide de la tension artérielle, qui ne peut être attribuée qu'à un acte réflexe allant des nerfs de la peau aux vaso-moteurs artériels; le refroidissement de la masse du sang ne pouvant s'opérer en un temps aussi court.

Le retour des douleurs n'est pas nécessaire au rétablissement du malade. On peut, quand la situation n'est pas trop pressante, essayer de rappeler la fluxion articulaire. Cette médication a quelquefois réussi. Mais elle demande un temps dont souvent on ne dispose pas, et il faut se rappeler que souvent les malades ont guéri sans que la fluxion articulaire se reproduisît.

M. Raynaud a eu deux insuccès. Dans ces deux cas, le bain froid a eu son effet ordinaire : abaissement de la température et soulagement passager. L'un des malades succomba au bout de treize jours à une pneumonie, ou plutôt à une congestion, une véritable *fluxion* de poitrine, après des alternatives qui avaient fait croire à un succès prochain; l'autre à un flux intestinal prodigieux : 20 à 30 litres, avec météorisme et refroidissement qui l'emporta rapidement.

Avec sa bonne foi ordinaire, M. Raynaud est porté à imputer aux bains froids la responsabilité de ces redoutables complications; mais il se demande avec raison si l'on doit reculer en présence de pareilles éventualités, lorsqu'il s'agit de défendre un malade contre une mort presque assurée, et lorsqu'on sait que, par le seul fait du rhumatisme et en dehors de toute influence thérapeutique, les rhumatisants sont en quelque sorte voués à ces fluxions viscérales.

Lorsque les accidents graves ont cédé aux bains froids, une grande difficulté se présente : quand doit-on cesser la médication? Ici rien d'absolu. Il faut éloigner les bains, substituer les bains tièdes aux bains froids. Le retour d'un sommeil tranquille et prolongé serait un des meilleurs indices d'une guérison assurée. Il ne faudrait pas croire que l'hyperthermie fût en quelque sorte le seul régulateur à consulter. Certains rhumatisants paraissent voués à une température élevée; d'autres meurent avec une température qui ne dépasse pas 38°,5.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Raynaud étudie la question si controversée de la fièvre rhumatismale. Il en voit un exemple dans l'état des malades qui, délivrés par les bains froids des accidents les plus graves, et même de leurs douleurs, restent pendant un temps indéterminé

dans un état fébrile, avec ou sans détermination viscérale. Il rapproche de ces cas ceux dans lesquels on voit des malades atteints d'une fièvre à type continu, sans caractère déterminé, et chez lesquels un mouvement fluxionnaire vers les jointures vient tout à coup, quelquefois après plusieurs semaines, donner le mot de la fièvre et comme la signature de la maladie.

Cette fièvre rhumatismale serait-elle liée, comme l'a avancé M. Bouillaud, à une véritable inflammation atteignant le revêtement interne des artères au même titre que l'endocarde et la membrane interne des veines? C'est une hypothèse que M. Raynaud ne repousse pas, malgré les difficultés de la démonstration anatomique, et qui ne saurait, en tout cas, déplaire à l'illustre maître, dont le nom a souvent figuré dans cette discussion.

B.

De l'élongation des nerfs comme traitement de l'ataxie locomotrice.

Depuis que Nusbaum (1872) a expérimenté pour la première fois l'élongation des nerfs dans les contractions douloureuses et les névralgies, de nombreuses tentatives ont été faites dans cette voie. Dans les *Archives* de 1878 on trouvera une relation de 18 observations avec 9 succès. — Tout dernièrement, dans une séance de la Société de chirurgie allemande, une discussion intéressante a eu lieu à ce sujet. Le docteur Gen (voy. le *New York medical Report*, août 1880) a relevé 73 cas d'élongation dont les résultats sont encourageants.

Il était naturel que ces succès, obtenus le plus souvent dans des cas de névralgies rebelles et quelquefois aussi dans le traitement des grandes névroses, telles que l'épilepsie et le tétanos, donnassent à des médecins doués d'initiative l'idée d'appliquer le même traitement aux douleurs fulgurantes de l'ataxie : on sait quel caractère d'acuité et de persistance prennent souvent ces douleurs, auxquelles l'unique moyen d'apporter un soulagement un peu efficace était, jusqu'ici, l'injection de morphine. Mais la nécessité d'augmenter la dose s'imposait aux malades, qui arrivaient graduellement à des injections véritablement dangereuses.

C'est l'année dernière que Langenbeck pratiqua pour la première fois l'élongation du sciatique chez un ataxique en proie à d'atroces douleurs fulgurantes.

Le 13 septembre 1879, l'élongation du sciatique gauche fut pratiquée et suivie immédiatement d'une paralysie de toutes les parties formant le territoire du nerf intéressé. Cette paralysie disparut en quelques jours. Les douleurs fulgurantes disparurent également; mais l'incoordination motrice persista.

Le 25 novembre, on pratiqua le même jour l'élongation du sciatique droit et des deux nerfs cruraux. Une paralysie passagère se déclara; mais l'incoordination disparut définitivement dans les membres inférieurs, ainsi que les douleurs fulgurantes. Le malade conserva seulement une grande faiblesse des membres inférieurs et des douleurs fulgurantes dans les deux bras.

Ce malade fut suivi pendant quelque temps. Il mourut épileptique. On ignore s'il l'était antérieurement. L'autopsie a été faite et la moelle conservée. Les résultats de l'examen microscopique n'ont pas encore été publiés (*Berliner Klinik*).

Le deuxième fait appartient à Esmarch (Congrès de Berlin, avril 1880). Il s'agissait d'un ataxique tourmenté par des douleurs fulgurantes dans les deux bras, avec incoordination caractéristique. On fit l'élongation des nerfs (?) dans le creux axillaire. La douleur et l'incoordination disparurent en même temps. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que, par le fait de cette opération unique, les douleurs et l'incoordination disparurent également dans les membres inférieurs. (L'observation manque de détails.)

Erlenmeyer publia la même année une troisième observation (*Centralblatt*, 1880). Les douleurs fulgurantes avaient cessé chez son malade, mais l'incoordination était complète. La vessie était paralysée, la marche était absolument impossible. Le 22 juin 1880, on fit une élongation avec torsion du sciatique droit. Le nerf fut tiré avec force et allongé de 7 centimètres environ. Le 3 juillet, on élongea de la même façon le sciatique gauche. L'opération fut suivie d'un érysipèle qui se prolongea jusqu'au 16 août. Le résultat fut incomplet. Le malade put se tenir debout contre le mur, et on constata chez lui une augmentation de la force des jambes; mais les troubles de coordination persistèrent.

Dans sa communication à la dernière séance de la Société des hôpitaux, M. le docteur Debove, après avoir indiqué ces trois observations, a donné la relation d'une tentative du même genre qu'il a faite récemment chez un malade de son service, à l'infirmerie de Bicêtre.

Le malade est âgé de cinquante-six ans. Il est au lit depuis dix-huit mois. Depuis plusieurs années, il n'a pas passé vingt-quatre heures sans avoir une crise de douleurs fulgurantes. Ces douleurs occupent les quatre membres. Il s'y joint tous les huit jours des crises de douleurs analogues occupant la vessie et l'estomac. Le malade calme ces crises par des injections de morphine. Il a progressivement porté la dose à 16 centigrammes par jour et est continuellement plongé dans une somnolence pénible. L'incoordination est limitée aux membres inférieurs, la sensibilité y est manifestement diminuée.

Sauf un myosis, il n'y a pas de troubles oculaires. L'état général présente une gravité croissante. Le 18 novembre, le docteur Gillette, chirurgien de Bicêtre, découvrit le sciatique gauche à la partie moyenne et postérieure de la cuisse. L'élongation brusque, violente, fut répétée à plusieurs reprises. Le malade, qu'on n'avait pas cru devoir chloroformiser, n'accuse pas, comme on aurait pu le présumer, une trop violente douleur.

L'opération n'a pas été suivie de paralysie dans le territoire du nerf élongé.

Les douleurs fulgurantes ont cessé. Des fourmillements se sont produits à gauche et ont bientôt gagné le membre inférieur droit.

Le 20 novembre, l'amélioration est remarquable. La sensibilité est rétablie. Le malade a conscience de ses mouvements et de leur direction.

Le 26, il sort de son lit, qu'il n'avait pas quitté depuis dix-huit mois, et fait quelques pas, soutenu par un aide.

Le 1er et le 2 décembre, le mieux persiste, malgré quelques douleurs d'estomac accompagnées de vomituritions qui se calment rapidement.

Le 10 décembre, la sensibilité est normale. Tous les mouvements, dans le lit, sont coordonnés et précis. Le malade marche avec un appui. Le réflexe rotulien n'existe pas. Le myosis persiste. La plaie n'est pas encore cicatrisée.

En résumé, l'amélioration est considérable et se traduit surtout par la disparition des douleurs fulgurantes et la res-

tauration de la sensibilité et de la conscience musculaires. La lenteur de cicatrisation de la plaie s'explique par la rupture de nombreux filets cutanés, résultat nécessaire de l'énergique traction exercée sur le nerf. Ce malade a été présenté à l'une des dernières cliniques de M. le professeur Charcot.

On ne saurait contester à ces faits, au dernier surtout, un intérêt considérable. Dans sa communication, M. Debove s'est contenté de relater la question et a observé la plus grande réserve en ce qui concerne son explication. Si on considère que l'élongation d'un seul nerf sciatique a déterminé des effets marqués, non seulement dans les parties animées par le nerf élongé, mais encore dans les parties homologues et même dans des organes éloignés; que l'action, par conséquent, n'est pas simplement locale, il paraît probable qu'elle est transmise par la moelle et que l'axe spinal subit quelque modification profonde dont le retentissement se fait sentir à des organes placés hors du territoire du nerf intéressé.

L'opération ne présente pas de difficultés sérieuses, et par elle-même ne paraît pas offrir beaucoup de danger. Il faut cependant faire quelque réserve à ce point de vue. Nous avons vu, en effet, dans la première observation, que le malade est mort épileptique, et que, peut-être, l'épilepsie a été déterminée par l'opération. Notons que celle-ci avait été largement pratiquée. Une première élongation du sciatique gauche, à six semaines d'intervalle, fut suivie d'une seconde opération intéressant en même temps le sciatique droit et les deux nerfs cruraux. On conviendra que l'expérience a été faite *larga manu*. Mais nous manquons encore de détails, et sur l'état antérieur du malade, et sur les caractères des accidents épileptiques auxquels il paraît avoir succombé. Quant à l'état anatomique des nerfs ainsi élongés, il a été étudié par le professeur Tarchanoff, et nous voyons qu'on a constaté au microscope des hémorrhagies capillaires, des ruptures de cylindres axes avec issue de myéline ; mais la gaine de Schwann restait intacte. Dans un cas, qui figure dans la statistique de Gen, l'élongation du nerf (?) fut suivie d'une hémorrhagie mortelle.

Nul doute que la communication de M. Debove n'obtienne rapidement le retentissement qu'elle mérite, appelant l'attention des médecins sur une méthode hardie, mais rationnelle et applicable à une maladie qui a jusqu'ici déconcerté toutes les tentatives thérapeutiques. Mais on ne saurait trop s'associer aux sages réserves de M. Charcot, et ne pas appliquer indifféremment à tous les cas d'ataxie une méthode dont les indications restent encore à bien préciser.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

Action antipyrétique de l'acide phénique, mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 14 décembre, par le docteur H. Desplats, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille.

Dans un travail communiqué à l'Académie de médecine le 8 septembre dernier, nous établissions :

1° Que l'acide phénique, administré à doses suffisantes aux fébricitants, a toujours pour effet d'abaisser rapidement la température;

2° Que cet abaissement temporaire peut être maintenu et accru par l'administration de nouvelles doses, et que, grâce à cet agent, la médecine peut modérer à volonté la température des malades;

3° Que les doses d'acide phénique, considérées jusqu'ici comme toxiques, peuvent être dépassées sans danger ; et nous citions l'exemple de malades qui avaient pris, pendant plusieurs jours de suite, 8, 10 et 12 grammes, sans en éprouver aucun accident ;

4° Nous indiquions le rectum comme la meilleure voie d'introduction, et nous engagions les médecins qui voudraient nous imiter à ne jamais dépasser 2 grammes en un seul lavement, et à ne jamais donner même cette dose du premier coup.

Nous venons aujourd'hui confirmer et compléter ces conclusions de la première heure, et, pour cela, nous apportons 13 faits cliniques nouveaux : 10 cas de fièvre typhoïde, 2 cas de variole, 1 cas de fièvre rémittente (1).

Nous en pourrions ajouter d'autres; mais nous tenons à ne citer que ceux qui ont été régulièrement suivis par nous, et desquels nous pouvons dire qu'il n'y a eu aucune erreur commise. Nous ne pouvons citer ces faits en détail, la séance n'y suffirait pas; mais nous en rapporterons les points les plus caractéristiques.

Les malades dont nous allons parler ont tous été soumis à l'acide phénique pendant plusieurs jours; à quelques-uns même il a été administré pendant deux semaines ; et comme à chacun les doses de 1 à 2 grammes ont été données plusieurs fois par jour, et ont chaque fois amené un abaissement thermique qui n'a pas été de moins de 1 degré, chaque malade doit compter comme fournissant, non pas un, mais dix, vingt, cent témoignages en faveur de cette proposition : L'acide phénique abaisse la température des fébricitants.

Nous pourrions donc dire que ce travail repose, non sur treize observations nouvelles, mais sur plusieurs centaines, les expériences faites sur un même malade ayant chacune leur valeur distincte.

A l'appui de nos affirmations citons quelques faits.

Obs. I. — Marie Lehai..., vingt-sept ans, fileuse, entra, le 6 septembre, au huitième ou neuvième jour d'une fièvre typhoïde. Au moment de l'entrée elle avait 40°, quatre heures après, à 7 h. du soir, elle avait 40°,4. — Le 7, elle avait : matin, 39°,2; soir, 40°,4. — Le 8 : matin, 39°,4; soir, 40°,4. Diarrhée très abondante; taches rosées lenticulaires; ballonnement du ventre ; aspect typhique très prononcé; délire la nuit.

Le 9 septembre : matin, 38°,9 ; soir, 4 h., 40°,1. — A 4 h. 15 m. on donne un lavement de 100 grammes contenant 1 gramme d'acide phénique. — A 4 h. 45 m., une fluxion très marquée se produisait du côté de la peau ; bientôt elle était suivie d'une sueur très abondante; en même temps la physionomie, avant morne et indifférente, prenait une expression de vie et d'expansion. — 5 h., 39°,8. — 5 h. 30 m., 38°,8. — 6 h., 38°,4. — 6 h. 30 m., 37°,8.

A 7 h. la sueur cessait, et un quart d'heure après se produisait un frisson, qui marquait le début d'un mouvement ascensionnel. — A 9 h. 30 m. le thermomètre marquait 39°,3. On donnait un nouveau lavement contenant 1 gramme d'acide phénique. Les mêmes phases se reproduisaient, et la malade passait une nuit très tranquille.

Le 10, à 9 h., le thermomètre marquait 38°,5; à 11 h. 30 m., 38°,9; à 2 h. du soir, 40°1. On injectait 1 centigramme de pilocarpine pour savoir si l'abaissement de la température était dû à la sueur, et on n'obtenait qu'un abaissement très court de 3 dixièmes de degré.

Le 11, à 8 h., 39°,4 ; à 8 h. 15 m., lavement de 1 gramme ; à 9 h., 38°,7 (rougeurs et sueurs); à 10 h., 37°,8; à 10 h. 50 m., 37°,8. Les sueurs ont cessé depuis dix minutes. La face est pâle et froide. La malade est prise d'un frisson intense, avec tremblements, et à partir de ce moment le thermomètre, laissé à demeure, indique une ascension rapide.

A 11 h. 15 m., 38°,5. Le frisson est très intense Lavement de 1 gramme d'acide phénique. — A 11 h. 25 m. le tremblement cesse,

(1) Depuis l'achèvement de ce travail nous avons recueilli de nombreux faits, tous confirmatifs de nos premières conclusions. Nous citerons en particulier, en dehors des fièvres typhoïdes, qui fournissent le plus fort contingent, plusieurs cas de rhumatisme, un cas de pneumonie et un d'érysipèle du cuir chevelu.

la respiration devient plus calme; mais le thermomètre monte toujours: 38°,8. — A 11 h. 30 m., 39°,2. La malade s'assoupit; la peau redevient rosée. — A 11 h. 35 m., 38°,9. Pas encore de sueurs. — 11 h. 50 m., 38°,7. Pas encore de sueurs. — 12 h., 38°,7. Les sueurs commencent. L'examen est interrompu.

Du 9 septembre au 23, la malade fut constamment tenue sous l'influence de l'acide phénique, et invariablement l'abaissement de la température se produisait après chaque administration. Elle absorba ainsi : le 9 septembre, 2 grammes; — le 10, 1 gramme; — le 11, 4 grammes; — le 12, 5gr,10; — le 13, 5gr,50; — le 14, 5 grammes; — le 15, 5 grammes; — le 16, 6gr,20; — le 17, 5gr,30; — le 18, 12gr,60 (*pneumonie*); — le 19, 5 grammes; — le 20, 4gr,65; — le 21, 1gr,70; — le 22, 5gr,50 : ce qui fait 68gr,45 en treize jours. Nous devons faire remarquer que cette malade était albuminurique avant que le traitement par l'acide phénique fût commencé, et que l'albuminurie ne fut pas accrue. Nous ajouterons qu'elle fut atteinte le 17 d'une pneumonie, due à un refroidissement de la température. Le lendemain, on constata l'existence d'un point de côté, d'une respiration soufflante et de râles crépitants à la base droite. La dose d'acide phénique fut portée ce jour-là à 12gr,60, et les symptômes généraux furent amendés et très modérés jusqu'à complète guérison.

Ce fait est très important; non seulement parce qu'il rend manifeste l'action antipyrétique de l'acide phénique, mais aussi parce qu'il montre que l'albuminurie n'est pas une contre-indication à l'administration des hautes doses, et que, dans ce cas, la pneumonie secondaire, loin d'être provoquée par l'administration de cet agent, fut, au contraire, heureusement modifiée par lui.

De ce fait nous pourrions rapprocher neuf autres cas de fièvre typhoïde observés dans les mêmes conditions, et dans lesquels l'abaissement thermique n'a jamais manqué après l'administration de doses suffisantes d'acide phénique. Nous n'en citons qu'un; il a trait à une petite fille de dix ans, et prouve que l'acide phénique peut être aussi bien administré aux enfants qu'aux adultes.

OBS. II. — Emma Masson, petite fille de dix ans, entra à l'hôpital, le 16 septembre 1880, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde à la période d'état. La physionomie était caractéristique et l'abattement général très prononcé : ventre ballonné; quelques taches rosées lenticulaires; diarrhée; rien au poumon ni au cœur.

A 5 h. du soir, 40°,3. La malade dort; elle est pâle; la peau est sèche et brûlante; la langue et les lèvres sont desséchées. On installe le siphon (1) injecteur anal avec une solution au 200e.

A 7 h. 30 m. l'appareil a injecté 75 centigrammes d'acide phénique, et la température est 38°,3. La malade est calme; la peau est moite aux mains, sèche et brûlante à la face. — Avec 75 centigrammes la température avait baissé de 2 degrés au moment de l'ascension vespérale.

Le 17 septembre, l'appareil avait continué à fonctionner pendant la nuit, et débité 3 grammes d'acide phénique depuis 7 h. 30 m. du soir. — A 6 h. 30 m. du matin la malade dormait et était couverte d'une légère sueur. Le thermomètre marquait 36°,5. Il y avait eu trois vomissements bilieux depuis la veille; la langue était humide. On arrêta le fonctionnement de l'appareil.

A 8 h. la température était encore 36°,5, mais la langue était devenue sèche. — A 9 h., grand frisson d'une demi-heure et ascension de la température, qui n'était notée de nouveau qu'à 2 h. du soir : 39°,8. Peau brûlante; face rouge; soif vive. On remettait l'appareil en marche, et la température descendait rapidement : à 4 h. 45 m., 38°,6; à 6 h. 15 m., 38°,6; à 8 h., 38°. — 1gr,40 avait été injecté depuis 2 heures.

Le 18, à 8 h. du matin, 36°,4. L'appareil avait fonctionné toute la nuit, et débité depuis la veille, à 8 h., 2gr,20 d'acide phénique. L'enfant avait vomi à deux reprises vers le matin.

(1) Cet appareil comprend un réservoir, un siphon destiné à le vider, une sonde en caoutchouc qui reste à demeure dans le rectum, un tube en caoutchouc long de 1m,20 à 1m,50, se continuant par son extrémité inférieure avec la sonde, et portant à son extrémité supérieure un petit entonnoir, dans lequel le siphon verse goutte à goutte le liquide du réservoir. Le réservoir est placé sur la tablette du lit, située au-dessus de la tête du malade. Pour obtenir l'écoulement continu et uniforme, un de nos élèves, M. Druon, qui nous a été si précieux dans toutes nos recherches, a adapté à la partie plongeante du siphon un flotteur en liège destiné à maintenir constante la différence de niveau entre la surface du liquide dans le réservoir et le point d'écoulement. Cette différence de niveau est déterminée pour chaque cas et peut être modifiée.

Pendant ces deux jours elle avait donc absorbé : le premier jour, 3gr,75, et le second, 3gr,60 d'acide phénique.

A 10 h., le thermomètre marquait 38°,2. On remettait en marche l'appareil, et à 2 h. 30 m. la température n'était plus que 36°,8; à 4 h. 30 m., 36°,4; à 6 h. 15 m., 37°,3. Depuis 10 h. du matin la malade avait absorbé 80 centigrammes. On arrêtait l'appareil, et à 10 h. 45 m. le thermomètre était remonté à 39°,5.

Il serait trop long de faire l'histoire de toutes les journées qui suivirent; elles ressemblèrent, du reste, à celles dont nous venons de parler : chaque fois qu'on donna des doses suffisantes d'acide phénique, la température baissa, et chaque fois que l'administration fut suspendue pendant quelques heures, elle remonta avec une grande rapidité. En même temps que la température baissait, tous les autres symptômes s'amendaient, à ce point que cette enfant était, à quelques heures d'intervalle, absolument méconnaissable : rouge, abattue, maussade, la langue sèche et les gencives saignantes, chaque fois que la température était élevée; elle était, au contraire, gaie, causante, la figure naturelle, chaque fois qu'à la suite de l'injection de 40 ou 50 centigrammes d'acide phénique la température avait baissé.

Elle absorba, du 16 au 26 septembre, 37 grammes, n'éprouva jamais aucun accident qu'on pût attribuer à l'acide phénique, et l'action sur la température ne manqua jamais.

I. ACTION ANTISEPTIQUE CONSTATÉE SUR DES VARIOLEUX. — Pendant que nous traitions ces typhiques, entrèrent dans nos salles deux varioleux : l'un non vacciné, atteint de variole confluente hémorrhagique arrivée à la période de suppuration; l'autre à la période d'invasion d'une varioloïde qui fut bénigne. Chez les deux l'acide phénique fut employé et produisit le même effet que chez les typhiques. Voici sur ces deux cas quelques détails :

OBS. III. — Un petit garçon âgé de dix ans entra le corps couvert d'une éruption confluente. Entre les pustules existaient, çà et là, des pétéchies et quelques ecchymoses. Pendant son séjour à l'hôpital, plusieurs pustules devinrent phlycténoïdes et se remplirent de sérosité sanguinolente. Il eut plusieurs épistaxis abondantes. On ne put avoir de renseignements sur les débuts de la maladie. Ses parents dirent seulement qu'il n'avait jamais été vacciné.

Le 16 septembre, l'état était très grave. Au moment de l'arrivée à l'hôpital, le thermomètre marquait 39°,5. On installa le siphon injecteur avec une solution au 200e.

A 5 h., 39°,5; à 5 h. 30 m., 39°,4; à 8 h. 45 m., 37°,4.

2gr,50 avaient été absorbés. En trois heures la température avait baissé de plus de 2 degrés. Ce n'était pas un effet de l'évolution naturelle de la maladie, car le 17 à 8 h. du matin le thermomètre marquait toujours 39°,5.

9 h. 30 m., 39°,7. On met l'appareil en marche.

10 h., 40°. Le malade s'endort et commence à transpirer.

Midi, 37°,7. Sommeil profond et sueurs abondantes. 1gr,75 a coulé depuis 9 h. 30 m.

3 h., 37°,7. 1gr,25 depuis midi.

5 h., 37°,9.

5 h. 30 m., 37°,6.

8 h. 45, 38°,3. 2gr,50 ont coulé depuis 3 h.

Le 18 septembre, à 8 h. du matin, 39°,8. Pustules plates; éruption très pâle et hémorrhagique; pas de gonflement de la face. On remet l'appareil en marche : à 10 h., 38°,6. 1gr,10 a été absorbé.

La respiration est extrêmement fréquente, partout l'éruption est affaissée. Il y a un râle trachéal très prononcé depuis le matin. — A 3 h., mort.

OBS. IV. — Vandenbreden, fille de vingt et un ans, fileuse, entra le 21 septembre 1880. Un de ses frères était convalescent d'une variole, un autre était à la période de suppuration.

La maladie avait débuté, le soir du 19 septembre, par une céphalalgie intense, des douleurs lombaires et quelques vomissements. Le lendemain ces symptômes continuèrent, et elle ne put se lever.

Le 21 septembre, nouveaux vomissements. Elle entra à l'hôpital. — A 5 h., temp., 39°,4; pouls, 132; respiration, 36.

Le 22, 40°,5. La nuit a été bonne; langue humide, légèrement saburrale; rien au cœur ni aux poumons; cinq ou six papules sur le front; céphalalgie et rachialgie; nausées.

10 h., 40°,5. Lavement de 1 gramme.

10 h. 30 m., 40°,2. Face rouge, sueurs légères.

11 h., 38°,6. La céphalalgie et les nausées ont disparu.

11 h. 5 m., 38°,8. Le sommeil dure toujours. — Lavement de 0gr,75.

11 h. 50, 38°,8.

12 h. 30 m. La malade éprouve un frisson; la céphalalgie reparaît.
1 h. 15, 39°,5. Lavement de 50 centigrammes.

Pendant toute l'après-midi la température reste très élevée, malgré plusieurs lavements qui l'abaissent toujours, mais pour très peu de temps. — A 9 h. du soir, 40°,7.

Le 23, nuit très agitée; céphalalgie, rachialgie et vomissements; langue et lèvres très sèches; à peine quelques papules.
8 h., 41°,1.
8 h. 25 m. Lavement de 1gr,50.
9 h. 15 m., 39°,2. Une selle il y a un quart d'heure.
10 h., 39°,2. Elle dort; pas de sueurs.
11 h., 41°,8. Lavement de 1gr,50.
11 h. 45 m., 39°,9. Une selle.
2 h. 45 m., 41°,7. A eu un frisson il y a une demi-heure. État pénible.
3 h., 41°,7. Lavement de 1gr,50.
3 h. 5 m., 41°,1. Pas de sueurs.
3 h. 10 m., 40°,8.
3 h. 20 m., 40°,6.
3 h. 25 m., 40°,4.
3 h. 50 m., 39°,6. Pas de sueurs.
4 h. 10 m., 39°,3. Légère sueur. La malade se sent beaucoup mieux et s'endort.
4 h. 40 m., 39°. Sommeil paisible.
5 h. 25 m., 39°,5. Le sommeil dure toujours.
5 h. 30 m., 39°,9. Sommeil paisible. Lavement de 1gr,50.
5 h. 45 m., 39°,8. Une selle. Lavement de 1 gramme.
6 h. 10 m., 39°,4.
9 h., 40°,7. Vomissements et céphalalgie. Lavement de 2 grammes.

Le 24, à 8 h. du matin, 39°; pouls, 100; respiration, 20. Eruption discrète; état général meilleur.

9 h., 39°,2; 10 h. 30 m., 39°,3; 2 h. 15 m., 39°,4; 4 h. 30 m., 40°,4. Céphalalgie intense. Lavement de 1gr,50.

5 h. 15 m., 39°,2; 5 h. 35 m., 39°; 6 h., 38°,8; 9 h., 41°. — Lavement de 1gr,50.

Le 25, le matin, la température est à 38° et ne se relève plus.

Le 22 cette malade avait absorbé 6gr,25; le 23, 9 grammes; le 24, 3 grammes. Chaque fois l'abaissement de la température s'était produit, et l'état général avait été très heureusement modifié.

Ces deux faits, joints à celui que nous avons déjà produit dans notre premier mémoire, montrent que l'action antipyrétique de l'acide phénique n'est pas moins sûre chez les varioleux que chez les typhiques.

Le fait suivant montre qu'il agit contre les accès intermittents :

Obs. V. — La veuve Genty, âgée de quarante-cinq ans, était souffrante depuis plusieurs semaines lorsqu'elle entra à l'hôpital. Elle se disait très amaigrie, accusait une vive douleur au niveau de la région hépatique, et des accès de fièvre le soir. Le matin elle était apyrétique. Après un minutieux examen on portait le diagnostic : hépatite avec fièvre rémittente.

Tous les matins la température descendait au-dessous de 38°, tous les soirs elle montait à 40°.

On appliqua un vésicatoire; on donna plusieurs purgatifs, et on administra, pendant cinq jours, 75 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine La fièvre ne céda pas. On recourut à l'arséniate de soude, qui ne fut pas plus efficace. Nous résolûmes alors d'essayer l'acide phénique.

Le 16 septembre, à 4 h. 45 m., le thermomètre marquait déjà 39°,5. On donna 75 centigrammes d'acide phénique, et dix minutes après la malade commença d'éprouver une vive chaleur. A 5 h. 15 m., le thermomètre, au lieu de monter, comme il faisait tous les soirs, n'atteignait plus que 39°. A 6 h. se produisit un violent frisson qui dura une heure. La malade s'endormit, et à 8 h. 45 m. la température était 40°,1. (Les urines émises deux heures après le lavement avaient une légère teinte noirâtre.)

Le lendemain et les jours suivants, au lieu de chercher à couper l'accès, on s'efforçait de le prévenir en administrant les lavements avant le début probable.

Le 17 septembre, à 9 h. du matin, 37°,8; à 2 h. du soir, 37°,7 (un lavement contenant 50 centigrammes); à 4 h. du soir, 37°,8 (un lavement contenant 50 centigrammes); à 5 h. 15 m. du soir, 38°; à 6 h. du soir, 38° (un lavement contenant 50 centigrammes).

La malade n'éprouvait pas de frisson et passait une bonne nuit. Les jours suivants, on administrait trois lavements de 1 gramme, et la malade ne dépassait pas 38°,2.

Jusqu'au 23 les lavements furent continués. On les interrompit alors, et pendant dix jours les accès ne se reproduisirent pas. La malade sortit de l'hôpital, et nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

De cet ensemble de faits nous pouvons tirer cette conclusion, déjà formulée dans notre premier mémoire :

L'acide phénique est un antipyrétique sûr; il peut être administré à tous les fébricitants, quel que soit leur âge, à des doses plus élevées que celles qu'on a employées jusqu'ici.

(*A suivre.*)

Médecine opératoire.

Extraction d'un corps étranger de la vessie, au moyen de la méthode de Récamier, par le docteur Merry Delabost, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, professeur à l'École de médecine.

Obs. — Le 10 novembre 1879, je fus appelé par un de mes confrères près d'une jeune fille de dix-huit ans, pour extraire un crochet à tricoter, en os, introduit dans la vessie. D'après le récit qui nous fut fait, la veille au matin, la jeune fille, éprouvant une démangeaison aux parties génitales, avait essayé de la calmer au moyen de cet instrument; le crochet étant introduit à l'entrée du conduit où siégeait le prurit, elle l'avait abandonné un instant pour saisir une chaise placée derrière elle; dans ce mouvement, *il lui avait semblé* sentir l'instrument s'enfoncer, et, lorsqu'elle voulut le reprendre, elle ne le trouva plus. Elle n'avait, du reste, éprouvé aucune douleur et put ensuite se rendre avec ses parents à l'église, située à 1 kilomètre environ de sa demeure; pendant le trajet, la messe et le déjeuner, elle n'avait pas souffert, et ce n'est que dans l'après-midi que, pressée de questions par sa mère, qui avait remarqué sa préoccupation, elle se décida à lui conter sa mésaventure.

Le lendemain, on consulta le médecin de la famille, qui tenta, mais inutilement, de saisir le corps étranger avec une pince à trois branches, puis avec un lithotriteur; un instant, éprouvant une résistance, il crut le tenir, mais la partie saisie s'échappa au moment où l'instrument allait sortir de l'urèthre; l'opérateur n'ayant d'ailleurs éprouvé aucune sensation de choc ou de pression contre un corps dur, il est probable que ce n'était qu'un pli de la muqueuse vésicale qui avait été serré entre les branches de la pince.

Quelques heures plus tard, je vis la jeune malade avec mon confrère; je me fis décrire d'une manière exacte le crochet introduit; on put même en trouver et m'en montrer un absolument semblable. Il mesurait 14 centimètres de long et présentait une forme conique jusque vers son milieu, puis régulièrement cylindrique; l'une des extrémités, très aiguë, portait un petit crochet; l'autre était mousse, arrondie. C'était par ce dernier bout que le crochet avait été introduit; la malade prétendait le sentir près de l'épine iliaque antéro-supérieure droite; mais ce fut en vain que je palpai la paroi abdominale : si un peu de sensibilité à la pression était accusée à l'endroit désigné, ni à cette place, ni ailleurs, les doigts n'éprouvaient de résistance pouvant indiquer la présence du corps étranger; le toucher vaginal, pratiqué avec la réserve que nécessitait l'état virginal de l'organe, ne fournit absolument aucun symptôme. Bien qu'il y eût un certain degré de souffrance déterminé par les recherches déjà faites, une nouvelle exploration de la vessie était possible et nécessaire. J'employai d'abord une sonde métallique dont l'extrémité assez fortement recourbée me paraissait se prêter à une exploration complète de la cavité vésicale; je fis ensuite, au moyen du même instrument, une injection huileuse, dans le but de rendre les recherches plus faciles et moins dangereuses pour la muqueuse vésicale; mais elle ne put être conservée. Toutes ces investigations demeurèrent absolument infructueuses : nulle part je ne pus percevoir le moindre bruit, la moindre sensation de corps étranger. J'introduisis encore la pince à trois branches et perçus un léger bruit; mais je ne tardai pas à m'assurer qu'il était dû simplement au frottement de la tige centrale dans sa gaine.

L'inanité de toutes ces explorations m'inspira un soupçon. Le corps étranger que nous cherchions était-il en réalité dans la poche urinaire? La jeune fille avait cru, au moment où elle se

retournait pour prendre une chaise, le sentir pénétrer; mais elle était loin d'être affirmative. Au lieu de s'enfoncer, l'objet n'était-il pas au contraire sorti du méat? Le crochet qui terminait l'extrémité restée en dehors n'avait-il point pu, au moment où la main l'abandonnait dans le mouvement opéré pour saisir la chaise, se trouver pris dans le jupon et rester accroché aux vêtements, alors que la jeune fille, ne le trouvant plus où elle l'avait laissé, et très troublée par cet incident, le croyait entré dans le corps? Il me semblait assez peu vraisemblable qu'un objet de 14 centimètres de long, muni d'un crochet aigu, pût traverser le canal de l'urèthre et se loger dans la vessie sans occasionner la plus légère déchirure, la moindre douleur, et, ensuite, qu'un corps de cette dimension et de cette nature séjournât dans le réservoir urinaire, sans déterminer, pour ainsi dire, de souffrance, permettant même à la malade de marcher l'espace de 2 kilomètres, et enfin, sans que les instruments explorateurs fussent parvenus à l'y rencontrer. Il est vrai que cet objet n'avait pas été retrouvé; mais n'avait-il pu se faire que, resté quelque temps accroché aux jupons, il fût ensuite tombé dans le trajet de la maison à l'église?

Une autre hypothèse se présentait encore. La jeune fille, nous dirent les parents interrogés, avait eu antérieurement quelques crises nerveuses: n'était-elle pas hystérique, et cette histoire de l'introduction d'un corps étranger dans la vessie n'était-elle point le produit d'une imagination déréglée? Dans quel but aurait-elle simulé? Je n'en pouvais concevoir aucun; mais les hystériques ne se font point faute d'inventer des mensonges sans autre intérêt que le seul plaisir de tromper.

Nous fîmes part de nos doutes à la famille, en demandant l'adjonction d'un de nos confrères; mais les parents n'y consentirent pas, et je restai près de sept mois sans revoir la jeune malade. Elle fut ramenée à mon cabinet le 27 mai.

Depuis le mois de novembre, elle avait toujours, au moment de la miction, souffert de la vessie, dans laquelle il lui semblait sentir parfois comme des abcès se former; ses urines contenaient fréquemment un dépôt assez abondant; néanmoins, elle pouvait faire de longues promenades; et même, à l'occasion d'un mariage, elle avait dansé toute une nuit; il lui avait semblé à ce moment qu'un mouvement se produisait dans le bas-ventre, comme si le crochet se déplaçait. Ses parents trouvaient qu'elle avait un peu maigri et perdu de la fraîcheur de son teint.

Je la fis étendre sur un canapé et constatai l'existence d'une induration limitée, siégeant à 1 centimètre 1/2 au-dessus et en dehors de l'épine du pubis, du côté droit. La pression sur ce point déterminait un peu de douleur; l'indicateur, introduit dans le vagin, sentait également, sur la paroi antérieure, une sorte de cordon dur, obliquement dirigé de haut en bas et de droite à gauche; l'impulsion du doigt sur cette partie se transmettait d'une manière appréciable au point induré de l'hypogastre. Enfin, le litho-explorateur de Thompson, introduit dans la vessie, vint immédiatement frapper contre un corps dur donnant la sensation particulière de l'incrustation calcaire; il me fut facile de le toucher d'avant en arrière, d'arrière en avant, dans une étendue assez grande, et enfin de le saisir entre les branches de l'instrument pour lui imprimer quelques légers mouvements de va-et-vient que la main placée sur le ventre percevait de la manière la plus nette. J'avais ainsi la certitude que ce n'était autre chose que le crochet dont, sept mois auparavant, j'avais mis en doute la présence dans la vessie.

Il fallait donc l'extraire; mais comment?

— Par les voies naturelles?

C'était la méthode qui se présentait la première à la pensée: il est si facile de dilater l'urèthre chez la femme! Mais, si l'on essayait d'enlever le crochet dans son intégrité, pouvait-on espérer parvenir, sans de graves dangers pour la vessie, à faire basculer un objet de 14 centimètres de long, terminé par un bout aigu, de manière à engager une de ses extrémités dans l'urèthre? Si on le brisait, il pouvait assurément devenir plus facile de saisir et d'extraire isolément chaque fragment; mais cette fragmentation était-elle possible, connaissant la dureté, la résistance de l'objet; et, en admettant qu'elle fût possible, n'était-il pas à craindre qu'elle exposât à la perforation de l'organe par l'extrémité pointue du crochet?

— Par une des méthodes de taille?

Dans toutes, l'incision étant faite sur la ligne médiane, on se trouvait, avec un peu moins de difficulté, peut-être, que dans l'extraction par l'urèthre, mais avec presque autant de danger, en présence de cette nécessité de faire basculer ce corps très long pour amener une de ses extrémités dans la boutonnière.

Préoccupé de ces difficultés et de ces dangers, je me demandai si une autre méthode, inspirée par les conditions particulières et exceptionnelles en face desquelles je me trouvais placé, ne serait pas applicable.

Le crochet paraissait, en effet, définitivement fixé dans la position qu'il occupait; avec le litho-explorateur, j'avais bien pu lui imprimer quelques petits mouvements dans le sens de sa longueur, mais aucun dans un autre sens; de telle sorte que ses deux extrémités devaient être engagées et maintenues immobiles; dans ces mouvements, la main gauche, placée sur la partie dure de l'hypogastre, avait senti le bout de l'instrument avec une telle netteté qu'il semblait qu'elle n'en fût séparée que par une faible épaisseur de tissus: la malade disait qu'elle avait senti un abcès se former et s'ouvrir à l'intérieur en cet endroit. Par suite de l'irritation produite par la pression continuelle du corps étranger, il était possible que la vessie eût contracté là des adhérences avec la paroi abdominale. Le crochet avait déjà séjourné sept mois dans la vessie sans y occasionner des désordres graves et sans altérer sensiblement la santé générale; il n'y avait donc plus nécessité d'agir immédiatement, et trois ou quatre semaines de plus étaient sans importance.

Ces diverses considérations m'amenèrent à penser que, dans ce cas spécial, la méthode de Récamier devrait être plus avantageuse, plus certaine dans ses résultats, moins dangereuse dans son emploi; que des applications réitérées de caustiques me permettraient d'arriver à coup sûr au point de la vessie qui était poussé contre l'hypogastre par le bout de l'instrument, et, par suite, de saisir cet objet et de l'extraire en totalité. Si des adhérences existaient déjà, la besogne n'en serait que plus facile et plus prompte; si non, elles devraient se produire par l'effet des caustiques. Mon savant collègue et ami M. le docteur Duménil, à qui je fis voir ma jeune malade, fit les mêmes constatations et donna son entière approbation à mes vues sur la marche à suivre pour l'extraction.

Du 3 juin au 15 juillet, quinze applications de caustique de Vienne furent faites à l'endroit où l'on sentait l'extrémité du crochet, c'est-à-dire un peu au-dessus et en dehors de l'épine du pubis; elles avaient une forme ovalaire, le grand axe parallèle à l'arcade fémorale mesurant 3 centimètres, le petit axe 2 centimètres. Le 22 juillet, la profondeur de la cavité ainsi creusée était environ de 15 millimètres: il semblait qu'une très faible épaisseur de tissus séparât le doigt, porté au fond, du crochet que l'on sentait toujours au même endroit. Je procédai à l'extraction avec l'assistance des docteurs Duménil et Derocque.

La malade étant endormie, une sonde métallique courbe fut introduite dans la vessie, afin de vider le réservoir et de remplacer l'urine par de l'eau de lin. J'avais projeté d'employer le litho-explorateur, dont je me serais servi tout à la fois pour fixer le crochet et pousser l'injection; mais, le canal de cet instrument s'étant trouvé accidentellement bouché, j'avais dû y renoncer. La sonde placée dans la vessie, après avoir reconnu la présence du corps étranger, avait été dirigée de telle façon que son extrémité vînt appuyer contre la paroi abdominale, au niveau du fond du cautère, et il était facile, dans cette position, de la sentir avec le doigt; des incisions, faites couche par couche au fond de la solution de continuité et suivant son grand axe, montrèrent qu'une épaisseur bien plus considérable que le toucher ne semblait l'indiquer séparait la cavité vésicale de la surface; il fallut inciser plus de 1 centimètre d'épaisseur de tissus indurés avant de rencontrer le bout de la sonde. Une hémorrhagie artérielle peu abondante mais persistante prolongea ce temps de l'opération; l'induration des tissus ne permettant ni l'écartement des lèvres de l'incision, ni l'application d'une ligature, la compression seule put arrêter l'écoulement sanguin et permettre de poursuivre l'opération. Le bistouri ayant enfin rencontré la sonde, l'incision fut agrandie de manière à permettre le passage de l'indicateur; la sonde, dont nous avions vu l'extrémité, fut enlevée et le doigt introduit dans la vessie pour guider la pince destinée à saisir et extraire le corps étranger. Mais, à ma grande surprise, il me fut absolument impossible de le sentir; le doigt ne rencontrait de tous côtés que la surface tomenteuse de la muqueuse vésicale, qui semblait comme flottante, et nulle part le crochet. Le litho-explorateur fut alors introduit; il trouva facilement le corps étranger, et, le saisissant, en dirigea l'extrémité vers la plaie, sans réussir toutefois à le rendre visible et sans même que le doigt pût le sentir à nu; il fut nécessaire d'inciser une mince couche de tissus sur le corps étranger pour le mettre à découvert: c'était le bout mousse qui se présentait. L'extraction se fit alors sans la moindre difficulté; l'incrustation calcaire n'existait qu'au centre de l'objet, dans une étendue de 3 centimètres environ et avec une faible épaisseur.

Les suites de l'opération furent des plus simples; à peine y

eut-il un léger mouvement fébrile. Je ne plaçai pas de sonde dans la vessie; mais, toutes les trois heures, la malade avait la précaution d'uriner, afin d'éviter une distension de l'organe qui aurait pu nuire au travail cicatriciel; il ne sortit jamais d'urine par la plaie, dont la cicatrisation s'opéra assez rapidement; elle était presque complète le 5 août, lorsque, obligé de m'absenter, je cessai mes visites.

J'ai revu en septembre et au commencement de novembre ma jeune malade: la cicatrice, froncée aux extrémités, n'a plus que 4 à 5 millimètres de large sur 2 centimètres environ de long; elle n'offre aucune sensibilité; les urines sont normales, sauf un léger dépôt, qui n'existe pas constamment, et *la malade n'éprouve aucune douleur, ni dans la miction*, qui n'est pas fréquente, *ni dans la marche*, bien qu'elle fasse presque chaque jour de longues promenades.

Je n'aurai que de courtes réflexions à joindre à cette observation. Ce n'est pas, il est superflu de le dire, avec l'intention de conseiller la méthode de Récamier pour l'extraction des corps étrangers de la vessie, que je me suis décidé à la publier. Il s'est rencontré un cas exceptionnel qui, en raison de circonstances toutes spéciales, se prêtait à l'emploi de cette méthode. Pareil cas se représentera-t-il? Cela est douteux; néanmoins ce n'est pas absolument impossible. Il pourrait donc n'être pas tout à fait sans utilité de connaître l'heureuse application qui en a été faite. Mais, ce que je me suis surtout proposé, c'est d'ajouter à l'histoire, si connue et pourtant toujours féconde en surprises, des corps étrangers de la vessie, un fait destiné à montrer une fois de plus les difficultés qu'en peut présenter le diagnostic.

Le distingué confrère qui m'avait appelé près de sa malade, et moi, nous avions une assez grande pratique des explorations vésicales pour ne pas méconnaître le bruit perceptible, sinon à l'oreille, du moins à la main, qu'aurait produit le choc de l'instrument explorateur contre un objet en os, dur et lisse. Il est pour moi absolument certain que, si l'un quelconque des instruments employés eût légèrement touché le crochet, je l'aurais senti; lorsque, plus tard, je revis la malade, cette sensation était d'une netteté parfaite; et pourtant, à ce moment, il y avait quelques inscrustations calcaires qui déjà obcurcissaient un peu le son.

Mon confrère avait cru, un instant, il est vrai, saisir l'objet, mais c'était uniquement à cause de la résistance qu'il avait éprouvée en retirant son instrument, et il m'a dit n'avoir perçu aucun choc; il en fut de même dans toutes mes investigations faites avec des instruments de forme et de courbure différentes, poussés dans toutes les directions. Le crochet ne fut certainement jamais atteint. Voilà donc un corps étranger, long de 14 centimètres, de texture très dense, à surface polie, dans les meilleures conditions enfin de sonorité, qui échappe à toutes les recherches dans la vessie. Par suite de quelles dispositions a-t-il pu en être ainsi? Je ne vois à cela qu'une seule explication plausible.

Pour que la vessie ait pu avaler brusquement ce corps, il était nécessaire qu'elle fût à l'état de distension complète; autrement, le fond de l'organe, contre lequel l'extrémité mousse du crochet serait venue buter, l'aurait repoussé; la vessie en eût-elle même admis 10 centimètres, qui, joints aux 3 centimètres contenus dans l'urèthre, auraient donné une longueur de 13 centimètres, qu'il serait resté encore en dehors du méat 1 centimètre du crochet, avec lequel la malade n'eût pas manqué de l'enlever.

Le crochet étant entré dans la vessie, son extrémité aiguë se sera fixée dans la muqueuse, à droite du col, pendant que l'extrémité supérieure, très légèrement inclinée à droite, arrivait jusque vers l'épine iliaque, où, le lendemain, la malade disait la sentir; puis, la vessie étant venue à se vider, le crochet se sera trouvé fixé dans cette position, donnant au réservoir à l'état de vacuité une forme très irrégulière par suite de laquelle l'organe, contracté autour du corps étranger, l'aura enserré comme dans une cellule, et, formant par le rapprochement des côtés comme une sorte de boutonnière, aura réussi à interposer constamment entre lui et les instruments un repli membraneux.

Ce qui donne encore plus de vraisemblance à cette hypothèse, c'est ce qui fut observé par mes deux confrères, les docteurs Duménil, Derocque, et par moi, au moment de l'opération. Bien que la sonde placée dans la vessie, et qui servait à guider l'incision, eût reconnu le corps étranger, il avait été impossible, une fois l'incision faite, de retrouver ce corps avec le doigt introduit dans la cavité vésicale: toujours on rencontrait la muqueuse; il avait fallu saisir le crochet avec le litho-explorateur, pour bien fixer son extrémité droite contre la plaie, et il avait été nécessaire ensuite de faire une nouvelle incision pour le mettre à découvert. Ce qui se produisait alors pour le doigt avait dû se présenter antérieurement pour les instruments.

Plusieurs mois après l'accident, pendant une nuit passée à danser, et la vessie ayant été, sans doute, fortement distendue par l'urine, le crochet, sous l'influence de mouvements saccadés, se déplaça (la malade dit l'avoir senti), et vint prendre une position presque transversale qui permettait d'en reconnaître aisément l'existence.

Il est encore un point, dans cette observation, qu'il ne me paraît pas sans utilité de mettre en lumière: c'est la modification imprimée aux tissus physiologiques par les applications réitérées du caustique de Vienne.

Vidal (de Cassis) avait conseillé l'opération de la pierre par la taille sus-pubienne en plusieurs temps, dans le but de prévenir les accidents occasionnés par l'infiltration urineuse consécutive. Les essais tentés dans cette voie n'avaient pas été encourageants, et je n'aurais aucune velléité de les renouveler, le volume des pierres auxquelles est réservée la taille hypogastrique devant presque nécessairement annuler les bons effets des cautérisations préliminaires. Mais, en me reportant à ce que mes confrères et moi avons observé pendant l'opération, je ne puis m'empêcher de penser que la conception de Vidal n'était pas sans justesse, et que son application à certains cas particuliers et bien choisis pourrait donner de bons résultats. Dans celui que je rapporte, en effet, non seulement la solution de continuité produite par les caustiques était en pleine suppuration, mais les tissus qui en formaient le fond avaient été profondément modifiés. Ils étaient denses, résistants; les lèvres de l'incision pratiquée pour arriver dans la vessie ne pouvaient être que difficilement écartées et s'affrontaient exactement, dès que le doigt ou les objets introduits entre elles étaient enlevés. Cette texture serrée, ce rapprochement parfait, étaient assurément de nature à s'opposer efficacement au passage de l'urine entre les lèvres de la plaie et à son infiltration dans les tissus; aussi, chez ma jeune malade, aucune goutte d'urine ne sortit-elle par la plaie, dont la cicatrisation s'opéra comme celle d'une plaie ordinaire.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Les nerfs vaso-dilatateurs.

A l'occasion du très court résumé que nous avions donné, dans notre dernier numéro (p. 826), des paroles prononcées par M. Onimus à la Société de biologie, sur la question des vaso-dilatateurs, notre confrère nous prie d'insérer les explications suivantes.

La Rédaction.

Je soutiens que la contraction propre des vaisseaux peut seule expliquer les phénomènes de congestion active; néanmoins je crois à la dilatation des vaisseaux, mais non à la dilatation faite directement par des fibres vaso-dilatatrices.

Je n'ai point ici à m'étendre longuement sur ce point, ayant

publié dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1874, un travail sur les congestions actives et sur la contraction autonome des vaisseaux, et, en 1877, un mémoire sur les erreurs commises dans les expériences physiologiques par l'emploi de l'électricité; travaux dans lesquels je cherche précisément à répondre aux objections qui ont été faites à cette théorie, et dans lesquels je démontre précisément qu'il y avait dilatation des vaisseaux, mais que cette dilatation n'était point la même que celle qui suit la paralysie des nerfs vaso-moteurs. C'est ce que viennent également de démontrer très nettement MM. Dastre et Morat. Mais, comme l'indiquait la *Gazette hebdomadaire* il y a trois semaines, dans son premier article, si le fait fondamental paraît bien établi ; si l'excitation du cordon cervical, dans certaines conditions, amène une hyperhémie considérable, plus considérable que l'hyperhémie passive, et due à une influence d'emblée et primitive, il s'agit de savoir si cela est général et normal pour tous les filets du sympathique.

Nous avons la prétention d'avoir démontré ce desideratum. Les premières expériences de Ch. Legros sur les tissus érectiles sont des plus concluantes sur ce point, et aujourd'hui nous venons dire à ceux qui constatent des congestions actives, qu'ils ont raison, mais que rien ne les autorise à admettre des nerfs vaso-dilatateurs proprement dits; nous leur répétons que l'anatomie se refuse absolument à cette interprétation, et que le seul moyen d'expliquer ces phénomènes, c'est d'admettre ce qui est réel, c'est-à-dire que les vaisseaux se conduisent *comme tous les tubes à fibres musculaires lisses, dont la contraction normale* facilite le cours des matières qui y sont contenues.

Je sais bien qu'en insistant sur ces points j'ai l'air de dire, selon l'expression vulgaire : « Prenez mon ours »; mais j'ai bien le droit aujourd'hui de revendiquer en faveur de notre théorie les faits péremptoires et indéniables qui sont découverts, alors surtout qu'il y a une quinzaine d'années nous étions, avec Ch. Legros, les seuls à soutenir que l'expérience classique de l'excitation du cordon cervical ne devait pas toujours être interprétée comme elle l'était. Le temps nous a donné raison, et plus on fera d'expériences dans ce sens, plus on verra qu'il y a des congestions actives que l'on ne pourra expliquer, ni par des influences nervo-paralytiques, ni par des dilatations directes. Le seul but de ma communication a été de constater la nécessité d'un *à priori*, d'admettre l'explication que nous avons proposée il y a quinze ans.

Dr Onimus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1880.—PRÉSIDENCE DE M. BECQUEREL.

Choléra. — M. *E. Haunet* adresse un mémoire relatif au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Intelligence des animaux. — M. *A. Netter* adresse une note relative à la question de l'intelligence et de l'instinct chez les animaux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° des lettres de candidature à la place de membre titulaire dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Broca, adressées par MM. Le Dentu, Cusco et Péan; 2° un travail manuscrit de M. le docteur L. Amat, intitulé : *Statistique de la ville de Cette;* 3° une lettre de M. Berger, commissaire général du Congrès international des électriciens, qui s'ouvrira à Paris le 15 septembre 1881, par laquelle il demande à l'Académie de se joindre aux organisateurs du Congrès. (Renvoyée à la section de physique et de chimie.)

M. *le Président* lit une lettre des fils du professeur Chauffard, annonçant la mort de leur grand-père, M. Denis Chauffard. (Voir aux *Variétés*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose le dernier Bulletin de statistique pour la ville de Paris, publié par le docteur Bertillon, qui contient un nouveau tableau intitulé : *Proportion des enfants mis en nourrice pendant les mois d'octobre et de novembre.*

M. *Béclard* présente, au nom de M. le docteur Dupau (de Toulouse), un stéthoscope qui n'est pas une modification, mais une transformation de celui généralement adopté.

M. *Hillairet* présente, au nom de M. Philippart (de Tournai), l'observation d'un cas de lymphadénite d'emblée, analogue à celui que M. Hillairet a eu l'honneur de montrer à l'Académie dans une séance précédente.

M. *Le Roy de Méricourt* dépose sur le bureau un volume de M. Gellé, intitulé : *De l'oreille; anatomie normale et comparée,* etc.

M. *Bouillaud* propose que la section de physiologie soit jointe à la section de chimie et de physique pour s'occuper de l'organisation du Congrès international des électriciens.

M. *le Secrétaire perpétuel* répond qu'il convoquera, en effet, cette section, en même temps que celle de chimie et de physique, et aussi celle de thérapeutique, afin que ces diverses sections nomment entre elles des commissaires qui se mettront en rapport avec M. Berger.

Élections. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant pour la section de médecine vétérinaire. La commission propose la liste suivante de candidats : en première ligne, M. Boutet (de Chartres); en deuxième ligne, M. Saint-Cyr (de Lyon); en troisième ligne, *ex æquo :* MM. Abbadie et Mégnin. Sur 72 votants, M. Boutet obtient 49 suffrages, M. Mégnin 16, M. Saint-Cyr 5; il y a 7 bulletins blancs. En conséquence, M. Boutet est élu.

Renouvellement du Bureau. — L'Académie procède ensuite, par la voie du scrutin, à l'élection d'un vice-président pour l'année 1881 ; M. Legouest passant de droit au fauteuil de la présidence. Le vice-président doit être pris, cette fois, dans l'ordre des sciences. Sur 77 votants, majorité 39, M. Gavarret obtient 51 suffrages, MM. Berthelot 8, Hardy 1, Lasègue 1, Vulpian 3, Wurtz 1, Regnauld 4, Sappey 1, J. Guérin 1 ; bulletins blancs, 6. En conséquence, M. *Gavarret* est élu vice-président.

M. Bergeron est prorogé comme *secrétaire annuel* par acclamation. Il remercie l'assemblée.

Les urnes circulent ensuite pour la nomination de deux membres du conseil. Sur 67 votants, le premier membre (ordre de la médecine), M. Bourdon, ayant obtenu 65 suffrages, est élu. Sur 58 votants, le deuxième membre (chirurgie), M. Tarnier, ayant obtenu 55 suffrages, est également élu.

Présentation de pièces. — M. *Guéniot* met sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques qui prouvent que les cordons ombilicaux peuvent être noués, au moins dans les grossesses gémellaires, et que, par conséquent, le cordon peut être une cause de mort par étranglement du cordon même, cause qui a été contestée, jusqu'à présent, par les auteurs les plus autorisés.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. le professeur Léon Le Fort sur les candidats au titre de membre correspondant pour la section de chirurgie.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement de l'épithélioma de la langue. — Présentation de malades : résection du coude. — Macrodactylie éléphantiasique.

M. *Le Dentu* continue la discussion sur le traitement de l'épithélioma lingual. Peut-il y avoir avantage, pour les individus atteints de cancroïde de la langue dans de mauvaises conditions, peut-il y avoir avantage à intervenir, et a-t-on chance d'obtenir une survie de notable durée ? Pour aider à la solution de cette question, M. Le Dentu examine les résultats de sa pratique.

Voici un premier cas, et des plus mauvais. Homme de trente-neuf ans, ayant un cancroïde de la langue frappé partiellement de gangrène. Vu l'âge du malade, cédant aux instances de la famille, M. Le Dentu se décida à opérer, malgré la présence de deux ganglions dans la région sous-maxillaire. Ces deux ganglions furent enlevés tout d'abord, et on n'en trouva point d'autres. Ensuite, ablation de la moitié de la langue par la région sus-hyoïdienne.

Pendant trois semaines l'opéré alla bien. Vers le vingt-et-unième jour, il se produisit un suintement sanguin à la plaie cutanée ; bientôt, pullulation effroyable de l'épithélioma ; mort au bout de deux mois et demi. C'est dans la plaie résultant de l'ablation des ganglions qu'avait eu lieu la repullulation,

sur le trajet des lymphatiques allant aux ganglions enlevés.

Un autre malade, ayant un cancer de la base de la langue dans les plus mauvaises conditions, mourut d'hémorrhagie cinq jours après l'opération.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Le Dentu a reçu un individu atteint de cancroïde de la langue, dont le diagnostic avait été très difficile au début; on pouvait croire à une gomme ulcérée. Le traitement au mercure et à l'iodure, continué pendant deux mois, ne donna aucun résultat. L'opération fut faite largement. On enleva les deux tiers de la langue avec l'écraseur; pas de ganglions engorgés. Le cancroïde avait envahi le pilier antérieur, qui fut enlevé aussi. Guérison. Cette opération avait été pratiquée au mois de mars. En juillet parut un petit ganglion. Le malade est rentré à l'hôpital, il y a deux jours, avec une masse ganglionnaire volumineuse; pas de récidive du côté de la langue. Le malade vivra encore quatre mois environ.

Le 16 août 1876, M. Verneuil adressa à M. Le Dentu un malade atteint de cancroïde de la langue. L'opération fut faite le 19 août. Il s'agissait d'un véritable fongus cancroïdal occupant la moitié droite de la langue, jusqu'à 2 centimètres de l'extrémité postérieure. Le diagnostic cancroïde fut porté par MM. Verneuil, Th. Anger et Le Dentu. Opération par la bouche avec le thermocautère. Depuis, le malade est resté guéri; il a été revu il y a quatre jours. L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait. L'épithélioma s'était développé sur une plaque de psoriasis. Voilà donc une tumeur guérie depuis quatre ans et quatre mois.

Au point de vue du manuel opératoire, M. Le Dentu fait remarquer que, lorsqu'il s'agit de passer des fils par la région sus-hyoïdienne pour contourner la base de la langue, on éprouve souvent une grande difficulté. M. Le Dentu a fait fabriquer une aiguille qui permet le passage facile des fils au moyen d'une courbure modelée sur celle de la langue.

M. *Perrin* communique quelques observations qu'il a pu recueillir au Val-de-Grâce. Un officier de cavalerie arrive à cet hôpital en 1869; il est âgé de soixante ans : épithélioma de la langue s'étendant aux piliers du voile du palais; suppurations, hémorrhagies. L'opération fut faite par la bouche au moyen de l'écraseur; pour placer les fils, on dut modifier le porte-aiguille. Guérison rapide. Le malade mourut d'une récidive en 1871. Il n'y avait point de ganglions engorgés au moment de l'opération.

2° Malade entré au Val-de-Grâce en décembre 1873 : cancroïde de la base de la langue allant jusqu'aux piliers; opération avec le galvanocautère en quatre séances, à dix jours d'intervalle. Le malade quitte l'hôpital guéri; il est perdu de vue.

3° Officier supérieur en retraite, entré en septembre 1874 pour un épithélioma de la moitié gauche de la langue; M. Poncet fait l'opération avec l'écraseur; il resta une partie de la tumeur, qui fut détruite par le galvanocautère en deux séances. Le malade sort guéri le 15 décembre; il revint voir M. Perrin pendant trois ans; depuis on ne l'a pas revu.

4° Colonel en retraite. Epithélioma en nappe, avec engorgement des ganglions. Destruction partielle avec le galvanocautère en plusieurs séances. L'opéré resta quatre mois à l'hôpital; il a dû mourir peu de temps après.

5° Homme de quarante ans, entré le 4 mai 1879 : épithélioma de la pointe de la langue. Opération avec le thermocautère. Avant d'opérer, M. Perrin passe sur les limites du mal une série de fils d'argent, pour bien limiter la partie à enlever. Guérison. Le malade a pu être suivi jusque dans ces derniers temps.

6° Lieutenant-colonel entré en 1877. Il était traité depuis longtemps pour un psoriasis de la langue. Sur le côté gauche de cet organe on voyait un espace dépourvu d'épithélium; sur cette surface rouge se développa une induration légère, mais nette. Un lit de fils d'argent fut passé à 1 centimètre au delà des limites du mal. Opération avec le thermocautère. L'examen histologique indiqua qu'il y avait encore une infiltration épithéliale non enlevée. M. Perrin détruit la partie restante de la langue. Pas de ganglions engorgés. L'opéré resta guéri deux ans, et il revint avec une récidive occupant tout le plancher et les ganglions lymphatiques. Mort quatre mois plus tard.

On peut partager les épithéliomas de la langue en deux groupes : 1° ceux auxquels on ne doit pas toucher : ce sont ceux qui sont accompagnés de ganglions engorgés, ceux qui s'étalent sur la muqueuse au lieu de gagner en profondeur. Pour opérer, il faut que la muqueuse environnante soit saine et qu'il n'y ait pas de ganglions. 2° Quant aux autres cancroïdes, il faut les enlever de suite et largement.

M. Perrin n'a point opéré par la région sus-hyoïdienne; il est possible d'enlever par la bouche les épithéliomas qui ne dépassent pas les piliers antérieurs. Quand on fait fonctionner lentement l'écraseur, on a chance de ne pas avoir d'hémorrhagie; on ne peut pas en dire autant de l'opération avec le thermocautère ou le galvanocautère.

M. *Trélat*. M. Verneuil a établi qu'il ne faut pas perdre de temps dans le traitement de l'épithélioma de la langue avec le traitement médical ou topique, et qu'il faut de suite aller à l'opération. Les faits qui se sont produits dans la discussion donnent un singulier appui à cette proposition. Il importe peu que M. Després appelle survie ce que nous appelons guérison; on a cité des malades qui vivent jusqu'à huit ans après l'opération; l'examen histologique avait été fait, et le diagnostic établi par des chirurgiens compétents. Qu'importe que le diagnostic ne soit pas assez puissant pour établir les variétés au point de vue de la clinique et du développement du mal! Nous avons onze faits d'opérés ayant survécu plusieurs années à l'opération.

Un malade de M. Trélat présentait une grande analogie avec le dernier cité par M. Perrin : psoriasis ancien et induration consécutive. M. Trélat a été plus heureux parce qu'il a opéré plus tôt. Quand un malade a quatre, cinq, six ganglions engorgés, il est trop tard, le mal a dépassé les limites de l'action chirurgicale. Il ne faut proscrire aucun procédé d'exérèse. L'anse galvanocaustique n'est pas très hémostatique; l'écraseur est plus hémostatique, et cependant M. Trélat a perdu un malade à la suite d'asphyxie, de propagation de l'inflammation et de faiblesse, parce que l'opération, faite avec l'écraseur, avait duré trop longtemps.

M. *Verneuil*. Faut-il, oui ou non, opérer les malades qui ont des ganglions engorgés? Quelquefois il faut opérer, d'autres fois non. On enlève bien des ganglions dans l'aisselle avec les cancers du sein; mais s'il y a des ganglions dans la région sus-claviculaire, on n'opère pas. De même, si avec l'épithélioma lingual on trouve des ganglions carotidiens engorgés, nous n'opérons pas.

Mais, outre l'opération curative, il y a l'opération palliative; de même que pour le cancer du rectum on fait un anus artificiel, ou la trachéotomie pour un cancer du larynx, l'opération palliative est admise pour le cancroïde de la langue; autrement on arriverait à supprimer toutes les opérations palliatives.

Si M. Verneuil conseille d'opérer par la région sus-hyoïdienne, ce n'est pas parce que l'opération n'est point possible par la bouche, c'est parce qu'on retrouve plus facilement les ganglions engorgés qui ont passé inaperçus avant l'opération. Quand la langue est adhérente au plancher buccal, on ne peut pas opérer par la bouche.

— M. *Sée* présente une jeune fille à laquelle il a fait, il y a sept ans, une résection du coude. Le résultat est parfait au point de vue fonctionnel.

— M. *Lannelongue* présente un enfant atteint de macrodactylie éléphantiasique, probablement d'origine congénitale.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

Teigne faveuse chez la souris; herpès circiné transmis du cheval à l'homme : M. Mégnin. — Influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racines motrices : M. Marcacci. — Altération des membranes profondes de l'œil à la suite de l'énervation : M. Poncet. — La membrane de Schrapnell dans l'oreille des fœtus humains : M. Gellé. — Retard de l'arrêt du cœur sur l'excitation du pneumogastrique; ses variations; sa cause : M. François-Franck.

M. *Mégnin* a observé récemment la teigne faveuse bien développée sur des souris capturées à Paris. C'est le troisième fait de ce genre signalé en France. M. Mégnin rappelle à ce sujet qu'on a déjà constaté la transmission de la teigne de la souris au chat et du chat à l'homme; réciproquement, la teigne peut être transmise de l'homme aux animaux.

M. Mégnin a constaté la présence de l'herpès circiné chez quinze hommes de son régiment. Ces soldats, qui ont été tous malades en même temps, s'étaient enveloppés pendant la nuit avec les couvertures de leurs chevaux. Les chevaux, principalement ceux arrivant de Normandie, étant souvent atteints de teigne tonsurante, M. Mégnin pense que l'herpès circiné provient de la teigne du cheval.

— M. *D'Arsonval* présente, au nom de M. *Marcacci*, une note *sur l'influence des racines sensitives sur l'excitabilité des racine smotrices.*

En étudiant les caractères de l'onde réfléchie, produite par l'excitation du nerf moteur en rapport avec la moelle, M. Marcacci a aperçu un fait nouveau, et qui offre quelque intérêt pour la question de l'excitabilité des nerfs moteurs.

Voici en quoi consiste l'expérience. On ouvre sur une grenouille le canal médullaire et l'on coupe d'un côté toutes les racines, en réservant seulement une paire, racine motrice et racine sensitive. On excite la racine motrice par un courant d'induction, et l'on cherche le courant minimum qui donne un effet, c'est-à-dire une contraction à l'ouverture. En écartent davantage les bobines, l'excitation est sans effet.

Cela posé, on coupe la racine sensitive, et l'on recommence l'expérience. Aussitôt le courant, tout à l'heure insuffisant, provoque une contraction énergique. Le courant minimum, lorsque la racine sensitive était intacte, est dans cette nouvelle condition un courant fort. Les choses se passent donc comme si la section de la racine sensitive avait accru considérablement l'excitabilité du nerf moteur. M. Marcacci réserve toute explication relativement à ce phénomène en apparence paradoxal.

— M. *Poncet :* En dehors des phénomènes extérieurs et nerveux déjà bien connus (thèse de Bedard et sa communication à la Société de biologie, août 1880), la section optico-ciliaire pratiquée immédiatement contre le bulbe a pour conséquence des désordres profonds qui peuvent être divisés en trois périodes :

1° Troubles de circulation rapidement effacés, grâce aux anastomoses antérieures, mais amenant déjà une migration périvasculaire de globules blancs, à la limitante interne de la rétine;

2° (Du huitième au trentième jour.) Inflammation des vaisseaux coupés, se propageant dans l'intérieur de la rétine, de la choroïde et du nerf optique : papillite, périartérite, endartérite, légère organisation fibreuse des leucocytes dans le corps vitré, à l'infundibulum de la papille et le long des vaisseaux;

3° (Dix-huit mois.) *Sclérose absolue de la rétine, avec imprégnation pigmentaire hémorrhagique ou choroïdienne. Passage des blocs pigmentaires dans le corps vitré.* Ces phénomènes, constatés sur des yeux d'animaux choisis parmi les plus sains en apparence et restés transparents, acquièrent souvent une intensité qui amène la fonte atrophique. Chez l'homme, la desquamation choroïdienne, le passage des molécules pigmentaires dans le corps vitré, sont en général suivis de la phthisie du bulbe.

Outre ces désordres chroniques, il se produit encore des lésions inflammatoires immédiates vers le pôle postérieur. Elles sont démontrées par la dégénérescence rapide de la rétine et de la choroïde dans cette région, les parties équatoriales restant relativement saines. Ces troubles directs sont attribuables à la section des artères trop rapprochée de l'œil; la sclérotique résiste à ce processus inflammatoire.

Ils peuvent être évités en respectant les insertions musculaires et en reportant la section du nerf optique environ à 6 millimètres du bulbe, ce qui donne encore une sécurité suffisante pour couper tous les nerfs ciliaires.

— M. *Gellé* a étudié la *membrane de Schrapnell* ou *flaccide*, partie supérieure du tympan, sur des oreilles de fœtus humains de deux, de quatre et cinq mois.

Cette portion du tympan diffère de la partie vibrante autant par sa forme et sa structure que par son mode d'origine et de développement. A l'époque fœtale, elle a des rapports intimes avec le contenu de la caisse tympanique et les osselets de l'ouïe : de là naissent des considérations pathogéniques et pratiques de quelque intérêt en otologie. Sur une coupe transversale, au niveau et dans la direction du manche du marteau, on trouve de dehors en dedans, au niveau de l'oreille moyenne :

1° Le derme, dont les fibres ondulées ont une direction presque verticale.

2° L'écaille temporale, lamelle mince de tissu osseux qui ferme la partie haute de la caisse en dehors.

3° Une couche fibreuse dense, continue avec le bord de l'os temporal, et qui s'étend de là à l'apophyse externe du marteau, où elle s'insère solidement. Quelques points d'ossification y sont disséminés. Ce faisceau, large et épais en haut, s'effile par en bas peu à peu.

4° En dedans de cette paroi ostéo-fibreuse solide, doublée en dehors du derme entonné, on trouve un tissu gélatiniforme, aqueux, composé de cellules embryonnaires multiramifiées et très distantes.

5° La tête du marteau apparaît mobile au milieu de ce tissu mollasse, qui l'isole et lui sert de périoste.

6° Ce tissu muqueux se continue avec celui de la partie inférieure de la caisse; une couche d'épithélium pavimenteux l'isole de la membrane tympanique qui lui est immédiatement accolée. Ce tissu est la muqueuse de la caisse, modifié, épaissi, resté à la phase embryonnaire.

7° Au niveau de l'apophyse externe du marteau, qui marque la limite nette entre la partie supérieure fibreuse, origine de la *membrane flaccide* de l'adulte, et le tympan, on voit l'insertion des fibres striées du muscle interne du marteau, disposées en éventail.

En résumé, la membrane flaccide est formée par la portion de cette zone fibreuse de la paroi externe de la caisse qui surmonte l'apophyse externe du marteau, et qui ne s'est pas ossifiée.

Par conséquent elle est constituée comme elle par la peau, le périoste, ou mieux la lame fibreuse ostéogène, et enfin par la muqueuse amincie, qui naît de la condensation, après la naissance, du tissu gélatiniforme de l'époque fœtale.

De ces recherches découlent quelques applications à la pathogénie auriculaire. Ces rapports si intimes à l'époque fœtale, entre la membrane flaccide, la chaîne des osselets et la muqueuse tympanique, expliquent peut-être la facilité avec laquelle les processus inflammatoires s'étendent de l'une à l'autre partie. On peut comprendre ainsi pourquoi le tympan résiste souvent fort longtemps avant d'être envahi par les affections de l'oreille moyenne, et reste quelquefois en dehors du mouvement pathologique.

Enfin, cela peut expliquer aussi la gravité exceptionnelle des affections congénitales ou précoces de l'oreille.

— M. *François-Franck* fait une communication sur le *retard de l'arrêt du cœur sur l'excitation du pneumogastrique*. Ce travail sera résumé dans le prochain numéro.

REVUE DES JOURNAUX

Des formes légères du scorbut, par M. A. Kuhn.

La prison de Moringen, dont M. Kühn est le médecin, fut, au printemps de 1876, le théâtre d'une épidémie de scorbut assez sérieuse. Pendant l'année précédente, on avait constaté des faits nombreux de *pneumonie contagieuse* (voy. *Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXI, p. 353); puis, vers le mois de décembre, après plusieurs semaines de froid humide, apparurent subitement des cas de scorbut. L'encombrement de la prison était manifeste : le nombre des internés dépassait de 36 pour 100 le chiffre réglementaire. L'alimentation était loin d'être défectueuse, et spécialement les pommes de terre étaient servies en abondance. Les premiers cas observés se montrèrent parmi des prisonniers occupés, dans un local étroit et clos, à peler les pommes de terre. En six mois, le médecin put enregistrer 180 cas, sur une population dont il ne donne pas le chiffre, mais que l'on peut évaluer à 800 hommes. L'affection ne se borna pas à la prison : la population de la petite ville présenta jusqu'à 74 cas de scorbut, et, chose curieuse, bien avant ceux de la prison. Le premier cas est celui d'un enfant « qui avait pris la maladie dans une école qu'il fréquentait et revint malade à la maison paternelle ». Ce passage, traduit textuellement, indique déjà les vues étiologiques de l'auteur. Ajoutons que ni l'âge, ni la profession, ni l'alimentation, etc., ne parurent exercer quelque influence : le froid humide et l'encombrement peuvent seuls être cités comme cause occasionnelle.

La symptomatologie décrite par l'auteur est extrêmement touffue. Comme ses prédécesseurs, observant en pleine épidémie, il a rapporté à la maladie régnante toutes les affections observées, même les plus légères, ce qui justifie aussi le titre de son travail. Il faudrait se garder cependant de trop généraliser dans cette voie. Une angine, une pneumonie, des accès intermittents, de l'herpes circiné, peuvent apparaître chez un scorbutique sans être aucunement dus à l'affection générale : c'est une simple coïncidence. L'auteur n'en fait pas moins entrer les accidents ci-dessus dans le tableau symptomatique général de l'épidémie.

Cette réserve faite, nous signalerons parmi les principales « formes légères » admises par M. Kühn, les suivantes :

1° *Anémie scorbutique simple.* Les phénomènes de l'anémie sont prépondérants. Dans un cas très grave de cette espèce terminé par la mort, on contata pendant la vie des signes cliniques fort semblables à ceux de l'anémie pernicieuse progressive, et à l'autopsie, les lésions combinées de l'endocardite ulcéreuse et végétante. Ce n'est pas la première fois que cette lésion assez inattendue a été trouvée chez des scorbutiques. Dans un second cas mortel, la maladie avait pris un décours extrêmement traînant, et le malade mourut d'épuisement progressif, avec dégénérescence amyloïde de la rate.

2° *L'angine* (scorbutique). Observée 18 fois. Forme catarrhale en général.

3° *Scorbut fébrile,* qui rappelle la stomatite des enfants ou la maladie de Werlhoff. Dans les cas cités par l'auteur, le thermomètre monte jusqu'à 40 degrés, soit tout au début, soit d'une manière intercurrente.

4° *Rhumatisme scorbutique.* Observé 13 fois, 7 fois dans les muscles et 6 fois dans les articulations. 5 fois on observa l'érythème spécial au rhumatisme.

Une observation intéressante concerne une enfant de six semaines, atteinte d'une manière non douteuse de rhumatisme articulaire aigu, avec purpura, sans lésions des gencives, mais qui probablement relevait de la même cause.

Ces faits rappellent les opinions de Benecke, qui pensait que le scorbut et le rhumatisme étaient au fond produits par la même cause.

L'auteur a constaté d'ailleurs que, dans ces formes rhumatismales du scorbut, les salicylates agissaient aussi rapidement que dans le rhumatisme essentiel.

5° *Complications thoraciques.* Tantôt bronchites simples, avec ou sans point de côté, ou bien des pneumonies plus ou moins graves, avec tendance aux hémorrhagies interstitielles.

L'auteur étudie finalement la nature de la maladie et arrive aux conclusions suivantes insuffisamment établies :

1° L'encombrement, la persistance du froid humide, peuvent faire naître, en dépit d'une alimentation suffisante, une maladie dont la symptomatologie est fort semblable à celle du scorbut dû à l'insuffisance de la nourriture, et qui a été jusqu'ici confondue avec le scorbut.

2° Le caractère fondamental de l'affection dont il s'agit est une anémie aiguë, avec tendance aux hémorrhagies et à diverses affections cutanées (surtout les formes érythémateuses et le purpura).

3° Elle se distingue du scorbut par inanition, par la fréquence de l'angine, et par ses symptômes rhumatismaux et broncho-pneumoniques.

4° Les pneumonies croupales survenant chez ces malades se rapprochent, par leurs symptômes essentiels et les résultats de l'autopsie, des pneumonies contagieuses.

5° Ces cas appartiennent aux maladies infectieuses, et doivent par suite être entièrement séparés du scorbut par inanition, qui est une maladie de nutrition.

6° Nous appelons cette maladie « scorbut infectieux », et nous la rangeons dans la classe des affections miasmatico-contagieuses.

MM. Villemin et Le Roy de Méricourt, dont on se rappelle encore le brillant tournoi à l'Académie de médecine, sont ainsi renvoyés dos à dos, et M. Kühn fait remarquer, non sans malice, que la querelle de ces messieurs n'a pas de raison d'être. Mais il est à craindre que sa théorie des deux scorbuts ne paraisse par trop éclectique, et que l'on continuera à admettre l'unité de cette maladie au point de vue des causes comme des symptômes. Rien ne s'oppose d'ailleurs à considérer comme cause principale la contagion, et l'on trouvera dans le courant du mémoire que nous analysons quelques anecdotes qui ne manquent pas d'intérêt à ce point de vue. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. VI, p. 25.)

Travaux à consulter.

Cholestérine dans l'urine, par M. Langgaard. — L'auteur a vérifié une fois de plus la présence de la cholestérine dans l'urine chyleuse ; voici le cas : densité 1010 à 1015, contenant une grande quantité de graisse dissoute. La présence de la cholestérine et de la lécythine était facile à démontrer. Mais quand on a voulu faire l'analyse quantitative, on n'a obtenu que des résultats très incomplets. (*Arch. f. anat. und physiol.*, t. LXXVI, p. 545.)

Sur un alcaloïde vénéneux et cristallisable extrait des viscères de deux cadavres exhumés, par M. Selmi. — Dans le premier cas il s'agissait d'un cadavre enterré depuis trente jours et dans lequel on avait trouvé une assez forte dose d'arsenic : alors Selmi se livra à la recherche des alcaloïdes et il en trouva un, mais en petite quantité : cet alcaloïde cristallisait en aiguilles ; il se combine avec les acides ; les sels peuvent aussi former des cristaux.

Selmi, peu de temps après, eut de nouveau l'occasion d'extraire d'un nouveau cadavre un produit cristallisant également en aiguilles et offrant également les réactions des alcaloïdes. Il avait

obtenu cet alcaloïde en concentrant la liqueur alcoolisée dans le vide de 35 à 45 degrés et réduisant à 70 centimètres cubes, puis en traitant par la baryte et l'éther. En faisant évaporer la liqueur éthérée, reprenant le résidu par l'eau acidulée avec l'acide acétique, filtrant, évaporant à siccité, reprenant encore par l'eau et par la baryte, puis par l'éther, il a obtenu l'alcaloïde presque incolore. (*Journal de pharm. et de chimie*, t. XXIX, p. 156, 1879.)

Ergotine dans les phlegmasies oculo-palpébrales, par le docteur Planat. — M. le docteur Planat (de Nice) a pensé que l'ergotine, grâce à ses propriétés vaso-constrictives énergiques, pourrait exercer une influence salutaire dans les phlegmasies oculo-palpébrales (blépharo-conjonctivites, kératites, etc.). Voici la formule qu'il a proposée et qui lui a donné de bons résultats : glycérine ou eau de roses, 20 grammes ; ergotine, 1 gramme à 1 gr. 50. On instille environ toutes les deux heures 8 à 10 gouttes de ce collyre dans l'œil. (*Journal de thérapeut.*, n° 20, 1878.)

A propos d'un prétendu signe de la perforation intestinale, par M. Levinski. — Botkin a publié en 1869 un cas de perforation intestinale dans lequel on percevait au niveau de la crête iliaque un véritable bruit amphorique synchrone aux mouvements respiratoires, et qu'il crut pouvoir attribuer à la circulation des gaz pas la perforation. Dans son mémoire, Levinski relate trois nouveaux faits montrant qu'on peut percevoir au niveau de la cavité abdominale des phénomènes d'auscultation identiques dans des conditions pathologiques variées, et avec possibilité de les expliquedifféremment. Le premier fait est analogue à celui de Botkin r dothiénentérie, perforation et issue de gaz dans le péritoine. Dans les deux autres (fièvre typhoïde, dysenterie chronique) il n'y avait qu'un météorisme considérable de la masse intestinale. A la suite d'expériences sur les animaux, Levinski se croit autorisé à admettre que dans toutes ces circonstances il ne s'agit que de la propagation de bruits morbides produits dans le poumon. (*Berlin, klin. Woschen.*, n° 46, p. 684 et n° 47, p. 693, 1878.)

Éléphantiasis du clitoris : Clitoridectomie, par M. C. Vervier. — Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans qui fait remonter à trois ans le début de son affection. Au début, cette tumeur présentait un léger degré d'érection avec sentiment voluptueux. La tumeur est volumineuse, parcourue par deux ou trois sillons ; elle est rosée plutôt que rouge et occupe presque tout l'orifice vulvaire, dans lequel le doigt ne peut pénétrer sans l'écarter. Le pédicule fait suite au clitoris ; les corps caverneux ne s'y prolongent pas. Sur la face dorsale existe une grosse vessie (l'auteur ajoute qu'il y avait une anomalie du vagin, qui, très court, ne présentait pas de cul-de-sac autour du col utérin). M. Verrier plaça une pince à pression sur le pédicule élargi et aminci, et, après l'avoir laissée vingt minutes en place, il fit l'excision de la tumeur. L'hémorrhagie, très peu abondante, fut facilement arrêtée. La tumeur vidée de sang a une longueur de 9 centimètres sur 3 de largeur et 9 de tour ; elle pèse 10 grammes. Elle est composée par du tissu fibro-adipeux. (*Annales de gynécologie*, t. XI, p. 275, octobre 1875.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de zoologie professées à la Sorbonne (Enseignement secondaire des jeunes filles). *Anatomie et physiologie*, par M. Paul Bert. — Paris, G. Masson. 1 vol. in-8. Prix : 12 fr.

Oui, ce beau volume grand in-8, imprimé avec le luxe de bon goût auquel on est habitué de la part de l'éditeur ; ce gros ouvrage de 555 pages, qui est en réalité un savant et habile résumé de ce qu'on sait le mieux sur l'anatomie et la physiologie des animaux ; où les sujets les plus délicats, vaisseaux lymphatiques, vaisseaux capillaires, nerfs vaso-moteurs, moelle, cerveau, etc., se placent hardiment à côté de ceux qui entrent plus ordinairement dans les livres élémentaires d'éducation, comme la digestion, la respiration, le mouvement ; ce livre illustré où, parmi les 402 figures intercalées dans le texte, toutes soignées, toutes élégantes, s'en trouvent qu'on serait heureux de rencontrer dans les traités classiques les plus complets et les plus avancés ; ce nouveau produit enfin de l'infatigable activité de M. Paul Bert, est destiné au sexe gracieux, et chacune des leçons dont il se compose commence par : *Mesdemoiselles*. Ces leçons ont été professées pendant dix années consécutives (1869-1879) dans les amphithéâtres de la Sorbonne et de la place Gerson, sous le patronage de l'*Association pour l'enseignement secondaire des jeunes filles*. On voit que l'auteur ne s'était pas laissé devancer dans le mouvement qui porte à élever le niveau, à accroître la force et la solidité de l'instruction chez la femme.

Si c'était le lieu d'apprécier le mérite de cette innovation, il faudrait peut-être mettre en balance avec des avantages réels certains inconvénients de quelque conséquence. Ce vin de la science, quand il est distribué dans les lycées, s'approprie aux besoins naturels de jeunes intelligences presque toutes destinées aux carrières libérales, et presque toutes en état, par la fortune des parents, de s'y engager sans trop de difficultés ; mais, administré moyennant une très faible rétribution à toutes les jeunes filles qui ont le désir d'y goûter, ne peut-il devenir intempestif et capiteux pour nombre d'entre elles que leur destinée encore incertaine peut lier à la vie commerciale et à un mari peu curieux de matières azotées, de papilles fungiformes et de tubes urinifères ? Hâtons-nous de le dire, ce mal que nous entrevoyons, il n'est pas inhérent au principe. Le principe est excellent. Il est bon, il est juste que l'intelligence de la femme, si déliée, si souple, si perspicace, si quêteuse, ne soit pas sevrée des plus nobles plaisirs de l'esprit, de ceux surtout que donne le merveilleux spectacle de la nature, et qui, renfermés dans des limites convenables, ont cet avantage particulier, non seulement d'accroître le savoir, mais surtout d'habituer à l'observation, d'en faire comprendre les règles et les difficultés, de fortifier à la fois le raisonnement et la raison, de suggérer sur le milieu où l'on vit des idées justes et saines, d'écarter mille erreurs, mille préjugés, et de substituer enfin dans des cerveaux tendres, sensibles, n'ayant encore sur toutes choses que de vagues idées ou des instincts obscurs, de mettre des notions sérieuses et profitables à la place des mirages de l'imagination. Voilà le bien voulu par l'enseignement secondaire des jeunes filles ; pourrait-on obtenir, par des procédés de réglementation, que ce bien ne puisse pas dégénérer en mal ? Nous aurions bien quelque chose à dire là-dessus ; mais ce n'est pas l'affaire de la *Gazette hebdomadaire*.

Cet enseignement de la zoologie, ou plutôt de l'anatomie et de la physiologie de l'homme et des animaux (car telle est la substance du livre), est le pas le plus hasardeux qu'on puisse faire dans la nouvelle voie ouverte à l'instruction publique. Les collègues de M. P. Bert aux cours de la Sorbonne, MM. Cahours et Riche, étaient vraiment fort à l'aise en enseignant cette *Chimie des demoiselles*, dont ils ont fait un petit livre très intéressant, épuisé aujourd'hui et qu'ils devraient bien réimprimer. On en peut dire autant de messieurs de la botanique, continuateurs du Rousseau des *Lettres*, chargés de faire après Loiseleur-Deslonchamps un *nouveau voyage dans l'empire de Flore*, dans l'empire des fleurs en particulier, qui est, dit-on, celui des demoiselles elles-mêmes. Nous ne connaissons guère que ce brave homme de Demoutiers qui eût pu se trouver dans des positions aussi délicates que celles d'un professeur d'anatomie et de physiologie, s'il eût renversé entièrement, devant son *Emilie*, le mur de la vie privée des dieux de la *mythologie*. Mais sa galanterie musquée l'a préservé de cette incongruité. M. P. Bert, lui, se trouvait en présence des plus grosses difficultés du genre. Il a commencé par lever la principale en castrant, nous disons en castrant, son sujet de la manière qui convenait pour un pareil auditoire. Il traite seulement des muscles, de la digestion, de la respiration, de la voix, du sang, de la circulation, des sécrétions et excrétions, de la nutrition, du mouvement, des actes nerveux en général, des centres nerveux, des nerfs et des organes des sens. Cherchez ce qu'il omet. Pour ce qu'il n'omet pas, il trouve aisément son salut dans les

ressources de son esprit, habitué, on le sait, à se jouer dans les sphères les plus variées et les plus disparates. Il ne lui échappe pas, dans tout ce volume, un mot capable d'effaroucher l'oreille la plus pudique. Si quelque question se présente, qui provoque forcément des images désagréables, celle de la *putréfaction* par exemple, il prévient son public. On va peut-être lui faire entendre des choses terribles, mais indispensables. C'est le professeur qui est à plaindre! Et le résultat de cette adroite manœuvre est que, le défilé heureusement franchi, grâce à un choix délicat d'expressions, le public est d'autant plus rasséréné que la peur avait été plus grande. Quelquefois, pourtant, toutes les dextérités de langage risqueraient d'être insuffisantes : il est des mots qu'on ne peut guère éviter si l'on veut être compris. Dans ces cas, M. P. Bert, qui est un homme pratique, dérobe le sujet sans le laisser même entrevoir. Ainsi, au chapitre de la digestion, la jeune élève apprend ce que c'est que la mastication, la déglutition, les transformations digestives; mais ce n'est qu'après la leçon, et rentrée chez elle, qu'elle peut s'aviser de songer au reste de l'opération.

Nous avons dit que, sous couleur de zoologie, c'est l'anatomie et la physiologie qui ont été l'objet du cours; M. P. Bert est allé par intervalles un peu plus loin; il a, comme il le dit lui-même, l'audace de « faire de l'hygiène, de la pathologie, de la thérapeutique »; mais, ajoute-t-il, « sans prononcer aucun de ces *vilains* mots ». On sait que nous n'aimons guère ces choses-là dans l'éducation des gens du monde, par une raison à laquelle l'auteur sera peut-être sensible. C'est le contraire de l'enseignement laïque; c'est l'enseignement sacerdotal fourvoyé. Non pas que nous voulions défendre la médecine hiératique, ni ramener l'art au mystère et la pratique à l'initiation; mais la science médicale actuelle, la science à ciel ouvert, laisse les plus instruits dans d'assez profondes obscurités et d'assez grands embarras pour que nous ne jugions pas le moment venu d'en occuper le public. Seulement on aura remarqué cette restriction de l'auteur, qu'il n'a pas prononcé les mots d'hygiène, de pathologie et de thérapeutique, qui sont de vilains mots à l'oreille des demoiselles. Pour qui a lu l'ouvrage, cela signifie que, sur ce terrain, M. P. Bert ne s'est jamais aventuré bien loin, et qu'il s'est borné à tirer des faits qu'il venait d'exposer les déductions pratiques les plus claires et les plus utiles. Aussi a-t-il grand soin, dans son *résumé*, de prévenir chez ses élèves toute visée présomptueuse. « Ne vous figurez pas, leur dit-il en les quittant, que vous sachiez la médecine, qu'on m'a reproché de vouloir vous apprendre. Vous en savez juste assez pour aller *chercher à temps un médecin* et comprendre ses indications : c'est déjà beaucoup. » *Amen.*

A. Dechambre.

Contributions à l'étude des températures périphériques, et particulièrement des températures dites cérébrales, dans les cas de paralysie d'origine encéphalique, par le docteur H. Blaise, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. In-4 de 273 pages, avec 9 planches de tracés thermométriques. — Paris, G. Masson. Prix : 6 fr.

L'auteur a divisé son travail, basé sur environ 2000 explorations thermométriques, en trois parties principales : la première est consacrée à l'étude des températures dites *cérébrales;* la deuxième à celle des autres températures *périphériques* (aisselles et membres); la troisième comprend l'histoire clinique détaillée des malades qui ont servi à ces recherches.

M. Blaise fait précéder l'étude des températures cérébrales morbides d'un long chapitre sur la thermométrie cérébrale physiologique, où se trouvent exposés et critiqués, d'une façon très complète, tous les travaux qui ont paru sur cette intéressante question. On y trouve également les résultats de quelques recherches personnelles qui se rapprochent sensiblement de ceux qu'ont obtenus Maragliano et Seppilli. Les températures moyennes de chaque région du crâne n'ont, pour l'auteur, qu'une importance toute secondaire; il n'en est pas de même des différences entre les régions symétriques. Un tableau spécial est destiné à faire ressortir les divergences considérables qui existent entre les chiffres trouvés par les différents auteurs. M. Blaise termine ce chapitre en énonçant, sous toutes réserves, quelques propositions générales.

1° Il ne pense pas que des thermomètres appliqués sur les téguments crâniens puissent traduire les oscillations de la température du cerveau, et pour cette raison il préférerait l'expression thermométrie *péricrânienne* à celle de thermométrie *cérébrale.* 2° Ces mensurations thermométriques lui paraissent peu susceptibles d'applications utiles à l'étude des localisations. 3° Les chiffres qui représentent les températures du crâne peuvent subir à l'état normal des oscillations assez étendues (34 à 37 degrés centigrades), qui sont la conséquence d'influences multiples, variables comme intensité, dont les unes dépendent de l'individu, les autres du milieu ambiant. 4° La température va habituellement en décroissant de la région frontale à la région occipitale, l'inverse pouvant toutefois se produire, ou deux régions pouvant présenter le même degré thermique. 5° La différence entre deux régions symétriques, quand elle existe, ne dépasse pas habituellement 0°,3, même sous l'influence des efforts intellectuels ou des émotions, l'avantage restant habituellement au côté gauche.

M. Blaise étudie ensuite successivement les températures péricrâniennes dans les cas de ramollissement, d'hémorrhagie cérébrale, de sclérose, de tumeurs du cerveau et de méningite tuberculeuse.

Après avoir exposé et critiqué les résultats obtenus par Broca et E. Maragliano dans le ramollissement du cerveau, l'auteur expose ceux qu'il a obtenus lui-même, et ceux, inédits, que son maître, M. le professeur Grasset, avait obtenus avant lui.

M. Blaise a étendu ses recherches à un grand nombre de malades, et il serait trop long de reproduire ici toutes les conclusions par lesquelles il termine le chapitre du ramollissement cérébral. Nous ne ferons qu'indiquer les principales. Tout d'abord il ressort des résultats obtenus que la question de la thermométrie cérébrale, dans le ramollissement, n'est pas aussi simple qu'on avait paru le croire jusqu'ici. L'abaissement thermique au niveau du lobe ramolli serait loin d'être constant. Dans certains cas, l'auteur n'a trouvé aucune différence entre les deux côtés. Dans d'autres, au contraire, il y avait élévation du côté lésé, coïncidant, le plus souvent, avec les poussées congestives qui accompagnent si fréquemment le ramollissement, particulièrement à son début. Les différences portent d'ailleurs sur des quantités très minimes, variant, le plus souvent, entre 0°,05 et 0°,2; exceptionnellement elles ont atteint 0°,4 et 0°,5. Enfin, au début du ramollissement, qu'il y ait ou non apoplexie, si la température axillaire s'élève, la température péricrânienne suit une marche parallèle.

Le chapitre de l'*hémorrhagie* débute par l'exposition complète des recherches de E. Maragliano. Après avoir discuté la valeur des résultats obtenus par le professeur de Gênes, M. Blaise expose ses recherches personnelles, qui ont porté sur dix malades. Il lui a semblé impossible, jusqu'à plus ample informé, de s'appuyer sur les indications de la thermométrie cérébrale pour établir le diagnostic entre un ancien foyer d'hémorrhagie et un ancien foyer de ramollissement. Les résultats obtenus dans l'apoplexie sont tout particulièrement intéressants. Les courbes péricrâniennes présentent, dans ce cas, un parallélisme complet avec les courbes axillaires.

L'auteur termine son étude de thermométrie cérébrale par l'exposition des résultats obtenus par C. Gray et Mill dans le

cas de tumeurs du cerveau, par Putman Jacoby dans la méningite tuberculeuse. Il cite enfin deux cas de sclérose où le thermomètre ne lui a donné que des résultats négatifs.

Dans tous ces cas de lésions cérébrales, M. Blaise pense que si les variations de la température du cerveau présentent un certain rapport avec celles de la température péricrânienne, il ne s'agit pas là d'un simple phénomène de conduction physique, comme nous l'avons d'ailleurs établi nous-même, mais plutôt d'une action réflexe ou sympathique modifiant la circulation locale périphérique, phénomène analogue à ce qui se passe dans la pneumonie pour le bras correspondant au poumon enflammé.

Dans la deuxième partie de son travail, de beaucoup la plus considérable, et aussi, à notre avis, la plus importante au point de vue clinique, M. Blaise étudie la température des aisselles et des membres. Ici encore on trouvera un historique soigné et de nombreux faits d'observation dans le détail desquels nous ne saurions entrer.

Dans l'apoplexie par hémorrhagie cérébrale, lorsque cette dernière se fait en une seule poussée, l'auteur trouve, pour les aisselles, la tête et les membres, des courbes présentant les trois stades cliniques établis par Charcot pour la marche de la température centrale. Dans le premier stade ou période d'abaissement, les membres paralysés se refroidissent plus que les membres sains. Les courbes péricrâniennes présentent un parallélisme remarquable avec les courbes axillaires; il n'en est pas de même pour les membres.

Dans l'apoplexie par ramollissement, l'auteur établit plusieurs types pour la marche de la température axillaire. 1er *type :* La température s'accroît lentement, mais d'une façon continue, à peine arrêtée dans sa marche par quelques rémissions peu notables; puis la mort survient au bout d'une longue période ascensionnelle qui n'atteint d'ailleurs qu'un chiffre peu élevé. 2e *type :* La température monte en quelques heures à un chiffre peu élevé pour redescendre, au bout d'un temps presque aussi court, à la normale; le malade guérit. 3e *type :* On peut distinguer nettement trois périodes : une période d'ascension, une période stationnaire et une période de descente. La température atteint rapidement son *fastigium*, qui peut être un chiffre élevé, même lorsque l'état apoplectique a déjà disparu. La période stationnaire dure un temps peu considérable, puis survient le troisième stade qui ramène rapidement la température à la normale ; ce type paraît comporter un pronostic favorable. 4e *type :* Pronostic fâcheux, ascension continue de la température. 5e *type :* Même marche que dans l'hémorrhagie.

Un deuxième chapitre, consacré à l'étude de la température périphérique terminale et *post mortem* chez les apoplectiques, renferme un exposé complet des travaux qui ont paru sur l'élévation finale et *post-mortem* de la température.

Dans un troisième chapitre, l'auteur étudie la température des aisselles et des membres en dehors de l'état apoplectique. Dans l'hémiplégie, il trouve le plus souvent la température du membre paralysé inférieure à celle du membre sain. Ses observations ne lui permettent pas d'établir de *distinction absolue* entre les paralysies récentes et les paralysies anciennes. La différence quelquefois nulle, le plus souvent peu considérable, aux aisselles, a varié entre 0°,1 et 0°,4; exceptionnellement elle a atteint 1 degré. Aux membres, elle était plus marquée qu'aux aisselles, et s'est élevée dans quelques cas à 2, 3 degrés et même 4°,8. Ce qui donne à penser à l'auteur que « si les membres paralysés présentent une température plus basse que les membres sains, cela tient à ce que les premiers maintiennent plus difficilement leur température que les seconds ». La présence ou l'absence de contractures n'a pas paru exercer d'influence marquée sur les résultats thermométriques, tandis que l'œdème a paru faciliter le refroidissement.

Dans tous les cas d'hémianesthésie qu'il a observés, M. Blaise a trouvé une diminution de la température du côté anesthésié (de 0°,4 à 0°,7), avec diminution de la sécrétion sudorale et de la vascularisation des parties paralysées. Enfin, la nature de la lésion cérébrale n'a pas paru exercer une influence spéciale sur le *quantum* des différences. L'auteur termine ce chapitre en cherchant à interpréter, au moyen des données actuelles de la physiologie, les résultats qu'il a obtenus.

Un quatrième et dernier chapitre comprend l'étude de l'action thermogène du vésicatoire et des rubéfiants à l'état normal et sur les parties anesthésiées. L'auteur énumère une série de recherches faites sous la direction de son maître, M. Grasset, et dont la plus grande partie avait été déjà publiée par ce dernier.

Enfin, nous attirerons l'attention sur la troisième partie du travail de M. Blaise, qui comprend une série d'observations pleines d'intérêt et dont plusieurs peuvent servir utilement à l'étude des localisations cérébrales.

L'analyse forcément succincte que nous venons de donner de ce consciencieux travail suffit pour en montrer la valeur, sans qu'il soit nécessaire d'ajouter ici des éloges que le lecteur a déjà décernés à l'auteur.

François-Franck.

Index bibliographique.

De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. — Thèse pour l'agrégation, par le docteur Porak. — Paris, chez Germer Baillière.

Quand une femme atteinte de maladie du cœur devient grosse, elle est exposée, d'un côté, à une aggravation de la maladie cardiaque, et, en outre, cette maladie elle-même n'est pas sans influence sur l'évolution de la grossesse et l'avenir du fœtus.

D'autre part, la grossesse elle-même crée dans la crase du sang et dans la circulation des modifications importantes. Ces modifications sont le plus souvent passagères et appartiennent, en quelque sorte, à la physiologie de la grossesse. Mais elles peuvent persister après l'accouchement, survivre à l'état gravide et constituer des états morbides qui se développeront ultérieurement.

On voit que la question comprenait plusieurs points de vue. On avait, avant toute chose, à se préoccuper de l'influence de la grossesse sur les maladies cardiaques préexistantes, et réciproquement. Mais il fallait, en outre, bien établir les modifications que la grossesse fait subir normalement à la circulation.

La plus importante de ces modifications est l'augmentation de la masse du sang et, par conséquent, de la pression intravasculaire. Le cœur devra réagir contre cet excès de pression, d'où son hypertrophie ou tout au moins sa dilatation. A la fin de la grossesse, les efforts de l'accouchement ne pourront qu'exagérer ces conditions nouvelles. Le plus souvent, l'accouchement terminé, tout rentre dans l'ordre ; le cœur reprend ses dimensions normales, et on a pu comparer cette sorte de régression à celle qui a lieu dans une tout autre mesure dans le tissu utérin. Mais on comprend que si le cœur est déjà malade et, surtout, si le myocarde est attaqué, il y aura grande chance pour que la lésion s'aggrave et que les symptômes s'en exagèrent d'une façon persistante. Cette influence nocive de la grossesse sur les maladies du cœur préexistantes est incontestable. Il faut tenir grand compte, en pareil cas, de l'état général de la malade au moment où la grossesse débute. Il paraît, en outre, démontré que la grossesse aggrave plus particulièrement les lésions mitrales et en particulier le rétrécissement; tandis qu'elle influe d'une manière moins fâcheuse sur les lésions aortiques.

Nous avons dit que, d'autre part, les maladies du cœur ne sont pas sans influence sur la marche de la grossesse. Les métrorrhagies survenant avant, mais surtout après l'expulsion du fœtus, se lient souvent à la maladie cardiaque. L'avortement peut donc arrêter la conséquence.

Il est plus que probable que certaines altérations du placenta sont liées à la même cause. Bien que cette question soit encore à l'étude, M. Porak croit pouvoir affirmer que les altérations placentaires sont beaucoup plus fréquentes chez les cardiaques que chez les femmes bien portantes. En outre, quand le fœtus ne succombe pas, il arrive souvent que son développement se fait incomplètement, et qu'il naît avec des apparences chétives et disposé à une mort prématurée. Les indications thérapeutiques qui ressortent de ces faits d'observation sont précises.

Tout en tenant compte de la nature de la lésion cardiaque, des troubles locaux ou généraux qu'elle détermine, de l'état de santé de la malade, on peut établir que le mariage doit être déconseillé aux cardiaques, que la maternité leur est dangereuse et que l'allaitement lui-même doit leur être interdit.

Quant aux accidents congestifs qui peuvent troubler chez elles le cours d'une grossesse, ils sont souvent modifiés d'une manière fort avantageuse par la saignée. On doit à cette médication, préconisée dans ces derniers temps par M. Peter, de remarquables succès.

Au moment de l'accouchement, les troubles cardiaques graves peuvent obliger l'accoucheur à intervenir pour terminer promptement le travail. En pareil cas l'emploi du chloroforme, qu'on serait porté à redouter, peut rendre au contraire de grands services, comme l'ont prouvé les observations de M. Lucas-Championnière et du docteur Macdonald. Il faut toutefois agir avec une grande prudence.

Blachez.

VARIÉTÉS

Nécrologie : Denis Chauffard. — M. le président de l'Académie de médecine a annoncé, dans la dernière séance, la mort de M. Denis Chauffard (d'Avignon), père du célèbre professeur de pathologie générale, qui a été si soudainement enlevé à la science et à l'enseignement. Il était âgé de quatre-vingt-quatre ans, et l'on peut se figurer l'atteinte qu'a pu porter à sa santé, habituellement robuste, le coup terrible et imprévu qui l'a frappé il y aura bientôt deux ans.

Denis Chauffard, qui s'était fait remarquer de bonne heure par son *Traité sur les fièvres prétendues essentielles* (1825), devenu, plus tard, le *Traité des inflammations internes* (1831), et à qui l'on doit encore de nombreux mémoires de médecine pratique, réunis en plusieurs volumes, s'était acquis une véritable célébrité dans tout le Midi, où l'on faisait souvent de bien loin appel à ses lumières et à son expérience.

Prix de l'internat. — Le concours pour les prix de l'internat s'est terminé, pour la première division, par la question suivante : Causes, signes et diagnostic de l'éclampsie puerpérale. Les résultats sont :

Première division. — 1° Médaille d'or : M. Merklen (Pierre-Marie-Joseph-Félix), interne de quatrième année à l'hôpital Beaujon ; 2° médaille d'argent : M. Ballet (Louis-Gilbert), interne de quatrième année à la Salpêtrière ; les membres du jury ont demandé à l'administration de l'Assistance publique qu'il fût accordé une cinquième année d'internat à ce lauréat ; 3° première mention honorable : M. Chauffard (Marie-Emile-Anatole), interne de troisième année à la Pitié ; 4° deuxième mention honorable : M. Poulain (André), interne de quatrième année à l'hôpital des Enfants-Malades.

Deuxième division. — 1° Médaille d'argent : M. Netter (Juste-Arnold), interne de deuxième année à l'hôpital Lariboisière ; 2° première mention honorable : M. Michaud (Paul-Marie), interne de deuxième année à l'hôpital Lariboisière ; 3° deuxième mention honorable : M. Thibierge (Georges), interne de première année à l'hôpital de la Charité ; 4° troisième mention honorable : M. Duplay (Jean-Baptiste), interne de deuxième année à l'hôpital Necker.

Concours pour l'externat. — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé, le mercredi 15 décembre 1880, par le classement des candidats dans l'ordre suivant :

1. Villar, Varnier, Hartmann, Hontang, Roger, Hallé, Gouttière dit Cachera, Demoulin, Pignot, Huet, Wickaml, Jeanton, Bucquet, Monprofit, Boutticr, Vuillamier, Diez, Malibran, Mérigot de Treigny, Duchon-Doris.

21. Vallet, Uribe, Gallois, Butruille, Regnauld, Loppé, Doyen, Didiou, Martin, Leflaive, Hervé, Lejard, Langlois, Chrétien, Poupon, Roussel, Braine, Dieudonné, Martin de Gimard, Girode.

41. Vallois, Ayrolles, Proust, Queyrat, Desgoffe, Demelin, Ménager, Michel, Dortel, Hamon, Festal, Champeil, Callais, Soyer, Barbier, Simon (Marie-Paul), Delon, Bacna, Moulinet, Cotton d'Englesqueville.

61. Charier, Veret, Debrand, Graverry, Godet, Chaslin, Delahaye, Gosselin, Bœhlher, Leval-Piquechef, Lhirondel, Pennel, Cayla, Courbatieu, Bouygues, Hitier, Guinon, Springer, Secheyron, Campart.

81. Reverchon, Duron, Depierris, Rousseau, Lancry, Aurière, Aron, Carbou, Charles, Chayé, Ranguedat, Gaudichier, Richer, Jaurand, Casteñeda, Narich, Bourrel, Lallot, Potocki, Ronsin.

101. Carlet, Dutertre, Turbert, Pollier, Reboul, Deschamps, Filibilin, Fournier, Bataille, Giboteau, Duroselle, Levêque, Alexandre, Grandhomme, Legrain, Courtade, Grisel, Picard, Jacquelot, Costilhes.

121. Fournel, Lafille, Cordier, Collache, Quermonne, Ruiz y Diaz, Robert, Lefèvre, Dalché de la Rive de Desplanels, Collin, Hirschmann, Devis, Ricoux, Ribeton, Gautier, Hirschfeld, Bottey, Bouycr, Bolognesi, Fourrier.

141. Dupré (Arthur), Oursel, Mernel, Cadiz, Caillet, Planès, Marieux, Renouard, Landa, Rogier, Bellier, Gaillard, Dewèvre, Pichevin, Lhomme, Hainaut, Casanova, Tourneur, Renard, Michaux.

161. Chauveau, Chaussat, Pilot, Oudrille, Fauvelle, Guigo, Brossard, Sardou, Jailles, Lengueville, Nicolas, Berne, Dupont, Maron, Rigolet, Guyon, Pesme, Lanel, Carlier, Faille.

181. Sarazin, Bertrin, Gomot, Vénégas, Monnet, Jutelet, Klippel, Cahn, Cazaux, Ringeisen, Bezançon, Buret, Fleury, Dutheil, Olivier, Pinel-Maisonneuve, Puistienne, Torkomian, Gouly, Coumailleau.

201. Boutarel, Coulon, Dupré (Henri), Vell, Lachaud, Banvillet, Bessière, Hélie, Triboul, Grimodie, Genesteix, Verdié, Gourichon, Leter, Leblond, Lasègue, Dupré (Pierre), Barancy, Grenet, Boularan.

221. Magniatis, Lemoyne, Vincent, Camescasse, Bouchut, Denux, Parreño, Emourgeon, Duriau, Martha, Imberdis, Trilhe, Raldiris, Vauthier, Robin, Trévelot, Chambert, Monique, Féolde, Bogdan.

241. Bosset, Mulette.

Les candidats qui se sont présentés cette année étaient au nombre de 326.

Les dernières questions de la seconde épreuve orale (pathologie) ont été : 1° Traitement de l'épistaxis ; 2° De l'administration du chloroforme ; 3° Entorse ; 4° Symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu.

Faculté de médecine de Lille. — M. Pyotte (Jean) est nommé aide-préparateur du laboratoire des travaux chimiques, en remplacement de M. Batteur, démissionnaire.

— M. Duquesne (Charles-Eugène) est nommé aide-préparateur de pharmacie et de pharmacologie, en remplacement de M. Clayes, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Leclerc (François) est délégué provisoirement, jusqu'à l'issue du prochain concours, dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Duchamp, appelé à d'autres fonctions.

— M. Pollosson (Alexis-Maurice), est institué chef de clinique chirurgicale pour une période de deux ans, en remplacement de M. Cusset, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Chandelux, maître de conférences d'histologie, est chargé des fonctions d'agrégé, du 1er novembre 1880 au 1er novembre 1883.

Sont chargés, du 1er novembre 1880 au 1er novembre 1881, des cours annexes ci-après désignés : MM. R. Tripiers, cours de pathologie interne ; Fochier, cours des maladies des enfants ; Dron, cours des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Bard (Joseph-Louis-Marius) est institué chef de clinique médicale pour une période de deux ans, en remplacement de M. Gros, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Dubreuilh, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Vaillant, dont le temps d'exercice est expiré.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — Par arrêté du 21 décembre 1880, un concours sera ouvert, le 24 juillet 1881, pour un emploi de chef des travaux chimiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Légion d'honneur. — Par décret du 20 décembre 1880, M. Parise, professeur de clinique externe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Quarantaines. — Selon plusieurs journaux, les consuls ont repoussé à l'unanimité, sur la proposition du baron de Ring, le projet du gouvernement égyptien qui abrège la durée des quarantaines et diminue ainsi les garanties de sécurité. Un projet réservant les droits des puissances sera présenté par le doyen du corps diplomatique.

Conseil municipal. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 11 décembre courant, a décidé l'achèvement des travaux d'installation à la nouvelle clinique d'accouchement de la rue d'Assas; l'agrandissement de l'asile de la rue Servan et l'acquisition d'un immeuble sis à Forges-les-Bains, à l'effet d'y installer l'orphelinat Vitallis.

Société d'anthropologie de Paris. — Le bureau pour l'année 1881 est composé comme suit: MM. Parrot, *président;* Thulié, 1er *vice-président;* Proust, 2e *vice-président;* Topinard, *secrétaire général;* Magitot, *secrétaire général-adjoint;* Pozzi et Chervin, *secrétaires annuels;* Collineau, *conservateur des collections;* Dureau, *archiviste;* Leguay, *trésorier.* — *Commission de publication :* MM. Letourneau, Bertillon, de Ranse.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau, qui se trouve constitué, pour l'année 1881, ainsi qu'il suit: président, M. Charrier; vice-président, M. Duroziez; secrétaire général, M. de Beauvais; secrétaires annuels, MM. Thévenot et Thorens; archiviste, M. Rougon; trésorier, M. Perrin. Conseil d'administration : MM. Collineau et de Saint-Germain. Comité de rédaction : MM. Cyr, Lutaud, Antonin Martin, Motet.

Les étudiants en médecine de Moscou. — On lit dans les journaux :

« Trois ou quatre cents étudiants en médecine se sont rassemblés hier dans la cour de l'Université et ont demandé à parler au recteur pour lui donner des explications sur certains malentendus survenus entre les étudiants et les professeurs Snéïereff et Sernoff. Le recteur ne s'est pas présenté devant les étudiants et s'est rendu chez le gouverneur général. Le grand maître de la police a sommé les étudiants de se disperser, mais les étudiants n'ont pas voulu se conformer à cet ordre. On dit que des scènes violentes se sont alors produites. Les gendarmes ont cerné la cour; tous les étudiants ont été arrêtés et ont traversé toute la ville sous escorte, pour se rendre à la maison d'arrêt. »

On annonce qu'un autre rassemblement a eu lieu le 20, et que les autorités universitaires de Moscou ont résolu de suspendre les cours.

Université de Bale. — L'Université de Bâle vient d'être dotée d'un nouveau bâtiment devant servir à l'anatomie pathologique. Ce bâtiment, érigé à proximité de l'hôpital de la ville, doit son existence à la libéralité de la Société académique, qui a consacré à ce but la somme de 85 000 francs. L'administration de l'hôpital, de son côté, a fourni un terrain de 30 000 francs pour la construction. La caisse cantonale, enfin, n'a eu à se charger que de l'ameublement, qui a coûté 18 000 francs. On avait pensé que le nombre des étudiants en médecine s'occupant de travaux microscopiques à l'Institut pathologique pourrait s'élever, avec le temps, jusqu'à 30, de 15 à 20 qu'il avait atteint dans les dernières années; mais les prévisions se trouvèrent dépassées dès l'ouverture du nouveau bâtiment, grâce à l'augmentation des étudiants en général, dont le nombre s'est élevé, de 206 pendant le semestre d'été, à 275 à l'ouverture du semestre d'hiver. Dans ce nombre, la médecine est représentée par 100 étudiants (semestre précédent, 76), la jurisprudence par 26 (28), la théologie par 61 (52), la philosophie (sciences et lettres) par 58 (52).

Mortalité a Paris (50e semaine, du vendredi 10 au jeudi 16 décembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1031, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 21. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 14. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 51. — Dysenterie, 2. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 10. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 44. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 69. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 23; au sein et mixte, 21; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 97; de l'appareil circulatoire, 95; de l'appareil respiratoire, 71; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 4. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 5.

Bilan de la 50e semaine. — Nous n'avons à signaler en cette 50e semaine que de faibles mouvements généraux : 1031 décès au lieu de 1051. Pour les affections épidémiques, il y a sensible diminution des décès par fièvre typhoïde (23 au lieu de 39); par variole (21 au lieu de 24); par coqueluche (4 décès au lieu de 11). Mais il y a eu cette même semaine un peu plus de décès par infections puerpérales : 9 (dont 2 dans les hôpitaux Beaujon et Pitié) au lieu de 6 (tous en ville) pour la semaine précédente. Cependant l'accroissement porte notamment sur :

1° Les décès par scarlatine, qui sont surtout en hausse : 14 au lieu de 6; le quartier *Vivienne* à lui seul en compte 3, portant sur des enfants de deux à cinq ans; le *XIe arrondissement* en dénonce 4, dont 2 filles de un à quatre ans dans le quartier *Sainte-Marguerite.*

2° Les décès par diphthérie : 51 décès au lieu de 45; et ici il y a plusieurs foyers distincts et prononcés, sur lesquels il importe d'attirer l'attention. Le principal se rencontre encore dans le *XIe arrondissement,* qui, à lui seul, compte 9 décès par diphthérie, dont 3 à *la Roquette;* le XVIIIe, le XIIIe, chacun 5, et, pour ce dernier, il s'en trouve 3 dans le seul quartier de la *Maison-Blanche.*

D'ailleurs, au sujet de la diphthérie, il y a lieu de remarquer sa progression continuellement ascendante depuis la 46e semaine, car, à partir de cette 46e semaine, les décès se succèdent comme il suit : 29 — 32 — 40 — 45 — 51. Il y a là un mouvement trop marqué et trop régulier pour ne pas solliciter toute l'attention des praticiens, et de tous ceux qui ont mission d'hygiène publique.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs,* sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la Gazette hebdomadaire *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* Bulletin de l'Académie de médecine, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de zoologie professées à la Sorbonne (enseignement secondaire des jeunes filles), par M. Paul Bert, professeur à la Faculté des sciences. *Anatomie et physiologie,* avec 402 figures dans le texte. Un magnifique volume grand in-8 de 560 pages. Paris. 12 fr.
Cartonnage toile, plaque spéciale, doré en tête. 15 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, *président;* BLACHEZ, DIEULAFOY, A. HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, A. H. MARCHAND

Adresser tout ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 30 décembre 1880.

DES TUBERCULOSES LOCALES. — *Académie de médecine :* MORT DU FŒTUS PAR NŒUDS DU CORDON.

Des tuberculoses locales.

L'expression de *tuberculoses locales*, d'un emploi journalier en Allemagne depuis quelques années (Friedländer, 1873; Köster, 1877), n'a conquis droit de cité dans notre langage scientifique que depuis fort peu de temps. Elle prête, il est vrai, à l'équivoque et demande une définition précise. Il faut réserver cette dénomination des processus tuberculeux isolés, naissant, se développant dans les divers organes et appareils, en dehors de toute localisation pulmonaire antérieure, et sans tendance *immédiate* à la généralisation.

Cette formule est, en quelque sorte, l'affirmation d'un mouvement de réaction contre la loi naguère classique de Louis : « Après quinze ans il ne peut y avoir de tubercules, s'il n'y en a pas dans le poumon. »

Bien que Cruveilhier eût signalé des faits de tuberculose localisée, ils n'avaient guère attiré l'attention, et la loi de Louis, à quelques exceptions près, comptait au nombre des axiomes médicaux les plus solidement établis. Lorsque, dans ces dernières années, l'école française, si brillamment représentée par Thaon, Grancher, Charcot, eut donné la formule histologique commune aux deux modalités cliniques de la phthisie pulmonaire, et que l'on se crut en possession du critérium anatomique de la tuberculose, on en vint, par une généralisation naturelle, à étendre cette donnée aux autres organes; on surprit la tuberculisation à son début dans divers appareils, voies uro-génitales, articulations, etc., où la loi de Louis interdisait, en quelque sorte, de chercher le point de départ de la maladie constitutionnelle. D'autre part, de remarquables travaux cliniques, ceux de Reclus et de Tapret, par exemple, apportaient le contrôle de l'observation médicale aux résultats de l'anatomie pathologique.

Peu à peu les histologistes s'enhardirent, et retrouvant dans un grand nombre d'affections réputées scrofuleuses les lésions spécifiques de la tuberculose, ils se virent amenés, de par le microscope seul, à les enlever à la scrofule, et la dénomination de tuberculoses locales servit à résumer les deux caractères essentiels de ce groupe d'affections : spécificité, localisation du processus. Il en fut ainsi pour les tumeurs blanches (Köster), le lupus (Friedländer, Lang), les abcès froids (Lannelongue), les gommes scrofuleuses de la peau (Brissaud et Josias), enfin la vulgaire écrouelle ganglionnaire (Schüppel, Rindfleisch). Mais, à ce moment déjà, clinique et histologie ne marchaient plus d'accord; le divorce s'affirma à mesure que les novateurs, faisant œuvre de pathologie générale, en vinrent à confondre presque entièrement la scrofule et la tuberculose.

D'autre part, certains anatomo-pathologistes allemands, refusant aux lésions tuberculeuses une spécificité histologique quelconque, cherchèrent en dehors de l'anatomie microscopique le critérium de la tuberculose, dans des parasites; c'est ainsi que l'étude des tuberculoses locales ramena les esprits à voir dans la phthisie une maladie infectieuse. Cette étude, féconde d'ailleurs au point de vue de la pathologie spéciale, a été, en quelque sorte, la pierre de touche des doctrines nouvelles en tuberculose; aussi y a-t-il quelque intérêt à résumer rapidement les données, tant cliniques

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Index-Catalogus de la bibliothèque médicals du ministèrs de la guerrs des Etats-Unis (1). Quelques rèflexions, à ce propos, sur le dèpôt lègal des imprimés en France.

Nous n'en sommes plus à compter les choses extraordinaires qui nous arrivent d'Amérique ; mais comme la qualité n'est pas toujours en rapport avec la quantité, on a l'habitude de prendre en mauvaise part les productions de ce pays, annoncées comme merveilleuses. Nous ne craignons pas que pareil reproche puisse être adressé à l'œuvre que nous signalons aujourd'hui à l'attention de nos lecteurs, car si elle est extraordinaire, c'est surtout par son utilité, et en outre par ce fait qu'elle est et qu'elle restera probablement longtemps encore sans rivale.

Il s'agit, comme notre titre l'indique, du catalogue de la bibliothèque dépendante du ministère de la guerre des Etats-Unis. — Cette bibliothèque renfermait, en 1876, ainsi que nous l'apprenait à cette époque le professeur Gross de Philadelphie, 38 000 volumes et 40 000 brochures, dont 2000 seulement n'avaient pas trait à la profession. Les acquisitions faites avec une grande activité depuis cette époque nous portent à croire que le nombre de ces volumes doit atteindre aujourd'hui près de 100 000. La principale richesse de la bibliothèque est une collection unique des publications médicales périodiques, dont le nombre actuel est de près de 2200, et dont la simple énumération comprend les 125 premières pages grand in-8 du volume (70 lignes à la page).

L'auteur de cette œuvre, qui restera comme le plus beau monument élevé à la littérature médicale à la fin du dix-neu-

(1) INDEX-CATALOGUE *of the Library of the Surgeon-General's Office United tates Army*, vol. I. A. Berlinski. — Washington, Government printing Office, 1880.

qu'anatomo-pathologiques, que sur cette question nous ont fournies les travaux les plus récents.

II

Certains faits *cliniques* sont bien établis; c'est par eux que nous devons commencer cet exposé.

C'est la pathologie des voies génito-urinaires qui, jusqu'à ce jour, a le plus bénéficié de cette tendance des esprits. La voie fut d'ailleurs ouverte par M. Brouardel, qui, dans sa thèse, restée classique, sur la tuberculisation des organes génito-urinaires de la femme, montra cette affection évoluant parfois en dehors de tout processus analogue dans le poumon. En 1876, Reclus, s'inspirant de la doctrine uniciste de Grancher et Charcot sur la phthisie pulmonaire, décrit les divers modes d'envahissement tuberculeux du testicule, et, au milieu de la diehotomie clinique, reconstituant l'unicité spécifique, démontre le caractère diathésique de la soi-disant orchite caséeuse. Enfin il fait voir que souvent la lésion se limite au testicule, et qu'elle peut, sans montrer aucune tendance à la généralisation, se terminer par une guérison définitive.

Vers la même époque, Tapret, dans son mémoire couronné, écrit dans le service et sous l'inspiration de M. Guyon, traçait le tableau le plus complet de la tuberculose urinaire. Prenons sa description comme type clinique de tuberculose locale. Un individu de vingt à quarante ans, en apparence bien portant, se met à pisser du sang; puis, la dysurie survenant, le malade expulse de sa vessie, au prix de grandes souffranees, quelques gouttes d'une urine plus ou moins altérée par des dépôts purulents ou sanguinolents. En même temps, ou peu après, on constate l'existence d'une blennorrhée, d'une induration du col vésical; et enfin le diagnostic se confirme, soit par l'examen des épididymes hypertrophiés et noueux, de la prostate bosselée, soit par l'endolorissement de la région rénale. Le processus est si bien localisé que les phénomènes généraux peuvent faire entièrement défaut; pendant des semaines, des mois, des accalmies passagères font parfois douter de l'exactitude du diagnostic, jusqu'à ce que l'affection s'affirme définitivement et que le malade succombe, tantôt à la généralisation de la tuberculose, tantôt à la phthisie urinaire, qui se traduit par des manifestations urémiques ou la septicémie résultant d'une suppuration diffuse des voies génito-urinaires.

Le travail de Tapret a été complété, dans une de ses parties, par un autre élève de M. Guyon, Guebhard (1878), qui, lui aussi, conclut à l'existence de deux variétés de cystite tuberculeuse, l'une secondaire, l'autre primitive.

Cette autonomie, au point de vue du processus tuberculeux, démontrée pour les voies uro-génitales par la clinique et l'anatomie pathologique, on l'a revendiquée en même temps en Allemagne et en France pour les séreuses articulaires. Après les recherches de Köster, Cornil, Roux, Lannelongue, l'existence de lésions tuberculeuses des articulatians semble hors de conteste; mais l'histoire clinique de cette affection est encore à faire. Toutefois on peut, avec Brissaud (*Revue mensuelle*, 1879), reconnaître trois formes de tuberculose locale articulaire : aiguë, rapide, chronique, correspondant aux formes classiques de la phthisie pulmonaire.

La localisation primitive et parfois isolée de la tuberculose a été également observée sur les grandes séreuses. Ainsi Brissaud, dans son mémoire si original sur les tuberculoses locales (*Arch. gén. de méd.*, 1880), rapporte un fait de pneumothorax survenant à titre de manifestation initiale d'une tuberculose pleurale prémitive. D'autre part, Eichhorst a publié dans les *Charité-Annalen de* 1875 une observation de péricardite tuberculeuse primitive qui se termina par une hémorrhagie, et rappela à ce propos plusieurs faits de même nature recueillis dans la littérature médicale. D'ailleurs, il émet à ce sujet une assertion contraire aux idées qui ont cours en France. Tandis que, d'après les auteurs français, la tuberculose semble montrer dans l'enfance une certaine prédilection pour le péricarde, d'après Eichhorst, au contraire, la plupart des observations connues concernent des individus d'un âge avancé. L'histoire clinique de cette affection est d'ailleurs peu connue; on doit cependant constater la tendance hémorrhagique des néoformations tuberculeuses.

Rare dans la plèvre et le péricarde, la tuberculose localisée l'est tout autant pour le péritoine et les méninges : ainsi Hessert, sur 38 cas de méningite tuberculeuse, ne trouve que 2 faits de tuberculose limitée aux enveloppes cérébrales.

L'œil ne possède pas cette immunité relative, et les observations de tuberculose oculaire primitive sont assez nombreuses; l'affection s'y présente sous les formes les plus variées, ainsi qu'en fait foi la thèse récente de Nitot où cette question est succinctement étudiée.

L'appareil digestif paraît être à l'abri de ces localisations primitives; c'est ainsi que dans sa remarquable thèse sur la tuberculose du pharynx, H. Barth affirme que les organes respiratoires sont constamment atteints en même temps que le pharynx.

---

vième siècle, est M. le Dr John S. Billings, lieutenant-colonel et chirurgien de l'armée des Etats-Unis, assisté de son collègue le Dr Robert Fletcher. M. Billings n'est pas un inconnu en France; on sait toute la part qu'il a prise à la rédaction des magnifiques travaux publiés sous la direction de MM. Barnes, Otis, Woodward, sur l'hygiène, les maladies, les blessures des armées américaines pendant la guerre de la Sécession; on connaît encore la *Revue* intéressante qu'il a écrite dans l'*American Journal of the medical sciences* d'octobre 1876, sur la littérature et les institutions médicales des Etats-Unis depuis un siècle; on sait enfin que c'est lui qui a inspiré et mis à exécution la belle utile conception de l'*Index-Medicus*, compte rendu de la littérature médicale du monde, autre œuvre également sans analogue dans notre littérature actuelle. Il ne manquera plus rien à la réputation de savant que mérite si bien M. Billings, lorsqu'il aura terminé l'*Index-Catalogue* de la bibliothèque qu'il dirige si supérieurement.

La confection de ce catalogue, dont le premier volume seul est imprimé, s'est effectuée de la manière la plus simple. Les titres de tous les travaux originaux contenus dans les 2000 collections de la bibliothèque, et ceux des collections elles-mêmes, ont été inserits sur une fiche, et ceux des ouvrages et brochures sur une double fiche : ces titres sont restés dans leur langue primitive, sauf pour le russe et le japonais, qui ont été traduits en anglais. Ce travail préparatoire a demandé sept années d'un labeur assidu et ininterrompu. Alors toutes ees fiches ont été classées suivant l'ordre alphabétique des matières, et à propos de chaque sujet, tous les travaux y relatifs ont été classés d'après l'ordre alphabétique des noms d'auteurs; les volumes et brochures d'abord, puis les travaux insérés dans les publications périodiques. En d'autres termes, la bibliographie complète de tous les sujets, qui se suivent dans l'ordre alphabétique, se trouve dressée par ordre alphabétique des noms d'auteurs. Mais comme pour eela on n'a utilisé qu'une des fiches consacrées aux ouvrages et brochures

Tels sont les documents cliniques, bien peu nombreux, que nous possédons aujourd'hui; c'est au point de vue principalement anatomo-pathologique qu'ont été faits les autres travaux que nous avons mentionnés. Aussi ne nous est-il pas encore permis de considérer comme définitives les doctrines qui y sont émises, et de rapporter à la tuberculose certaines affections, toujours réputées scrofuleuses, lupus, abcès froids, ostéites, et même « gommes scrofuleuses » de la peau.

Est-il possible de donner dès à présent un aperçu d'ensemble de la tuberculose localisée, au point de vue de son évolution clinique? Si une pareille tentative est prématurée, quelques idées générales se dégagent cependant de la comparaison des faits recueillis. Tantôt le tubercule s'empare de l'organe pour y évoluer à la manière d'un néoplasme, avec une marche ordinairement lente et insidieuse. Tantôt, au contraire, c'est un processus inflammatoire, soit aigu, soit, ce qui est le plus fréquent, torpide, qui, se produisant en dehors de toute cause appréciable, fait soupçonner l'envahissement tuberculeux (orchite, blennorrhée, cystite, iritis tuberculeuses). Enfin, on constate souvent dans la tuberculose localisée, un molimen congestif et même hémorrhagique précoce; témoin l'hématurie prémonitoire de la tuberculose urinaire, dont l'importance diagnostique, soupçonnée par Dolbeau, a été démontrée par Stapfer et Tapret; témoin le caractère hémorrhagique des ulcérations du péricarde, et enfin l'hémorrhagie oculaire, qui permet seule quelquefois de soupçonner une altération de la choroïde restée jusqu'alors latente. A tous ces titres, la tuberculose paraît, dans les divers organes, se comporter d'après des lois analogues à celles qui régissent la phthisie pulmonaire; l'unité spécifique de ces processus semble donc bien établie.

Au point de vue du pronostic, il serait intéressant de rechercher, pour chaque variété, le degré de fréquence de la généralisation. Mais les renseignements à ce sujet font encore défaut, et d'ailleurs, comme on va le voir, la démarcation entre les processus scrofuleux et tuberculeux est encore trop imparfaitement tracée pour que les résultats d'une semblable enquête méritent créance.

III

Ces rapides considérations démontrent l'existence de certaines tuberculoses locales; la preuve nous en est fournie non seulement par la clinique, mais encore par l'anatomie pathologique; car l'évolution morbide, dans toutes ses phases, depuis l'induration nodulaire jusqu'à la caséification et la fonte ulcéreuse, rappelle entièrement les processus phthisiogènes étudiés dans le poumon.

De là à généraliser, de là à faire disparaître la scrofule dans la tuberculose, il y a loin; c'est ce qu'ont essayé cependant un certain nombre de savants, tels que Köster, Friedländer, Rindfleisch, Brissaud, élève de Charcot, à quelques restrictions secondaires près. C'est à l'anatomie pathologique seule qu'ils demandent le critérium de la spécificité tuberculeuse. Ce rôle, qu'un instant Schüppel avait revendiqué pour la cellule géante, ils l'assignent aujourd'hui à un petit tout microscopique, « tubercule primitif, follicule tuberculeux », qui, on le sait, est constitué par une cellule géante, avec une double couronne de cellules épithélioïdes et embryonnaires. Ce nodule se trouvant à l'état typique, idéal (Rindfleisch), dans diverses affections réputées scrofuleuses, telles que les tumeurs blanches, le lupus, les abcès froids, l'écrouelle ganglionnaire vulgaire, on serait en droit, d'après eux, de détacher toutes ces affections de la strume pour les faire rentrer dans la tuberculose; d'ailleurs elles affirment en quelque sorte leur malignité locale par des caractères communs: tendance à l'ulcération, aux cicatrices profondes, aux récidives sur place. Le domaine de la scrofule se limiterait à certaines altérations superficielles, plus ou moins banales, des muqueuses ou de la peau, telles que l'impétigo, l'ozène, etc.

Cette théorie a été formulée avec une rigueur quasi mathématique par Rindfleisch, dont les idées à ce sujet méritent d'être succinctement rapportées.

Une irritation locale quelconque, qui chez un individu sain ne produirait qu'une hyperhémie passagère ou une desquamation épithéliale, détermine chez le scrofuleux, grâce à « l'anomalie de végétation » qui constitue cette diathèse, une infiltration profonde du tissu adénoïde sous-muqueux, avec tendance à la disposition nodulaire de l'exsudat.

Dans ces produits de néoformation se développe, *sur place*, le poison tuberculeux qui, irritant les vaisseaux et ganglions lymphatiques, y détermine des altérations spécifiques (période secondaire); enfin, dans une troisième phase du processus il se fait une sorte d'éruption de foyers métastatiques dans les organes les plus éloignés, pendant qu'une « cachexie de résorption » consume rapidement les forces du malade. Dans cette conception il serait difficile de fixer la ligne de démarcation entre les produits scrofuleux et les lésions de la tuberculose « primaire »; mais les soi-disant scrofulides

---

l'autre, représentant les noms d'auteurs, a été intercalée parmi les noms des matières. On a fait de même pour les titres des collections; de sorte qu'en résumé les noms de matières, les noms d'auteurs (pour les ouvrages séparés) et les titres de collections se trouvent confondus dans le classement par ordre alphabétique, que la bibliographie complète de chaque sujet se trouve dressée par ordre alphabétique, et que les travaux de chaque auteur se trouvent réunis ensemble, rangés d'après la date de leur publication. Il va sans dire que tous ces arrangements ont été faits suivant la nomenclature anglaise; mais il suffit d'en être prévenu pour s'y reconnaître.

Comme base de classification, M. Billings a posé certaines règles que peuvent se résumer ainsi:

Tous les mots représentant des termes médicaux sont devenus titres de sujets: *maladies, affections* (abcès, Addison, (maladie d') acné, albuminurie, alopécie, alcoolisme, amaurose, aménorrhée, anévrysmes, angine, asphyxie, asthme, ataxie); — *régions et organes* (abdomen, air-passages, anus, artère, auditory canal, axilla); — *procédés et méthodes opératoires* (acupressure, amputation, anesthésie, antiseptique surgery, bandages, etc.); — articles généraux sur l'*anatomie*, la *physiologie* (absorption, appetit), la *médecine* (auscultation), la *chimie* (acide, alcali), la *physique* (baromètre), l'*hygiène*, (acclimatation, air, alimentation, bains), les *eaux minérales*, la *thérapeutique*, etc.

Aux noms d'organes on trouvera les travaux relatifs à l'anatomie, à la physiologie, et souvent aux anomalies, maladies, tumeurs, et enfin aux plaies et blessures de cet organe; pour les maladies, les ouvrages relatifs aux généralités, à l'étiologie, à la symptomatologie, au diagnostic, pronostic et traitement, classés suivant chacune de ces divisions. Quant aux médicaments, on les trouvera à leur nom si on les considère en général, ou dans l'ensemble des maladies dans lesquelles on les emploie (aconit, aconitine, alcool, ammoniaque, anesthésiques, etc.), ou bien au nom de la ma-

graves rentrent dans le domaine de la tuberculose, et l'écrouelle ganglionnaire devrait être considérée comme une « tuberculide » secondaire. Aussi, contre cette néoplasie maligne, en face du danger imminent de la généralisation, faut-il employer le fer ou le feu; par exemple, on ne doit pas hesiter à extirper les ganglions caséeux (Hueter, Rindfleisch).

Nous ne nous attarderons pas à discuter cette conception des rapports qui existent entre la strume et la tuberculose; la clinique condamne en effet sans appel cette confusion de deux états morbides, dont l'un a tous les caractères d'une diathèse, tandis que l'autre évolue entièrement à la manière d'une affection infectieuse. On ne saurait douter de l'existence de la diathèse scrofuleuse, tandis qu'il n'y a pas de diathèse tuberculeuse.

D'ailleurs, pour se tenir sur le terrain anatomo-pathologique, cette doctrine n'est guère plus acceptable. Le follicule tuberculeux ne saurait être considéré comme un élément spécifique, puisqu'on l'a trouvé dans les lésions les plus disparates: gommes syphilitiques, morveuses, lèpre; en un mot, dans une série de néoplasies que Cohnheim désigne sous la dénomination commune de *tumeurs d'infection*. Bien plus, divers expérimentateurs, Brodowsky, Ziegler, Baugarten entre autres, ont produit par les moyens les moins spécifiques, tels que la ligature d'un vaisseau, sinon des tubercules élémentaires typiques, du moins un tissu de granulations avec cellules géantes d'épithélioïdes, des *pseudo-tubercules*.

Moins absolu que Friedländer et Brissaud, M. Grancher a proposé une formule de conciliation que ne répudiât ni la clinique ni le microscope. A défaut du follicule tuberculeux, c'est sur la granulation, où il ne voit qu'une agglomération de ces follicules embryonnaires passés à l'état adulte, qu'il fonde le diagnostic histologique. Le tissu de granulation de la scrofule, le scrofulome, serait un tubercule arrêté dans son évolution. M. Grancher peut ainsi restituer à la scrofule certaines adénites, certains lupus, certaines ostéites abusivement attribuées à la tuberculose; la scrofule conserverait, de par l'histologie même, une réelle autonomie.

La solution du problème peut-elle être trouvée dans cette formule, évidemment plus satisfaisante pour la clinique? Il est permis d'en douter; car, M. Grancher lui-même le déclare, il n'existe entre lui et Brissaud que « l'épaisseur d'un mot ». On conçoit difficilement que le scrofulome, étant graine de tubercule, n'appartienne pas, par cela même, à la tuberculose. Le scrofulome aura beau vieillir, il restera toujours scrofulome; une vieille souris ne sera jamais un rat, a dit spirituellement M. Féréol. Il est donc légitime de dire que toutes les objections dont la doctrine de Friedländer est passible peuvent être également opposées à la conception de M. Grancher.

Que conclure de cette discussion, sinon que l'histologie n'est pas encore en mesure de définir ni la scrofule, ni la tuberculose, comme le reconnaît d'ailleurs un savant dont la compétence ne saurait être contestée, M. Cornil; et que par suite toute délimination des processus scrofuleux et tuberculeux fondée sur l'histologie seule est, aujourd'hui, tentative vaine ou au moins prématurée.

Et même, résultat inattendu, cette étude des tuberculoses locales, qui devait être en quelque sorte le couronnement des recherches contemporaines sur l'anatomie pathologique de la phthisie, contribue à mettre en suspicion les données histologiques qui paraissaient les mieux établies, en devenant le point de départ d'une évolution des esprits dans un sens tout différent.

C'est à la théorie de la tuberculose, envisagée comme maladie infectieuse, que l'étude de ces processus locaux a apporté des arguments nouveaux, spécieux, sinon absolument probants. Non seulement on a reconnu l'impuissance de l'histologie à nous fournir le critérium anatomique du tubercule, mais encore on a considéré les lésions de la phthisie comme des altérations *banales* inflammatoires, dont la spécificité ne serait due qu'à la présence de certains parasites. Une inflammation vulgaire met les tissus en état de réceptivité parasitaire; si bien que des germes répandus dans l'air s'y implantent, s'y développent; ainsi sur une lésion banale se greffe une maladie infectieuse, tuberculose locale, qui peut rester telle et guérir même par cicatrisation, ou au contraire se généraliser au bout d'un temps plus ou moins long (Ziegler, Klebs, Cohnheim). Tant que le microscope n'aura pas démontré l'existence d'un *monas tuberculosum* (Klebs) quelconque, c'est pour ces auteurs l'inoculabilité qui sera la pierre de touche des processus tuberculeux, tandis que les produits de la scrofule ne sont pas inoculables.

Ce serait dépasser les limites de cet article que de développer cette conception nouvelle de l'infection tuberculeuse, de montrer combien elle concorde à la fois avec les données étiologiques, anatomo-pathologiques et cliniques que nous possédons sur la phthisie. Bornons-nous donc à reconnaître que, sans doute, là est la solution de l'avenir, et, toutes réserves faites sur la question de l'infection tuberculeuse, à

---

ladie elle-même, s'ils ne sont employés que dans une seule maladie.

Lorsque les sujets comportaient une bibliographie très étendue, on a dû faire des subdivisions, pour faciliter les recherches. Ces subdivisions étaient naturellement nécessaires dans les articles suivants : *abdomen*, (28 pages) *abcès* (13 p.) *acide* (22 p.) *air* (16 p.) *alcool* et *alcoolisme* (14 p.) *amputation* (35 p.) *anesthésiques* (10 p.) *anus* (11 p.) *anatomie* (38 p.) *anévrysme*, le plus considérable du volume (65 p.) *armée* (33 p.) *arsenic* (15 p.) *auscultation* (10 p.) *artère* (43 p.). J'ajouterai, pour l'édification des personnes intéressées, que chaque page est à 2 colonnes de 96 lignes, de 48 lettres, ce qui équivaut à plus de deux pages des bibliographies du *Dict. encycl. des sciences médicales*, considérées jusqu'alors comme les plus compactes du genre.

Les subdivisions ont été rangées à leur tour par ordre alphabétique; par exemple, pour ABCÈS : d'abord les *généralités*, puis *alveolar*, *bacteria in*, *cholesterin in*, *chronic*, *connected with*, *diagnosis of*, *fœcal*, *fetid*, *gas in*, etc., pour AMPUTATIONS : généralités, *after-treatment cases and statistics*, *double*, *history of*, *intra-uterine*, *methodes*, *multiples;* amputations particulières : *ankle-joint*, *arm*, *breast*, *elbow-joint*, *finger*, *foot*, *fore-arm*, *hip-joint*, etc., pour ARTÈRE : en général, *abnormities*, *air in*, *compression*, *denudation*, *diseases*, *inflammations*, *ligature*, etc., en particulier : *axillary*, ligature, rupture, wound) *basilary*, *brachial* (abnormities, ligature, wound) *brochial*, *corotid* (abnormities, compressions, diseases, ligature, wound), etc. La bibliographie de chaque subdivison est classée également par ordre alphabétique.

La bibliographie de chaque subdivision est classée également par ordre alphabétique.

Cette classification nous paraît tellement simple qu'il suffit d'ouvrir le volume pour en comprendre immédiatement le mécanisme. Quant à l'importance de l'œuvre, on s'en rendra facilement compte quand on saura que ce volume, qui s'é-

résumer ce qui paraît établi dans le domaine des tuberculoses locales.

Il existe des processus tuberculeux extrapulmonaires, qui restent parfois indéfiniment localisés et souvent même guérissent, mais n'en constituent pas moins une épine spécifique implantée dans les tissus, et peuvent par suite devenir le point de départ d'une généralisation morbide. Est-on toujours en mesure de reconnaître les lésions tuberculeuses dans le chaos des altérations caséeuses, à tendance ulcéreuse ou à forme nodulaire? Nullement; car si, pour certaines, la phthisie urinaire par exemple, l'évolution anatomo-pathologique et clinique entière met hors de doute la nature tuberculeuse du processus, pour le plus grand nombre, comme le lupus, les arthrites et ostéites caséeuses, l'histologie, aussi bien que la clinique, est aujourd'hui impuissante à fournir le diagnostic. La question restera en suspens tant que les données microscopiques ne seront pas plus parfaites; à moins qu'on ne trouve un jour, comme tout porte à le croire, dans certain parasite ou microbe, le générateur et l'élément spécifique des processus tuberculeux.

L. Dreyfus-Brisac.

Mort du fœtus par nœuds du cordon.

A part le temps pris par des élections, la dernière séance de l'Académie de médecine a été entièrement employée à la discussion d'une question soulevée par la présentation que M. Guéniot avait faite dans la séance précédente. Il s'agissait, on se le rappelle, de deux jumeaux morts-nés, dont les deux cordons formaient ensemble plusieurs nœuds. La mort doit-elle être attribuée aux nœuds du cordon? M. Guéniot le pense ; MM. Blot, Depaul et Tarnier sont d'un avis contraire.

La question serait bien difficile à résoudre expérimentalement si l'on s'en tenait aux arguments produits, et elle reste telle, ce nous semble, devant l'ensemble des faits observés. On objecte à M. Guéniot qu'il est fréquent de rencontrer des cordons noués en trois, quatre, cinq endroits, avec des enfants admirablement constitués et vivaces, et que le défaut de son observation consiste surtout en ce que l'autopsie des deux fœtus, qui aurait pu révéler en eux-mêmes la cause de leur mort, n'a pas été pratiquée. Mais en même temps on déclare que rien n'est plus commun également que des fœtus dont la mort intra-utérine n'est aucunement expliquée par l'autopsie soit des fœtus eux-mêmes, soit du cordon. En sorte que si M. Guéniot avait ouvert le corps de ses jumeaux et n'y avait rien trouvé d'anormal, on lui aurait encore dénié le droit d'en conclure à une action léthifère des nœuds du cordon.

On objecte, en second lieu, que sur ces cordons noués, même en plusieurs points, le liquide injecté *dans les vaisseaux*, sans doute dans les artères et dans la veine également (on ne l'a pas dit en termes formels), *passe*. M. Tarnier a néanmoins reconnu que, dans les expériences où il a pratiqué des nœuds artificiels, si un premier, un second nœud, n'apportaient pas un obstacle sensible au passage du liquide, il n'en était pas tout à fait de même d'un troisième. Ici encore l'opinion peut hésiter. Il n'est pas absolument certain que ce que fait une seringue maniée avec plus ou moins de force, la fonction physiologique puisse le faire sans plus de difficulté.

Pour que l'expérience fût probante, il faudrait pouvoir s'assurer que la pression sous laquelle le liquide a été injecté n'est pas supérieure à la pression normale du sang dans les mêmes vaisseaux. Justement cette pression normale du sang dans les artères et dans la veine ombilicales a été déterminée au manomètre, il y a peu de temps, par M. Ribemont : elle est de 63 millimètres dans les artères et de 34 millimètres dans la veine (*Société de biologie*, séance du 22 août 1879). On comprend d'ailleurs qu'elle puisse varier de fœtus à fœtus, ce qui rend plus délicate encore la comparaison de la circulation fœtale avec une circulation artificielle.

En dernière analyse, la question peut encore paraître douteuse. M. Guéniot n'est pas seul de son avis; et dans le traité de Nægelé et Greuser, dont la seconde édition a paru tout récemment, nous lisons ce qui suit : « *En général*, les nœuds qui se sont produits dans les premiers temps de la grossesse ne causent... aucun préjudice ; pourtant quelques faits semblent démontrer qu'ils peuvent *exceptionnellement* entraver la circulation du cordon et donner lieu ainsi, pendant la grossesse, à l'atrophie et à la mort du fœtus. » On a souvent aussi attribué la mort à la torsion du cordon, qui a bien de l'analogie avec les nœuds, et pour la première altération comme pour la seconde, on a signalé l'aplatissement et la diminution du calibre des artères. (*Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 661 et 1862, p. 567). Ce qu'il faut néanmoins reconnaître, c'est que la généralité des faits cliniques est peu favorable à la thèse de M. Guéniot et que son observation, comme l'a très justement fait remarquer M. Blot, n'a rien de spécialement démonstratif. On attend encore des observations, ou, si l'on veut, une

---

tend de A à Berlinski seulement, renferme 9090 noms d'auteurs, représentant 8031 volumes et 6898 brochures, 9000 titres d'ouvrages séparés et 34 604 titres de travaux insérés dans les publications périodiques, soit 43 604 travaux originaires. Cette importance ressort encore plus clairement du calcul suivant.

Ce premier volume de l'*Index-Catalogue* correspond aux 156 premières pages du Dictionnaire de Littré et Robin (édition de 1865). Comme cet ouvrage a 1676 pages, 156 pages en représentent moins de la dixième partie; il est facile d'en conclure que l'*Index-Catalogue* complet aura de 10 à 11 volumes. Le nombre d'indications renfermées dans le premier volume étant de 43 604, on peut donc prévoir que le nombre total des indications sera d'environ 450000, relatives aux diverses branches de la médecine, de la chirurgie, et des sciences accessoires (physique, chimie, histoire naturelle). Mais il est probable aussi que ce nombre, augmenté des travaux qui paraîtront avant l'impression de chaque volume, sera plus élevé de beaucoup que le chiffre prévu.

Nous pouvons encore citer entre autres renseignements curieux le nombre assez élevé des homonymes qui sont réunis dans les colonnes de cet ouvrage. Ainsi nous avons trouvé : 22 Adam, 27 Adams, 44 Albers, Albert, Albertus, Alberti, 33 Allen, 26 Arnaud, 52 Arnold, 45 Berger, 59 Bauer, 39 Beck et 73 Becker. On en chercherait vainement la simple nomenclature dans les biographies publiées jusqu'alors.

Sans doute, comme le fait remarquer M. Billings, ce catalogue n'est pas une bibliographie médicale complète ; mais son étendue est telle qu'il y a peu de sujets qui n'y soient représentés et qu'il y manque peu de chose parmi les travaux contemporains. Nous considérons donc cet ouvrage, de même que l'*Index-Medicus*, comme absolument indispensable à toute personne qui s'occupe sérieusement de littérature médicale. Pour notre part, nous y avons eu recours plusieurs fois déjà, et nous y avons trouvé des indications extrêmement précieuses.

Les chiffres que nous avons donnés, outre qu'ils sont une

observation dans laquelle les lésions constatées chez le fœtus seraient en corrélation physiologique avec un arrêt de la circulation dans le cordon. C'est ce qu'a voulu dire M. J. Guérin, qui eût été mieux compris si cette observation si simple, juste au fond, eût été faite simplement.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

(Fin. — Voyez le numéro 52.)

Action antipyrétique de l'acide phénique, mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 14 décembre, par le docteur H. Desplats, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille.

II. Accidents produits par l'administration de l'acide phénique. — Il faudrait se garder de croire que l'administration de l'acide phénique n'expose à aucun danger, et qu'on peut, sans avoir tâté le malade, surtout sans le surveiller, prescrire des doses élevées à administrer, successivement et sans contrôle, en l'absence du médecin. Tous les malades ne sont pas également impressionnables à l'action d'un même agent. Cela est vrai de l'acide phénique, comme de l'opium, du chloroforme, de la digitale, etc. Aussi convient-il d'administrer d'abord des doses qui n'excèdent pas 1 gramme ou même 75 centigrammes. Il nous est, en effet, arrivé, dans plusieurs cas où la surveillance n'avait pas été assez active, d'excéder la dose qui convenait, et alors se sont produits des accidents que les médecins doivent connaître pour les éviter et ne pas trop s'en effrayer (1).

Ces accidents ne sont pas autre chose que l'exagération des effets thérapeutiques; quand la température a atteint 37 degrés, elle continue à descendre, et alors se produisent des phénomènes de collapsus plus ou moins accusés, suivant le degré de l'hypothermie.

Nous avons déjà signalé, dans notre seconde observation, le fait de cette petite fille chez laquelle le thermomètre descendit plusieurs fois à 36°,4, et qui accusa de l'abattement, une tendance invincible au sommeil, et eut quelques vomissements. Dans trois autres cas, chez deux femmes et chez un jeune homme de vingt ans, ces phénomènes de collapsus se sont produits et ont été bien plus accusés. Pour les bien décrire, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer avec détails un de ces faits :

Obs. VI. *Fièvre typhoïde traitée par l'acide phénique; collapsus.* — Guermonprez (Philomène), vingt ans, ménagère, éprouva, le 16 septembre, un tel malaise qu'elle fut obligée de quitter son travail. Elle était souffrante depuis quelques jours. Le lendemain, 17, elle entra à l'hôpital.

Le 18, elle avait, le matin, 38°,9, et le soir, 39°,9. Ni épistaxis ni diarrhée. Prostration.

Le 19, à 8 h. du matin, 40°,4. Diarrhée. — A 10 h. 45 m. on donna un premier lavement de 1 gramme.

Une demi-heure après la malade était très rouge, couverte de sueur, et la température était tombée à 39°,4. — A 1 h., la température, qui sans doute avait continué à descendre, commença à remonter, et la malade fut prise d'un grand frisson qui finit à 2 h. A ce moment le thermomètre marquait 40°. On injecta 50 centigrammes et on installa le siphon.

A 2 h. 25 m., 40°,8.

A 3 h. 25 m., 38°,3. Sueurs profuses. La malade dort; la face est rouge et couverte de sueur. L'élève chargé de surveiller les appareils avait, sans s'en apercevoir, réglé le débit du siphon de telle sorte qu'en une heure la malade absorba 5 grammes d'acide phénique, dose qui devait suffire pour toute la journée. Inquiet, il surveillait le thermomètre, qui ne descendait plus, ce qui le rassura. Lorsque nous arrivâmes dans le service, vers 4 h., il marquait 38°,3, et la malade dormait profondément. C'est alors qu'on s'aperçut que la colonne du thermomètre était brisée et ne pouvait descendre. On le changea, et celui qu'on mit à la place descendit rapidement, et marquait, à 5 h. 15 m., 35°,5. On ne pouvait tirer la malade de son engourdissement. Elle répondait avec la plus grande difficulté. Le pouls battait 10 fois par minute. Il y avait 26 respirations régulières. Aucun autre trouble. — On donna quelques cuillerées de malaga et 80 grammes de vin en lavement.

A 5 h. 45 m., un thermomètre dans l'aisselle marquait 35°,4; dans le vagin, 36°,2; pouls, 80.

A 7 h. 30 m., 35°,6. Peau plus chaude; légère moiteur. La malade était éveillée, causait et souriait; elle se trouvait très bien.

A 8 h. en redonnait du malaga et 100 grammes de vin en lavement.

A 8 h 45 m., frisson violent et ascension rapide de la température.

A 9 h. 10 m., 39°.

A 11 h., 39°,5, quoique le siphon eût débité 1gr,50 depuis 9 h. Ce jour-là il y eut donc un premier collapsus, que nous attribuâmes et que les assistants attribuèrent, comme nous, à l'erreur commise par l'élève qui avait réglé le siphon vers 2 h. Le lendemain se produisit un nouveau collapsus qu'on ne put attribuer à la même cause.

Le 20 septembre, à 8 h. : temp., 38°,7; pouls, 88; respiration, 28. Le siphon avait injecté 1 gramme environ pendant la nuit. La malade avait bien dormi, et le matin elle se trouvait très bien.

A 10 h. 45 m. : temp., 36°,4; pouls, 72; respiration, 24. Le siphon avait injecté 1gr,20 depuis 8 h. du matin. La malade était très calme et se trouvait très bien.

A 1 h. 50 m. : temp., 34°,5 dans l'aisselle; 35° dans le vagin; pouls régulier, assez fort, battant 58 fois par minute; sommeil et torpeur; pupilles légèrement contractées. Le siphon a injecté

(1) Depuis deux mois nous avons administré l'acide phénique, à hautes doses, à un très grand nombre de malades, et jamais nous n'avons observé le collapsus.

---

preuve sans conteste de l'immense somme de travail que l'*Index-Catalogue* a dû coûter, démontrent que la bibliothèque dont il s'agit a pris une extension considérable et rapide depuis sa fondation.

Nous ne pouvons que constater avec regret l'infériorité de la bibliothèque de notre faculté de médecine, qui nous semble être l'analogue de celle que dirige M. Billings à Washington; mais nous pensons qu'il serait facile de remédier à cette infériorité.

On sait en effet qu'il existe en France un *dépôt légal* où tout libraire doit faire remettre un certain nombre d'exemplaires, 2 au moins, souvent plus, de tout ouvrage, brochure, journal, etc., qu'il édite. Un de ces exemplaires est envoyé à la Bibliothèque nationale. Quant à l'autre, ou aux autres, que deviennent-ils? Nous ne savons, mais nous pensons qu'on pourrait en faire l'emploi suivant :

Le second exemplaire de chaque ouvrage, quelle que soit son importance, devrait être envoyé aux bibliothèques spéciales, et, pour nous renfermer dans notre cercle particulier, tout travail, toute feuille périodique concernant la médecine, devraient être envoyées, aussitôt le dépôt légal effectué, vérifié et inscrit dans les bureaux de l'administration centrale, à la bibliothèque de la faculté de médecine de Paris. S'il existait un troisième exemplaire de l'ouvrage, il serait destiné à la bibliothèque, de l'une quelconque des Facultés de province : Montpellier, Nancy, Lyon, Bordeaux, etc.

Il est à peine besoin de faire ressortir les avantages de cette combinaison. A une époque où la production scientifique est si active et si étendue, puis qu'actuellement pour la France et l'Algérie nous ne comptons pas moins de 140 recueils périodiques de médecine, l'économie réalisée sur les abonnements de ces publications serait assez notable. La somme consacrée maintenant à ces abonnements et à l'achat de livre français, reportée sur les ouvrages étrangers, nous permettrait de compléter bien des collections et de combler bien des lacunes dans notre littérature allemande, anglaise, ita-

60 centigrammes depuis 10 h. 45 m.; 1gr,80 depuis 8 h. On suspend l'écoulement.

A 4 h., 35°,4. La malade, réveillée, se rend compte de ce qui se passe autour d'elle.

A 4 h. 20 m. : temp. axillaire, 35°,5; rectale, 36°,1. La malade commence à frissonner et à trembler. On lui fait prendre 60 grammes de malaga.

A 4 h. 45 m. : aisselle, 36°,5; rectum, 37°.

A 5 h., le frisson continue avec claquement de dents.

A 5 h. 15 m., 37°,8.

A 5 h. 30 m., 38°,3. Frisson toujours aussi intense. On réinstalle le siphon avec une solution au 500e.

A 5 h. 45 m., 39°. Le frisson diminue. Lavement de 30 centigr.

A 6 h., 39°,2. La sensation de froid disparaît.

A 9 h., 40°,6. Le siphon a injecté 50 centigrammes. On donne un lavement de 30 centigrammes.

Ce second collapsus, qui dura cinq heures, fut provoqué par l'introduction de 1gr,80 d'acide phénique, lorsque celui de la veille, qui était moindre, avait été causé par l'absorption de 7 grammes.

Nous continuâmes à traiter cette malade par l'acide phénique et n'eûmes qu'à nous en louer. Jamais les phénomènes que nous venons de décrire ne se reproduisirent, quoique la malade fût toujours très sensible à l'action de cet agent. Elle absorba les quantités suivantes :

Le 19 septembre, 7 grammes.
Le 20, 3gr,50.
Le 21, 3 grammes.
Le 22, 3gr,20.
Le 23, 2gr,80.
Le 24, 1 gramme, en un lavement donné dans l'après-midi, au moment de l'exacerbation. La température, qui était de 40°,8 à 2 h. 15 m., descendait graduellement à 37°,5 à 9 h.
Le 25, 1 gramme, en un lavement.
Le 26, 1 gramme, en un lavement.
Le 27, 1 gramme, en un lavement.

Nous avions donc bien raison de dire qu'il ne faut trop s'effrayer de ce collapsus, et que la crainte de le voir se produire ne doit pas empêcher d'administrer l'acide phénique; l'expérience nous montre que sa durée ne dépasse pas quelques heures et qu'il se termine toujours d'une façon heureuse. Le dirons nous? il nous a même semblé, dans les trois cas où nous l'avons observé, donner une tournure plus favorable à la maladie. Les deux autres malades, dont nous ne pouvons donner aujourd'hui l'histoire, descendirent aussi au-dessous de 35 degrés et y demeurèrent pendant quelques heures. Pendant les deux jours suivants, sans administration d'acide phénique, leur fièvre fut sensiblement moindre, et depuis leur état fut moins grave. Du reste, ils continuèrent à prendre, après quarante-huit heures d'interruption, de l'acide phénique à la dose de 50 centigrammes toutes les trois heures, et s'en trouvèrent parfaitement.

L'acide phénique peut-il amener d'autres accidents immédiats? Oui, des convulsions. Nous les avons provoquées expérimentalement chez des chiens, avec des doses de 2, 3 et 4 grammes; jamais elles n'ont duré plus de deux heures, et toujours l'animal s'est rapidement remis. Chez un de nos malades, âgé de dix-sept ans, auquel on avait injecté, pendant une dizaine de jours, des doses considérables qui avaient atteint un jour 14 grammes, on essaya, pendant le déclin de la maladie, de donner l'acide phénique en une fois, le soir, pour supprimer l'accès fébrile de la nuit qu'on avait jusque-là combattu par des lavements nombreux. On injecta le premier jour 2 grammes, qui abaissèrent la température pendant une partie de la nuit; le second jour, 3 grammes, le troisième jour, 4 grammes, sans produire d'autres effets que les effets thérapeutiques recherchés. Le quatrième jour, l'interne qui dirigeait cette expérience, et qui l'avait suivie minute par minute depuis le début, administra en une fois 5 grammes. Dix minutes après se produisirent des accidents convulsifs tout à fait semblables à une attaque d'éclampsie; ils ne durèrent pas plus de douze à quinze minutes, après lesquels survint un grand bien-être. Le lendemain ce malade ne présentait rien d'anormal. La guérison fut parfaite et rapide.

En dehors des accidents immédiats que peut provoquer l'introduction de l'acide phénique à doses massives, il est d'autres troubles plus lents à se produire et cependant redoutables, auxquels il faut penser. Nous voulons parler de la dégénérescence graisseuse des viscères et des troubles sécrétoires et nutritifs du rein. Si on en croit les expériences, fort bien faites, de Paul Bert, les troubles nutritifs ne se seraient jamais produits chez les animaux sur lesquels il a expérimenté. De notre côté, nous n'avons que deux décès à enregistrer dans cette série de fièvres typhoïdes graves : ils ne peuvent servir à tirer des conclusions.

Quant aux troubles sécrétoires, ils ne sont pas douteux. D'abord : 1° l'urine de presque tous les malades change d'aspect et devient noire, lorsqu'elle est soumise à l'action de l'air et de la lumière; 2° elle contient pendant tout le temps que dure l'administration, et très rapidement après que le malade a pris la première dose, de l'acide phénique ou un de ses dérivés, dont il est aisé de déceler la présence par l'acide nitrique; 3° enfin, plusieurs de nos malades sont devenus polyuriques pendant la convalescence, et cette polyurie, chez l'un d'entre eux, a duré assez longtemps pour nécessiter une intervention spéciale. Chez tous elle a cédé après une durée maximum de douze à quinze jours.

Quant à l'albuminurie, nous ne pouvons proposer de conclusions; chez plusieurs de nos malades, la présence de l'albumine dans les urines a été constatée avant qu'on n'eût entrepris le traitement; chez d'autres on n'avait pas fait d'examen préalable. Dans un seul cas l'albuminurie apparaît

---

lienne, lacunes dont se plaignent journellement les travailleurs et auxquels on ne peut remédier faute de fonds suffisants, malgré les crédits supplémentaires qui sont alloués chaque année.

La sollicitude que l'Administration a témoignée depuis quelques années aux grandes bibliothèques, et celle que la Chambre des députés a manifestée tout récemment envers la Bibliothèque nationale, nous ont encouragé à signaler ce *desideratum*, dont la réalisation, sans nécessiter de bien grands sacrifices, rendrait d'immenses services aux travailleurs. Nous ne savons au juste comment la bibliothèque du *Surgeon-General's Office* des Etats-Unis a pu réunir un aussi grand nombre de volumes en moins d'un demi-siècle, mais il est très probable qu'elle s'en est procuré autant par le *dépôt légal* de Washington et les échanges d'ouvrages en double, que par les achats directs. Rien ne serait plus facile que de suivre en France cette manière de procéder, qui certainement ne peut donner que de bons résultats. L. H. P.

Banquet Duplay. — Un grand nombre d'élèves et d'amis se réunissaient lundi à l'Hôtel continental, pour offrir un dîner à M. le docteur Duplay, à l'occasion de sa nomination au professorat de la Faculté de médecine de Paris. Plusieurs professeurs, la plupart anciens maîtres du nouvel élu, avaient tenu à se rendre à cette fête. Parmi ceux-ci nous remarquons M. Verneuil, qui a rappelé, dans un toast chaleureux, les qualités de celui que l'illustre corporation venait d'appeler dans son sein. C'est au milieu des plus vifs applaudissements qu'il a donné l'accolade à son jeune collègue; celui-ci a remercié en termes émus ses nombreux amis.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret en date du 20 décembre 1880, la chaire de pathologie et thérapeutique générales est transformée en chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses.

Par décret de la même date, M. Cavalier, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Montpellier, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses.

Par arrêté du même jour, il est créé un cours complémentaire de pathologie et thérapeutique générales.

sûrement pendant le traitement. Elle cessa pendant la convalescence.

Evidemment il y a une surveillance sérieuse à exercer sur ce point, l'acide phénique s'éliminant surtout par le rein.

III. Mode d'administration. — Dans notre précédente communication nous disions : Le rectum nous paraît être la meilleure voie d'introduction, et nous conseillions les lavements. Aujourd'hui notre conclusion est la même. Nous devons cependant faire connaître les résultats obtenus par les injections continues, dont nous avons cité un exemple dans notre premier travail. Nous les avons employées chez cinq ou six de nos malades, et après ces expériences nous en revenons aux lavements, qui nous semblent préférables.

Ces injections continues nous paraissaient *a priori* devoir rendre continue l'action antipyrétique de l'acide phénique ; aussi fîmes-nous de nombreux essais pour les rendre praticables. Après bien des tâtonnements, nous adoptâmes un appareil (voy. note p. 0) qui donnait un débit à peu près régulier de 20 à 30 gouttes par minute. Ces gouttes coulaient, à l'aide d'un tube en caoutchouc et d'une sonde laissée à demeure, dans le rectum, qui les absorbait à mesure. Ainsi le malade absorbait, suivant les cas, de 50 centigrammes à 1gr,50 d'acide phénique par heure.

L'appareil fut toujours parfaitement toléré. L'acide phénique ainsi administré produisit des effets semblables à ceux que produisent les lavements, mais ils furent moindres ; de sorte que pour obtenir un même abaissement de température, il fallut, en injections continues, une dose d'acide phénique sensiblement supérieure à celle que l'on donnait en injections intermittentes. Les malades arrivaient ainsi à absorber des doses plus considérables que celles qui leur étaient nécessaires, et de plus on n'échappait pas à l'obligation de les surveiller d'une manière à peu près constante pour régler le fonctionnement des appareils, dont il fallait modérer ou activer le débit. Ajoutons que les injections continues n'empêchaient pas, dans certains cas, les ascensions brusques contre lesquelles elles étaient spécialement dirigées (1) Nous y renonçâmes donc, après les avoir employées pendant une dizaine de jours, et nous revînmes aux lavements donnés à des moments plus ou moins rapprochés, et à des doses variant entre 50 centigrammes et 2 grammes. Voici quels en sont les effets habituels, nous pourrions presque dire certains :

Moins d'une demi-heure après l'injection, le malade éprouve une sensation de chaleur marquée ; puis, si on l'observe attentivement, on remarque qu'il rougit. C'est la marque d'une circulation périphérique plus active. Bientôt, chez beaucoup de malades, et cependant pas chez tous, à cette rougeur s'ajoute une légère moiteur qui apparaît d'abord à la face. Rapidement chez un grand nombre, la moiteur se convertit en une abondante sueur qui se généralise et dure plus ou moins longtemps : une demi-heure, une heure, une heure et demie, rarement plus. Les muqueuses subissent très probablement des modifications analogues à celles de la peau : leur circulation est plus active, ainsi que leurs sécrétions. Cela est très évident pour la bouche, qui, de sèche qu'elle était, devient humide.

En même temps que ces modifications sécrétoires et circulatoires se produisent, la température s'abaisse rapidement et atteint son minimum au bout d'une heure, une heure et demie, deux heures. Ce minimum touché, elle ne s'y arrête pour ainsi dire pas, et se relève aussitôt avec une grande rapidité. Plusieurs fois nous avons constaté en moins de deux heures des ascensions de 3 et 4 degrés. Ces ascensions brusques s'accompagnent d'un cortège de symptômes qui ressemble, à s'y méprendre, au stade de frisson de la fièvre intermittente : les extrémités sont froides et décolorées, le nez est pincé, les lèvres sont bleuâtres, la face grippée ; tout le corps est agité d'un tremblement qui s'accroît au moindre contact ou dès qu'on soulève les couvertures.

Pendant que dure le frisson, qui se prolonge quelquefois une heure et une heure et demie, la température s'élève rapidement et atteint habituellement un degré supérieur celui qu'elle avait avant le début du traitement. On peut obtenir alors un nouvel abaissement par l'administration d'une nouvelle dose d'acide phénique ; on peut même interrompre le frisson et arrêter le mouvement ascensionnel de la température. Comme si l'organisme s'habituait à l'impression produite par l'acide phénique, il faut, dans les cas où la maladie dure longtemps, en administrer des doses toujours croissantes.

Comment se fait l'abaissement de la température ? On serait tenté de croire qu'il est dû aux sueurs et proportionné à leur abondance. Il n'en est rien : certains malades n'ont pas de sueurs ou en ont de très peu accusées ; chez presque tous, du reste, l'abaissement thermique a commencé à se produire avant que les sueurs ne fussent établies, et a persisté, quelquefois même pendant un assez long temps, après qu'elles étaient interrompues. Une expérience faite sur un de nos malades montre bien que ce ne sont pas les sueurs qui abaissent la température : si au lieu de donner un lavement d'acide phénique on fait une injection de pilocarpine, on constate d'abord que les sueurs qu'elle provoque sont moins abondantes que celles produites par l'acide phénique, et que l'abaissement de température qu'elle produit ne dépasse pas quelques dixièmes de degré.

Si l'abaissement de température n'est pas dû aux sueurs, et cela nous paraît incontestable pour un certain nombre de cas, par quoi est-il produit ? Y a-t-il augmentation des pertes ou diminution de production, ou bien ces deux éléments interviennent-ils ? Quoique cette question nous ait préoccupé depuis le début de nos recherches, nous ne pouvons encore la résoudre. Nous inclinons cependant à croire qu'il y a, à la fois, augmentation des pertes et diminution de la production. Comment agit l'acide phénique ? Nous ne pouvons le dire d'une manière précise ; cependant la rapidité de son action, qui n'est comparable à celle d'aucun autre médicament antipyrétique, ne peut s'expliquer sans l'intervention du système nerveux. Les convulsions obtenues dans les cas d'administration à doses toxiques confirment cette opinion.

Si on ne peut dire comment agit l'acide phénique, on peut, nous semble-t-il, affirmer que, dans les cas dont nous venons de parler, et dans les cas analogues, il n'agit pas comme antiseptique, comme fermenticide. Dès le début c'est comme tel que nous l'administrâmes ; mais les effets obtenus ne s'accordent nullement avec ces vues : s'il agissait, en effet, comme antiseptique, l'acide phénique n'aurait pas une action aussi prompte et surtout aussi passagère, car, il ne faut pas l'oublier, l'action de l'acide phénique, si elle est prompte et sûre, est aussi courte. C'est ce qui nous inspira l'idée de chercher un moyen d'en prolonger les effets en les fixant.

Pour cela, nous essayâmes d'associer à l'acide phénique, dont l'action est immédiate, un autre médicament antipyrétique dont l'action est plus tardive. Notre choix se fixa sur le sulfate de quinine, qui a été recommandé comme antipyrétique dans la fièvre typhoïde. Nous l'associâmes à l'acide phénique, et l'administrâmes à la dose de 1gr,50 dans les vingt-quatre heures sans en obtenir aucun effet. Nous n'osons dire que les expériences que nous avons faites soient suffisantes et commandent de renoncer à cette entreprise. Elles sont seulement peu encourageantes.

Nous nous arrêtons, quoique ce sujet soit loin d'être épuisé, parce qu'il faut se borner, et nous donnons à ce travail des conclusions très analogues à celles qui terminaient notre premier mémoire.

(1) Depuis que ces pages sont écrites, nous avons eu encore recours aux injections continues. Les résultats ont été les mêmes que la première fois.

Conclusions. — 1° L'acide phénique est un antipyrétique sûr, prompt, et dont l'action est courte. Il peut être employé dans toutes les maladies fébriles.

2° Il doit être manié avec hardiesse, quoique ses effets, au début surtout, doivent être surveillés.

3° L'administration intermittente à doses massives donne de meilleurs résultats que l'administration continue.

4° S'il est probable que les sueurs interviennent pour une part dans l'abaissement thermique, on ne peut dire qu'elles les produisent seules, puisqu'elles manquent souvent.

5° Lorsqu'on recourt, pendant longtemps, à l'acide phénique, il faut surveiller l'état du cœur et du rein, quoique jusqu'ici aucun fait positif ne permette de dire que l'administration longtemps continuée de l'acide phénique amène des dégénérescences de ces organes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

La séance du lundi 20 décembre a été levée après que M. le président Ed. Becquerel a annoncé la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Chasles.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. H. ROGER.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de M. Gaujot, professeur au Val-de-Grâce, qui se porte candidat dans la section de médecine opératoire; 2° une lettre de M. Boutet (de Chartres), qui remercie de sa nomination au titre de correspondant; 3° une notice sur les travaux thérapeutiques de M. le docteur Charles Brame (de Tours), qui pose sa candidature au titre de correspondant national; 4° une lettre de M. le docteur Cambassédès, du Vigan (Gard), sur une épidémie de variole, en 1879 (*Com. des épidémies*); 5° une deuxième note de M. le docteur Laveran, professeur agrégé au Val-de-Grâce, relative à un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.

M. *Constantin Paul* présente, de la part de l'auteur, un volume intitulé : *Méthode phéniquée, traitement et guérison du croup et de l'angine couenneuse.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose sur le bureau de l'Académie le compte rendu du *Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme*, qui s'est tenu, du 2 au 5 août, à Bruxelles, congrès auquel il avait été délégué par l'Académie.

M. *Gavarret* remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la vice-présidence. (Applaudissements.) Il présente ensuite, au nom de MM. Wecker et Masselon, un volume intitulé : *Ophthalmoscopie clinique*, et au nom de M. G. Sons, un *Traité d'optique.*

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection d'un correspondant dans la deuxième division de la chirurgie.

La commission présente la liste suivante de candidats : en première ligne, M. Desgranges (de Lyon); en deuxième ligne, M. Ehrmann (de Mulhouse); en troisième ligne, M. Bourguet (d'Aix); en quatrième ligne, M. Delore (de Lyon); en cinquième ligne, M. Michel (de Nancy); en sixième ligne, M. Cazin (de Boulogne). Sur 62 votants, majorité 32, M. Ehrmann obtient 29 suffrages, M. Desgranges 27, M. Sarrazin 3, M. Cazin 2, M. Michel 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un second tour de scrutin. Deuxième tour : sur 73 votants, majorité 37, M. Ehrmann obtient 46 suffrages, M. Desgranges 27. En conséquence, M. Ehrmann est proclamé membre correspondant.

L'Académie procède ensuite au renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1881. Sont élus : *épidémies :* MM. Maurice Reynaud et Léon Colin; *eaux minérales :* MM. Proust et Constantin Paul; *remèdes secrets :* MM. Jungfleisch et Alfred Fournier; *vaccine :* MM. Guéniot et Legouest; *hygiène de l'enfance :* MM. Lagneau et H. Roger.

NŒUDS DU CORDON OMBILICAL. — A l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Guéniot, M. Tarnier fait quelques observations qui tendent à démontrer que les nœuds du cordon ombilical n'entraînent pas habituellement la mort du fœtus.

Le chirurgien de la Maternité expose que l'on trouve souvent des nœuds du cordon, alors que les enfants sont venus au monde parfaitement bien portants. Il a fait, à ce sujet, un assez grand nombre d'expériences. Si l'on noue, même par trois nœuds très serrés, un cordon ombilical, et que l'on pousse une injection par l'une des extrémités, le liquide passe, — un peu difficilement quand il y a trois nœuds très serrés, mais très facilement quand on n'en a fait que deux; à plus forte raison lorsqu'il n'y en a qu'un. Il est donc difficile de voir une cause de mort dans cette disposition.

On remarque quelquefois, sur les nœuds naturels, lorsqu'ils sont serrés, qu'ils sont en même temps aplatis. Or, dans l'observation de M. Guéniot, un seul cordon est aplati. Si cet état avait été cause de la mort de l'un des enfants, l'autre enfant aurait dû être vivant. Or, ils étaient morts tous les deux. De plus, M. Guéniot nous a dit que l'injection poussée par l'un des cordons, après avoir traversé le placenta, ressortait par l'autre cordon. Il n'y avait donc pas d'oblitération des vaisseaux, et la cause de la mort nous échappe. Peut-être, si l'on eût fait l'autopsie, aurait-on pu découvrir cette cause, et, si on ne l'eût pas trouvée, on n'eût pas encore été autorisé à la reporter aux nœuds des cordons, car il arrive bien souvent en obstétrique qu'il est impossible de savoir pourquoi les enfants sont morts.

A l'appui de ce que vient de dire M. Tarnier, M. *Blot* cite le cas d'une jeune femme, bien constituée et bien portante, qui accoucha dix fois d'enfants morts, sans qu'il eût été possible de trouver, soit chez elle, soit chez son mari, aucune cause de la mort. M. Blot fit l'autopsie du neuvième enfant, et M. Tarnier celle du dixième, la femme ayant fait ses deux dernières couches à la Clinique. Il croit donc que le fait cité par M. Guéniot n'est qu'une simple coïncidence.

M. *Depaul* est de l'avis de MM. Tarnier et Blot; il ne prend la parole que pour dire que rien n'est plus difficile que d'apprécier les causes de la mort des fœtus. Les nœuds du cordon sont un accident des plus fréquents. Il en a trouvé jusqu'à cinq sur des enfants vivants. Dans l'espèce que M. Guéniot a soumise à l'Académie, la longueur du cordon était de 65 centimètres, — un peu plus que la moyenne, — et devait s'opposer à une forte constriction dans l'utérus.

M. *J. Guérin*, tout en rendant hommage à la science de ses collègues, regrette qu'ils s'arrêtent à des coïncidences, et entre à cet égard dans quelques considérations générales d'étiologie. Il doit y avoir, ajoute-t-il, des signes auxquels on puisse reconnaître que la mort du fœtus a été causée par la constriction du cordon. Est-ce que l'état des veines ou des artères, si ces vaisseaux étaient examinés avec soin, et selon qu'ils seraient trouvés vides ou gorgés de sang, n'éclairerait pas la question?

M. *Blot* répond qu'il ne le croît pas : les fœtus sont expulsés, souvent, bien des jours après leur mort. Il s'est passé des phénomènes d'exosmose, de macération, comme on dit, qui ne permettent plus de constater sûrement la cause de la mort. Revenant à l'observation de M. Guéniot, il ne la trouve pas de nature à lever les doutes sur le point en litige, malgré les espérances de son collègue à ce sujet.

M. *Guéniot* remercie ses collègues de leurs critiques, qui reproduisent assez bien l'état des esprits auquel il avait fait allusion, et les incertitudes des auteurs. Il n'affirme pas, quant à lui, d'une manière absolue, que les nœuds des cordons soient une cause de mort; mais dans le cas qu'il a cité, cette cause lui paraît probable, et c'est tout ce qu'il a voulu dire.

M. *Tarnier*. Dans le cas de M. Guéniot, l'un des enfants est mort avant l'autre. Si la mort avait était causée par l'étranglement du cordon, il serait impossible de comprendre que cette cause eût tué l'un avant l'autre.

M. *Guéniot* répond qu'il n'affirmerait pas absolument, dans une expertise médico-légale, par exemple, que le nœud du cordon est une cause certaine de mort; mais cette cause est tellement probable, que lorsqu'on trouve un fœtus mort, sans cause apparente, on est tenté toujours de l'expliquer par quelque compression du cordon.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport annuel de son trésorier.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. HILLAIRET.

Un nouveau parasite : M. Laveran. — Scrofule et tuberculose : MM. Thaon, E. Labbé, Ferrand, Rendu — Lésions cardiaques multiples : M. Féréol.

Dans une lettre écrite à la Société, M. *Laveran* annonce avoir découvert un nouveau parasite dans le sang des cachectiques par intoxication palustre.

— M. *E. Besnier* donne lecture d'un rapport sur l'ensemble des travaux publiés dans l'année. Il propose, en vue de quelques modifications à apporter aux statuts de la Société, la nomination d'une commission de vingt et un membres. (Adopté.) Il lit ensuite une lettre de M. Thaon (de Nice) sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose.

M. *Thaon* reconnaît dans son travail l'identité des ganglions scrofuleux et tuberculeux : la tuberculose pulmonaire n'est que la scrofule du poumon; mais il y a une sorte d'antagonisme entre les manifestations cutanées ou ganglionnaires de la scrofule et ses manifestations pulmonaires. Elles apparaissent dans les points *minoris resistentiæ;* ainsi, la scrofule pulmonaire (phthisie) est inconnue dans les pays de montagnes, à cause sans doute de la gymnastique respiratoire à laquelle est soumis l'organe; tandis qu'on y rencontre les ganglions strumeux et la scrofule cutanée. Le tubercule est le produit d'une inflammation de nature spéciale, mais non spécifique, en foyers miliaires ou volumineux, et tendant à la caséification ou à la dégénérescence fibreuse; mais il ne faut pas le comparer à une tumeur, à un néoplasme tel qu'un carcinome ou un sarcome; le tubercule a une évolution qui s'accompagne d'un mouvement fébrile qu'on ne retrouve pas pour les diverses tumeurs qu'à tort on a voulu lui assimiler.

M. *E. Labbé* lit sur cette question une note dans laquelle il rappelle l'opinion de Laennec, qui, à l'exemple de presque tous les autres auteurs, considérait la tuberculose comme une conséquence de la scrofule, et pour lequel cette affection était l'aboutissant de toutes les causes débilitantes, c'est-à-dire une maladie acquise et non diathésique, au moins dans le sens actuel de ce mot. On peut trouver, outre les causes débilitantes ordinaires, un mode de genèse du tubercule dans l'inflammation du tissu pulmonaire, ou même dans les modifications circulatoires et nutritives apportées par la présence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, d'une déviation du rachis, ou encore par l'aspiration répétée de poussières ténues. De son côté, la scrofule, vice constitutionnel, agira dans le même sens que ces diverses causes, auxquelles on peut joindre la misère physiologique, et engendrera la tuberculose, ou du moins y prédisposera les sujets qu'elle aura épuisés. Il faut néanmoins reconnaître à la tuberculose un caractère spécial, qu'elle emprunte à l'unité du tubercule, toujours semblable, toujours identique dans tous les organes où il se développe. Quant à la question d'hérédité, elle a été admise d'une façon trop large : un phthisique peut certainement engendrer des phthisiques, mais il n'y a pas toujours dans ce fait une hérédité indéniable directe, comme celle que nous offre la goutte.

M. *Ferrand* fait remarquer que si le tubercule se retrouve dans les lésions viscérales ou cutanées de la scrofule, on le voit également se produire en dehors de toute scrofule et même de toute maladie constitutionnelle; que, de plus, on voit un scrofuleux devenir tuberculeux, mais non pas un tuberculeux, non scrofuleux antérieurement, devenir scrofuleux pendant l'évolution et par le fait de sa tuberculose. Il en est de même pour une autre diathèse qu'on a négligée jusqu'ici dans la discussion : l'arthritis. Un arthritique deviendra souvent tuberculeux, mais le tubercule, ici encore, n'apparaîtra que comme lésion secondaire, tardive : on ne pourra jamais conclure que la tuberculose engendre le rhumatisme ou agit comme cause prédisposante du développement de cette affection. La scrofule porte plus spécialement son action sur les muqueuses et tend à la caséification; l'arthritis, au contraire, se manifeste plutôt vers les séreuses et évolue vers la sclérose : de là des différences faciles à comprendre dans la forme de la phthisie d'origine scrofuleuse ou arthritique. Restent la syphilis et la morve, que certaines lésions histologiques sembleraient vouloir confondre avec la scrofule et la tuberculose; mais nous savons trop bien que, du moins jusqu'à présent, l'anatomie pathologique ne peut être seule notre guide; en un mot, la tuberculose n'est pas une diathèse comme la scrofule ou l'arthritis, c'est une lésion avancée de certaines affections diathésiques, mais qui n'appartient en propre à aucune d'elles.

M. *Rendu* rappelle que, dès le début de cette intéressante discussion, deux opinions se sont trouvées en présence. 1° Avec M. Grancher, on reconnaît dans la lésion histologique de la scrofule la première phase du développement du tubercule. 2° Pour ses adversaires, les deux diathèses sont caractérisées par la même lésion histologique; d'où l'on conclut à leur identité, et la scrofule absorbe la tuberculose. Or, anatomiquement, le *scrofulome* n'existe pas, et le follicule tuberculeux n'est pas plus caractéristique de la tuberculose que ne l'était le prétendu corpuscule tuberculeux de Lebert; la cellule géante elle-même ne se rencontre pas exclusivement dans cette maladie. L'obscurité qui jusqu'ici a régné dans la question provient de ce que l'on a cru la scrofule et la tuberculose deux diathèses similaires et comparables entre elles; elles sont, au contraire, séparées par des différences profondes. La scrofule avec ses manifestations cutanées, ses lésions des muqueuses, ses suppurations osseuses, n'offre-t-elle pas des manifestations *diathésiques* absolument comparables à celles de l'arthritis, justement considérée comme un type de diathèse. Ce qui caractérise la diathèse scrofuleuse, au point de vue de ses symptômes anatomiques, c'est la *torpidité*. La tuberculose, au contraire, est une maladie bien définie, avec des caractères anatomiques constants; son évolution est plus nette et s'accompagne de phénomènes plus accentués que la scrofule; elle débute par une granulation qui marche à la dégénérescence caséeuse et aboutit à l'élimination et à la fonte ulcéreuse. Elle ressemble donc, non à une diathèse telle que la scrofule, mais bien plutôt à une maladie infectieuse, peut-être même parasitaire. L'étude des foyers de contagion ou de concentration épidémique, la possibilité de l'inoculation, les observations non douteuses et relativement fréquentes de phthisie acquise sans hérédité, ou, au contraire, d'immunité pour l'infection héréditaire, tout tend bien à prouver que la tuberculose n'est pas une diathèse assimilable à la scrofule et qu'elle se comporte à la façon des maladies parasitaires. Quant aux rapports entre la tuberculose et la scrofule, on peut dire seulement que souvent cette dernière précède l'autre et prépare un terrain favorable au développement des *germes* tuberculeux.

— M. *Féréol* présente le cœur d'une femme de vingt-quatre ans, morte dans son service avec des symptômes de cachexie cardiaque et d'asystolie. Pendant la vie, on ne constatait qu'une légère augmentation de la matité précordiale et un dédoublement du second bruit, sans souffle; teinte subictérique, œdème généralisé; pas d'albumine dans les urines.

Après l'administration de la digitale, léger souffle au premier temps à la pointe. Peu de temps après, on constate un épanchement pleurétique gauche qui disparaît sous l'influence des vésicatoires. La malade meurt subitement dans une syncope. A l'autopsie, on trouve : un épanchement péricardique récent. Le cœur, revêtu d'une coque fibreuse ancienne très épaisse, offre une atrophie avec ossification marquée surtout au niveau du ventricule droit. L'oreillette droite est énormément dilatée et présente à sa face interne des colonnes charnues analogues à celles des ventricules. C'est là un véritable cœur de batracien, ne présentant que trois cavités; mais il n'y avait pas de mélange des deux sangs. De plus, endocardite légère du cœur droit et cirrhose atrophique du foie, remarquable chez une femme non alcoolique.

M. *Cornil* a pratiqué l'examen histologique du foie que présente M. Féréol; il a constaté des lésions de cirrhose atrophique périlobulaire tout analogue à celle des buveurs. Le tissu de sclérose n'est pas réparti autour des vaisseaux comme dans la cirrhose cardiaque. Il n'affirmerait pas cependant l'origine alcoolique de la lésion qu'il a observée. M. Cornil fait en outre connaître le résultat de l'examen microscopique qu'il a pratiqué sur la muqueuse gastrique, dans le cas d'intoxication arsenicale suraiguë rapporté dans la dernière séance par M. Féréol. Il a trouvé la muqueuse plissée et formant de nombreuses circonvolutions; celles-ci étaient très épaisses par suite d'une infiltration sanguine, considérable surtout dans la couche musculeuse de la muqueuse. Les glandes étaient également altérées; leur épithélium était clair et transparent, leur base large et aplatie. Au-dessous d'elles on trouve une infiltration de petites cellules claires, des sels, surtout arsenicaux, et, à ce niveau, les capillaires ont un diamètre jusqu'à 100 fois plus considérable qu'à l'état normal. En différents points de la surface de la muqueuse, on voit de larges ecchymoses superficielles, et même, par places, des pseudo-membranes blanchâtres analogues à celles de la diphthérie en voie d'évolution. C'est là un type de gastrite toxique suraiguë.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. TILLAUX.

Traitement chirurgical de l'épithélioma lingual. — Élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice. — Accidents vésicaux du début de la grossesse. — Désarticulation de la cuisse. — Thyroïdectomie. — Diagnostic d'un abcès sous-deltoïdien. — Sonde œsophagienne laissée à demeure pendant 305 jours.

M. *Th. Anger*. M. Verneuil a établi que le traitement médical et le traitement topique étaient non seulement inutiles, mais nuisibles, et qu'il fallait faire des opérations hâtives. A un point de vue plus spécial, on a discuté l'opportunité de l'opération quand l'épithélioma est compliqué d'engorgements ganglionnaires; M. Th. Anger avait étudié cette question dans sa thèse d'agrégation de 1872.

M. Th. Anger rapporte une observation de cancer atrophique. Un individu entra dans son service avec une petite tumeur indurée de l'angle droit de la mâchoire ; cette tumeur était très douloureuse; la région voisine du cou était atrophiée et indurée. Le malade avale difficilement et peut à peine ouvrir la bouche. La langue est très petite; la pupille droite est contractée. Les douleurs étaient intolérables et résistaient à tous les médicaments. On fit une incision derrière l'oreille pour débrider les tissus; les douleurs diminuèrent notablement. Mais bientôt les souffrances reparurent; la pupille se rétrécit de plus en plus; le malade se mit à tousser; haleine fétide, à odeur gangréneuse. Mort le 15 décembre.

A l'autopsie, on trouve un cancer rameux ayant son point de départ dans la partie inférieure de la parotide et ayant gagné l'amygdale droite ; les muscles de la région sont atrophiés. Vaste abcès septicémique à la base du poumon droit. Les cancers atrophiques de la langue et de l'amygdale sont très rares ; Morel-Lavallée en a publié une observation.

M. *Terrier*. Le malade de M. Anger est mort de pneumonie gangréneuse ; tous les malades qui ne s'alimentent pas dépérissent et prennent facilement une pneumonie gangréneuse. On en voit des exemples à Bicêtre, chez des individus atteints de cancer de l'œsophage, du pharynx, de la gorge ou de la langue ; on observe le même fait chez les animaux soumis à l'inanition.

M. *Th. Anger*. C'est une opinion courante en Allemagne que le cancer de la langue dispose à l'abcès gangréneux du poumon.

M. *Verneuil*. Cela n'a rien de spécial au cancer de la langue, et se rencontre plus souvent dans le cancer de l'œsophage. Les cancers qui provoquent l'inanition prédisposent à la tuberculisation pulmonaire et à la pneumonie gangréneuse.

M. *Le Dentu* a observé de la gangrène pulmonaire chez un de ses opérés ; cette gangrène se rattachait à la septicémie, et le malade a guéri.

M. *Trélat*. L'observation de M. Anger se rapporte à peine à un cancer de la langue; cet organe était peu touché. La compression sur les nerfs et vaisseaux du cou n'a peut-être pas été sans influence sur le développement du foyer gangréneux du poumon.

— M. *Gillette* fait une communication sur l'élongation des nerfs chez les ataxiques. M. Debove a eu le premier en France l'idée de tenter cette élongation. Trois observations avaient été publiées en Allemagne (voyez *Gazette hebdomadaire*, 1880, page 834).

Trois malades ont été opérés à Bicêtre. Le premier âgé de cinquante-trois ans; depuis huit ans, douleurs fulgurantes atroces dans le bassin et les membres inférieurs. Elongation du nerf sciatique gauche. Pour cela, une incision est pratiquée à la partie moyenne et postérieure de la cuisse; le sciatique est dénudé; avec les deux index courbés en crochet M. Gillette tire ce nerf perpendiculairement à sa direction normale, à 20 centimètres de sa situation normale. L'opération a été faite il y a cinq semaines ; les douleurs fulgurantes ont disparu. Le malade a été présenté à la clinique de M. Charcot, et M. Debove en a raconté l'histoire à la Société médicale des hôpitaux.

Deuxième malade : observation non publiée. Ce malade a été opéré il y a huit jours. Symptômes ataxiques existant surtout dans les membres supérieurs. Elongation des nerfs radial et médian entre les régions brachiale et axillaire. M. Gillette a tiré les deux troncs perpendiculairement à leur plan normal, à une distance de 15 centimètres. Disparition des douleurs fulgurantes et amélioration de l'incoordination des mouvements.

Le troisième malade a été opéré ce matin. Homme de trente ans. Douleurs fulgurantes existant surtout dans les viscères abdominaux. Elongation du nerf sciatique gauche.

M. *Terrier*. La partie médicale de cette communication appartient à M. Debove, qui se propose de faire connaître les résultats obtenus à la Société médicale des hôpitaux. Pour nous, chirurgiens, l'important est de savoir le *modus faciendi*. Dans quelle limite M. Gillette fait-il l'extension du nerf? quelle puissance a-t-il employée ?

M. *Gillette* fait construire un dynamomètre destiné à bien indiquer la force mise en action.

M. *Dumesnil* (de Rouen). En faisant une élongation trop forte près de l'origine des nerfs, ne pourrait-on pas les arracher?

M. *Terrier*. Les chirurgiens allemands conseillent d'agir le plus près possible de la moelle, pour obtenir un résultat sérieux.

M. *Nicaise* a fait des expériences sur le cadavre, et senti des craquements qui paraissent dus à la déchirure du tissu cellulaire qui entoure les nerfs. Il y a des exemples de paralysies incurables à la suite de l'élongation. En se rapprochant trop des racines, on a déterminé des arrachements.

M. *Verneuil* désire que M. Gillette donne exactement le manuel opératoire; cela seul nous intéresse directement. M. Verneuil admet difficilement qu'on puisse tirer le nerf médian à 12 ou 15 centimètres, surtout le bras étant étendu.

M. *Terrillon*. Le manuel opératoire ne doit pas différer de celui employé pour les élongations nerveuses en général. M. Terrillon a fait des expériences sur les chiens avec M. Marchand ; les nerfs ont été examinés ensuite ; mais on ne connaît pas encore les lésions produites.

— M. *Duplay* fait un rapport sur une observation de M. Cauvy. Rétention d'urine chez une femme de trente-quatre ans, enceinte de quatre mois; cathétérisme; guérison.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une observation de M. Demons (de Bordeaux). Désarticulation de la cuisse pour une nécrose du fémur chez un individu de cinquante-six ans; procédé de Béclard : un lambeau antérieur et un lambeau postérieur; pansement de Lister ; guérison.

— M. *Richelot* lit un mémoire sur la thyroïdectomie.

— M. *Félizet* lit un travail sur le diagnostic d'un abcès sous-deltoïdien.

— M. *Krishaber* lit un travail intitulé: *Sonde œsophagienne laissée à demeure pendant* 305 *jours; utilité de ce procédé.*

Il est des cas de rétrécissement extrême de l'œsophage dans lesquels le chirurgien est obligé de renoncer au cathétérisme graduel. La situation, assez embarrassante quand il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel, devient redoutable lorsque la sténose est due à une tumeur de l'œsophage. En pareil cas, le chirurgien doit pratiquer l'œsophagotomie ou la gastrotomie, ou renoncer à toute tentative.

M. Krishaber ayant à soigner une femme de cinquante ans atteinte d'une tumeur maligne de l'entrée de l'œsophage et du larynx, ne voulant pas s'exposer au danger d'un cathétérisme répété, et prévoyant à courte échéance l'impossibilité de continuer il résolut de pratiquer l'opération une dernière fois et de laisser la sonde à demeure. La sonde fut introduite par l'une des narines et fixée par une aiguille plantée transversalement. L'alimentation se fit sans difficulté.

La tumeur cancéreuse suivit sa marche progressive; la malade succomba 305 jours après la mise en place de la sonde. Dans les cas de sténose cicatricielle ou spasmodique, ce procédé pourra donner des résultats définitifs. Car chez les malades non atteints de cancer il y aurait lieu de tenter une dilatation progressive, comme pour l'urèthre. La sonde peut être tolérée à demeure par l'œsophage; elle ne présente aucun inconvénient si on l'introduit par une narine, et elle permet l'alimentation même pendant le traitement du rétrécissement.

L. Leroy.

Société de biologie.

ADDITION A LA SEANCE DU 18 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. DE SINÉTY.

M. *François-Franck* fait une communication sur la valeur, les causes et les variations du retard de l'arrêt du cœur sur l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique.

I. — Quand on excite le bout périphérique d'un nerf centrifuge quel qu'il soit, il s'écoule toujours un temps appréciable entre le début de l'excitation et le moment d'apparition de l'effet produit, que cet effet soit un mouvement, une sécrétion ou bien une suspension de mouvement, comme dans le cas de l'excitation des nerfs modérateurs du cœur. *Ce temps constitue le retard de la réaction sur l'excitation.*

Si l'on compare le retard de l'effet sur sa cause, on voit qu'il est extrêmement bref pour les muscles striés volontaires, beaucoup plus considérable pour les muscles striés involontaire (comme l'œsophage de certains animaux), plus prolongé encore pour le phénomène d'arrêt provoqué dans le cœur par l'excitation du pneumogastrique.

Le retard du mouvement du muscle volontaire sur l'excitation étant de 1/100e de seconde, chiffre classique, celui du mouvement du muscle œsophagien sera de 1/20e, celui de l'arrêt du cœur (dans les conditions de nos expériences sur le chien à bulbe piqué, à la température centrale de 36 degrés) varie entre 2 et 3/20es de seconde.

Dans tous ces cas, on suppose l'excitation appliquée au voisinage immédiat de l'organe exploré, c'est-à-dire sans qu'il y ait à tenir compte d'une différence dans la vitesse de transmission des excitations dans une longueur appréciable de conducteur nerveux.

Or, en comparant les conditions histologiques des trois organes indiqués, le muscle strié volontaire, le muscle œsophagien, le cœur, on voit que, dans le premier, l'excitation se transmet *directement* du nerf à l'élément contractile, qu dans le second l'excitation se transmet d'abord à un appar ganglionnaire interposé comme une barrière entre le n moteur et son arborisation terminale sur le trajet du nerf exci qu'enfin dans le cœur existent aussi des appareils ganglio naires. (Ranvier, cours du Collège de France, 1877-78.)

On peut donc déjà considérer ces appareils cellulair périphériques comme jouant un rôle dans le retard relativ ment considérable que présentent les réactions des organ où on les rencontre.

C'est du reste un fait bien établi que partout où une exci tion doit traverser un appareil nerveux cellulaire, elle s' tarde en route, pour ainsi dire, dans cet appareil, qui l'emn gasine et la transforme. Cela s'observe dans la moelle, do on connaît la résistance transversale, depuis les recherch de Rosenthal. Wundt (*Unters. z. Mechanik d. Nerven*, etc Stuttgart, 1876, p. 45 et 104) a montré que les excitations des nerfs sensibles subissent un retard notable dans les ganglions rachidiens ; la même conclusion s'appuie encore su nos expériences faites avec M. Pitra, sur le retard apport à la transmission des excitations par la substance grise de l'écorce cérébrale : on est donc autorisé à supposer que les excitations trouvent dans les cellules nerveuses périphériques le même obstacle à leur transmission que dans les cellules nerveuses centrales, et ces notions rendraient partiellement compte de la valeur considérable du retard de l'arrêt du cœur sur l'excitation du pneumogastrique. Déjà, en 1872, MM. Legros et Onimus avaient proposé cette interprétation pour le même phénomène : les remarques précédentes paraissent de nature à confirmer l'hypothèse que ces auteurs avaient émise (*Journal de l'anatomie*, 1872, p. 561 et suiv.).

II. — Mais ce retard, toujours notable, présente cependant des variations telles qu'on ne peut lui assigner une valeur moyenne, et ces variations elles-mêmes résultent d'un certain nombre de conditions qu'on doit chercher à déterminer.

Il en est une qui a été mise en évidence par les recherches de Donders (*Zur Phys. d. N. Vagus*, in *Pflüger's Arch.*, 1868, p. 321-36) : *c'est l'influence de la période de la révolution cardiaque pendant laquelle l'excitation est appliquée au nerf pneumogastrique.* Tarchanoff a repris récemment ces expériences (*C. R. du laboratoire de M. Marey*, 1876), et a confirmé les résultats observés par Donders. Les recher-

ches de ces physiologistes ont été faites sur le lapin et sur la grenouille; les mêmes ont été exécutées sur le chien. Or il a été constaté sur cet animal que la période la plus favorable à la rapidité d'action du pneumogastrique était précisément *la fin de la systole et le début de la diastole ventriculaire : l'excitation faite à ce moment a produit l'arrêt avec le minimum de retard.* Ce qui pourrait s'interpréter en admettant qu'à cette période le cœur, étant déjà en état de relâchement, reçoit une excitation diastolique *additionnelle* qui vient se surajouter à celle qui existe déjà en la renforçant, et prolonge la pause diastolique commencée. Au contraire, *quand l'excitation tombe à la fin de la diastole ou au début de la systole, l'arrêt se produit avec le maximum de retard*, une pulsation tout entière s'accomplissant entre le début de l'excitation et le moment d'apparition de l'arrêt.

Ces résultats obtenus sur le chien dont le bulbe a été piqué, qui est soumis à la respiration artificielle, et avant la période de refroidissement, avec les excitations induites *minima* nécessaires pour produire un court arrêt du cœur, sont différents de ceux qu'ont fournis les expériences de Donders et celles de Tarchanoff; il y a une cause de divergence qui nous échappe et qui sera cherchée.

Mais le fait essentiel n'en subsiste pas moins : *le retard de l'apparition de l'arrêt sur le début de l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique, toujours très notable, varie suivant la phase de la révolution cardiaque pendant laquelle est faite l'excitation.*

III. — D'autres causes font encore varier la valeur absolue du retard de l'effet cardiaque; c'est ainsi qu'*avec des excitations du pneumogastrique plus fortes que les excitations minima nécessaires pour obtenir la suppression d'une seule pulsation, on voit le retard de l'arrêt diminuer notablement* et dans un certain rapport avec le degré d'intensité des excitations. Or ce fait rentre dans la loi énoncée par M. Marey au sujet des rapports qui existent entre la valeur du retard et l'amplitude de la secousse musculaire; plus cette amplitude est considérable, plus le retard est bref. De même, pour l'effet modérateur produit sur le cœur par l'excitation du pneumogastrique, plus cet effet est considérable, moins le retard est prolongé.

Si, au lieu d'appliquer au pneumogastrique des excitations plus intenses pour obtenir un effet plus marqué, on exagère l'excitabilité de l'appareil terminal du nerf excité, on voit de même l'arrêt s'obtenir plus tôt et être plus prolongé, rien n'étant changé à l'intensité des excitations; c'est ce qu'il est facile de réaliser en suspendant de une à trois minutes la respiration artificielle chez les animaux dans les conditions indiquées: à mesure que le sang devient plus asphyxique, c'est-à-dire plus irritant pour les terminaisons cardiaques du nerf d'arrêt, on voit l'effet modérateur augmenter d'intensité, en même temps que son retard diminue. On peut encore obtenir le même résultat en exagérant l'excitabilité des appareils nerveux intracardiaques par l'élévation de la température; mais ici la question est plus complexe, le rhythme du cœur étant modifié notablement.

Ces variations du retard de l'effet cardiaque sur l'excitation du pneumogastrique paraissent être les premiers indices de l'action des substances toxiques sur le cœur; c'est ainsi que dans nos expériences, bien avant qu'on n'observe de modifications du rhythme cardiaque, par exemple avec l'atropine, on voit s'exagérer le retard de l'effet modérateur du pneumogastrique. Ces modifications peuvent, du reste, être les seules qui trahissent l'action d'un poison, si celui-ci n'a pas été administré à dose suffisante pour produire ses effets ordinaires.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1880. — PRÉSIDENCE DE M. BLONDEAU.

Sur l'apparition de quelques phénomènes diathésiques chez les sujets auxquels on vient de percer les oreilles; modes de traitement : M. C. Paul. — Sur le traitement de la névralgie faciale : M. Féréol.

M. *C. Paul.* C'est à coup sûr une opération bien simple que cette petite perforation du lobule auriculaire, réclamée tous les jours par la coquetterie féminine pour le plaisir de porter des boucles d'oreilles. Le plus souvent elle est pratiquée par les bijoutiers, car les médecins ne la jugent pas digne de leur habileté; et cependant elle offre dans certains cas des inconvénients assez sérieux qui vont à l'encontre même de cette coquetterie.

C'est il y a quinze ans environ que l'attention de M. *C. Paul*, l'auteur de l'intéressante communication dont nous allons donner l'analyse, fut attirée sur ce fait, et, depuis lors, il a pu recueillir facilement 120 observations qui démontrent manifestement que des manifestations scrofuleuses, par exemple, peuvent quelquefois se développer sur le lobule de l'oreille aussitôt que celui-ci vient à être traversé par l'anneau de boucle d'oreille. Il s'agit dans l'espèce de scrofulides bénignes, d'eczéma par exemple, plus ou moins envahissant, et d'ulcérations qui déforment le lobule ou le laissent tout couturé. Les boucles d'oreilles, en effet, sectionnent souvent complètement le lobule, comme le ferait la chaîne d'un écraseur; il en résulte ou bien une cicatrice linéaire assez apparente, ou bien une division en lobules secondaires par défaut de réunion. L'opération est donc manquée; mais maintenant plus que jamais la jeune fille va tenir à ce que ses oreilles soient à nouveau percées, pour masquer à l'aide du bijou qu'elle portera d'aussi vilaines déformations. Eh bien, de nouveau, les mêmes accidents se reproduiront; de telle sorte que, pour peu qu'on s'acharne à poursuivre un succès qui toujours échappe, le malheureux lobule finit par devenir un tissu de cicatrices. M. Paul a vu jusqu'à huit lignes cicatricielles chez la même femme.

Pareils faits ont été notés également par M. *Féréol*.

Quel traitement faut-il opposer à de pareils accidents? M. C. Paul a toujours échoué dans ses essais de réunion, et il ajoute que pas davantage il ne faut compter sur une opération autoplastique. On commencera, dit-il, par enlever la boucle d'oreille pour la remplacer par un simple fil, puis on s'efforcera de combattre l'élément diathésique et ses effets locaux par un traitement approprié. Si le fil menace d'agrandir l'ulcération, on le supprime et l'on attend pour percer à nouveau l'oreille que la constitution ait été modifiée.

M. Féréol, après divers essais infructueux à l'aide de fils métalliques, a trouvé qu'on avait le plus de chances possibles d'éviter l'ulcération en engageant dans la perforation du lobule un bout de bougie filiforme en gomme. On simule une boucle d'oreille avec cette bougie.

D'ailleurs le traitement peut être fort long; on l'a vu durer jusqu'à treize mois!

— M. *Féréol*, ayant à soigner une malade atteinte de névralgie faciale rebelle à tous les traitements en usage, lui appliqua une petite plaque de cuivre, de la largeur d'une pièce de 20 sous, au niveau du trou sous-orbitaire, une plaque de zinc large comme une pièce de 2 francs sur l'épaule, réunit ces deux éléments par un fil conducteur ordinaire, et laissa cette pile infiniment petite en place pendant quelque temps. Eh bien, malgré cette petitesse, la malade eut une eschare au pôle zinc et l'on trouva un dépôt pulvérulent d'oxyde sous le pôle cuivre. La névralgie ne fut pas modifiée.

M. *Dujardin-Beaumetz* a dû récemment, dans un cas de névralgie épileptiforme de la face contre laquelle tout avait échoué, recourir à la résection du nerf sous-orbitaire. M. Terrillon, chargé de l'opération, réséqua 3 centimètres de ce

nerf. Malgré les désordres considérables qu'imposait le manuel opératoire, le malade était absolument guéri au bout de cinq jours et sa névralgie n'a plus reparu.

M. *C. Paul* s'est bien trouvé dans la névralgie faciale de la méthode d'électrisation imaginée par Remak, dite *circulaire*. On applique le pôle positif d'une pile à courants continus sur le point douloureux, puis on promène le pôle négatif de droite et de gauche dans le voisinage. Au bout de trois minutes on change les pôles.

M. *Ferrand* ayant eu à soigner un malade affecté de névralgie faciale depuis seize ans, et observant chez lui quelques phénomènes attribuables à l'arthritis, n'hésita pas à lui prescrire la teinture de colchique associée à celle de coloquinte. Le malade a complètement guéri, et l'affection n'a plus reparu depuis un an.

Mais il y a des cas de névralgie faciale véritablement désespérants. On tente la résection des branches nerveuses affectées; il en résulte une guérison momentanée, et bientôt les douleurs reparaissent. En Allemagne, on dut chez un sujet enlever jusqu'au ganglion sphéno-palatin. M. Paul a vu la pièce au musée anatomique de Wurtzbourg.

La méthode de l'*élongation*, récemment introduite en thérapeutique, qui a donné de si brillants résultats contre certaines névralgies rebelles, la sciatique plus particulièrement, réussira-t-elle aussi bien contre cette variété de névralgie faciale? C'est probable. Elle compterait déjà même des succès, suivant M. *Blachez*, observés en Allemagne et en Amérique. Elle offre l'avantage d'atteindre les centres nerveux, tandis que la section n'est en quelque sorte qu'un procédé périphérique. Nous ne tarderons pas à être édifiés sur ce point de pratique. E. L.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Un cas d'opération césarienne pendant l'agonie de la mère : enfant vivant, par M. Sommerbrodt. — Observation intéressante d'une opération qui n'a pas encore droit de cité dans la science. Voici les trois indications qui ont conduit l'auteur à agir dans des circonstances qui, généralement, commandent l'abstention : 1° existence d'une maladie (fibro-sarcome du cerveau) exactement reconnue, qui rendait la vie de la mère impossible; 2° existence indubitable d'un enfant vivant; 3° au dernier moment, arrêt subit de la respiration, cyanose, etc., faisant craindre pour l'enfant. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 8.)

Traitement des carcinomes, par M. Beneke. — L'auteur aurait mieux fait d'écrire : « Traitement de la carcinose ou diathèse cancéreuse. » Il faut réduire au minimum les éléments qui favorisent la production cellulaire (cholestérine, lécithine, phosphates, alcalins et terreux). Pour cela, il faut instituer une diète spéciale, dont on retrouvera les détails dans ce travail. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 11.)

La bactéridie charbonneuse et les températures basses, par M. Frisch (de Vienne). — Expériences intéressantes faites à des températures extrêmement basses, de 80 à 110 degrés. En voici les conclusions, sous toute réserve : 1° les bactéridies du charbon, une fois soumises à ces températures, ne se développent plus avec la facilité accoutumée; 2° le charbon peut évoluer de la façon la plus caractéristique, sans que l'examen le plus minutieux du sang y fasse découvrir des bactéridies, ou autre germe préformé. (*Compte rendu des séances de l'Académie des sciences de Vienne*, t. LXXX, juillet 1879.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité du goître, par le docteur Nivet, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — 1 vol. in-8°, Paris, J. B. Baillière, 1880.

Le titre de cet ouvrage semble promettre un exposé didactique de la question; mais M. Nivet, poursuivant un sujet d'études qui lui est cher depuis longtemps, s'est borné à étudier le goître dans le département du Puy-de-Dôme.

Après avoir présenté des « considérations générales sur la topographie, l'hydrographie, la géologie, et sur la statistique des goîtres du département du Puy-de-Dôme », l'auteur entre dans des aperçus étiologiques et pathogéniques qui forment la partie la plus originale de son livre. Ainsi, pour M. Nivet, « l'ingestion des sels de chaux, des sels de magnésie, des sulfures métalliques, des matières organiques, et l'action des miasmes paludéens, ne sont pas les causes des engorgements thyroïdiens. L'absence de l'iode dans l'air, les eaux et les aliments, n'entraîne pas nécessairement l'apparition du goître endémique ». Il préfère admettre le système des causes multiples, parmi lesquelles il signale le passage à l'état chronique et endémique du goître épidémique et à marche rapide. Ce dernier reconnaîtrait pour causes principales le refroidissement brusque du cou mis à nu pendant qu'il est en sueur ; l'affaiblissement de l'état général par un mauvais régime, par l'habitation dans des chambres ou des dortoirs mal aérés, ainsi que par des transpirations nocturnes et diurnes abondantes et répétées; les déviations des règles; la grossesse et la diathèse rhumatismale.

La pathogénie à laquelle s'est arrêté M. Nivet est quelque peu sujette à discussion. Se basant sur la théorie de la maladie de Basedow, à savoir : « la paralysie des nerfs vasomoteurs cardiaques et cervicaux », il se demande s'il n'existe pas des liens de parenté entre les diverses sortes de goître, et si la même explication ne peut pas servir pour toutes les variétés. La paralysie atteint-elle isolément les nerfs vasomoteurs des vaisseaux thyroïdiens, on aura le goître vasculaire. Cette même paralysie produit-elle l'hypersécrétion des follicules clos de la glande, le goître vésiculaire apparaîtra. Toujours sous la même influence, quelques-uns de ces follicules prennent-ils un développement exagéré, il se formera un goître kystique.

L'auteur présente ensuite une vue d'ensemble de l'anatomie pathologique et des symptômes du goître aigu, puis chronique; après quoi il revient sur chaque espèce en particulier et décrit les variétés qui s'y rattachent (y compris le goître exophthalmique), tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Il consacre également un chapitre au traitement médical et chirurgical de cette affection, et esquisse l'histoire de deux de ses principales complications, la thyroïdite et les kystes purulents.

Des tableaux statistiques sont annexés à ce travail; les uns, déjà publiés par le ministère de la guerre, indiquent la proportion des conscrits goîtreux dans les divers départements de la France pendant les années 1856 à 1866; les autres, inédits jusqu'ici, la proportion des conscrits goîtreux dans les diverses communes du Puy-de-Dôme de 1830 à 1839 et de 1860 à 1869. Ces tableaux contiennent aussi la nature des terrains que l'on rencontre dans chaque département et dans chaque commune, ce qui permet de faire des rapprochements entre la composition du sol et la fréquence du goître. Quatre autres tableaux renferment l'analyse des eaux potables des principaux ruisseaux qui arrosent le Puy-de-Dôme. Si, comme le dit M. Nivet, la composition de l'eau n'a aucune influence sur le développement de l'affection qui nous occupe, ces analyses perdront beaucoup de leur importance; néanmoins elles pourront être de quelque utilité aux chimistes, et à ce titre elles méritent d'être consultées.

Enfin, la carte géologique du département est jointe à cet

ouvrage; des séries de hachures rouges y indiquent la proportion de goîtreux dans les diverses localités. En parcourant cette carte, on voit non seulement que les goîtreux sont très nombreux dans les villages situés au fond des vallées, ce que l'on savait déjà; mais aussi dans ceux qui, dans le Puy-de-Dôme, sont exposés aux vents d'ouest, ce que M. Nivet a eu le mérite de bien mettre en lumière.

VARIÉTÉS

Les odeurs de Paris. — En présence de l'émotion causée dans la population parisienne par les odeurs qui se sont répandues sur Paris pendant l'été de 1880, le ministre de l'agriculture et du commerce, par arrêté en date du 28 septembre, a institué une commission spéciale chargée de rechercher les causes de l'infection signalée dans le département de la Seine, et les moyens d'y porter un prompt remède.

Cette commission est composée de: MM. Girerd, sous-secrétaire d'État au ministère de l'agriculture et du commerce, président; Pasteur, Sainte-Claire Deville, Aimé Girard, Wurtz, Gavarret, Brouardel, Dubrisay, Fauvel, Schlœsing et Paul Girard.

Elle s'est divisée en deux sous-commissions : la première, chargée de procéder à l'examen des faits relatifs aux égouts, fosses fixes et mobiles (rapporteur, M. Brouardel); la seconde, chargée de l'étude des faits concernant les dépotoirs et usines (rapporteur, M. Aimé Girard, membre du Comité consultatif des arts et manufactures). Ce dernier vient de présenter à la sous-commission un long rapport dont voici les conclusions :

1° Les dépotoirs à l'air libre, y compris le dépotoir municipal de Bondy, doivent être absolument supprimés, et le stock de matières accumulé dans ce dernier établissement transformé en engrais sec à bref délai.

2° Tout dépôt et toute manipulation en plein air des matières de vidanges, soit solides, soit liquides, doit être rigoureusement interdit.

3° Le dépôt et le traitement des matières de vidanges ne devront dorénavant avoir lieu que dans des usines soumises aux conditions ci-après indiquées.

4° Toutes les capacités (ateliers ou bassins) dans lesquelles les matières de vidanges ou leurs dérivés odorants sont exposés au contact de l'air, tous les appareils dans lesquels ces matières sont traitées, doivent être couverts et clos au moyen de parois étanches. Chacune des capacités ci-dessus désignées ne doit comporter que deux ouvertures permanentes : l'une pour l'entrée de l'air extérieur, l'autre pour la sortie de l'air contaminé.

5° Chacune de ces capacités, comme aussi tous les appareils dans lesquels les matières sont traitées, doivent être, au moyen de conduites étanches, mises en communication avec des appareils d'appel, mécaniques ou autres, dont la marche est calculée de telle façon qu'en aucune circonstance les gaz ou les buées dégagés dans la capacité ou dans l'appareil ne puissent se répandre dans l'atmosphère.

6° Le traitement des matières de vidanges doit comprendre ou bien la dessiccation rapide de toutes les matières d'arrivage, au moyen de la chaleur artificielle, ou bien la dessiccation dans les mêmes conditions des matières solides seulement, et la transformation des matières liquides en sels ammoniacaux.

7° Les matières portées à la dessiccation doivent, avant de subir cette opération, être additionnées d'une quantité d'agents désinfectants suffisante pour fixer à la fois l'hydrogène sulfuré et les sels ammoniacaux volatils à 100 degrés.

8° Toute circulation d'une capacité à l'autre doit avoir lieu à l'aide de pompes et par conduites fermées.

9° Les gaz et les buées, soit directement, soit après avoir été soumis à tel procédé de désinfection et de condensation que les manufacturiers jugeront à propos d'employer, doivent être définitivement amenés par propulsion dans un appareil de combustion spécial, indépendant des foyers des générateurs et de la cheminée de l'usine. Les gaz ou buées doivent s'échapper de cet appareil de combustion par un carneau dont le débouché soit facile à atteindre. Ces gaz ou buées ne doivent, après avoir traversé l'appareil de combustion, posséder aucune odeur.

10° Les eaux de condensation des buées, les eaux résiduaires des colonnes de distillation et les liquides analogues ne doivent être émis hors de l'usine qu'après avoir été désinfectés et refroidis à 30 degrés centigrades.

11° Des appareils enregistreurs indiqueront automatiquement la marche des appareils d'appel et la température des gaz à la sortie de l'appareil de combstion; des regards seront disposés sur toutes les conduites et capacités de l'usine.

Faculté de médecine de Paris. — La commission chargée d'examiner les thèses subies pendant le cours de l'année 1879-1880, et de signaler au ministre de l'instruction publique celles qui lui paraîtraient mériter des récompenses, se compose de MM. les professeurs Wurtz, président; Bouchard, Brouardel, Hayem, Laboulbène, Le Fort, Pajot, Richet, Robin et Verneuil.

Clinique des maladies mentales. — Le concours pour la nomination d'un chef de clinique des maladies mentales, dont le jury se composait de MM. Ball, Bouchard, Brouardel, Lasègue et Peter, s'est terminé mardi soir par la nomination de M. Régis comme chef de clinique titulaire, et de M. Millet comme chef de clinique-adjoint.

Concours. — Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer de la manière suivante :

Internes titulaires : Jarry, Gilbert Wickam, de Langenhagen, Bouicli, Richardière, Gendron, Manaud, Œttinger, Ricard, Lecocq, Tissier, Lenneyez, Gallois, Métaxas, Pillot, Boulland, Séné, Pennel, Darier, Marez, Schæck, Colleville, de Molènes, Pignot, Gauthier, Chéron, Uribe, Bodinier, Leprévost, Lebreton, Charrin, Valude, Greffier, Barbulée, Barbe, Lejard, Chaput, Bonnaire, Sapellier, Catuffe, Leval-Piquechef.

Internes provisoires : Bottey, Malibran, Marcigny, Wins, Brodeur, Gilles de Latourette, Hamonie, Salat, Vuillamer, Brossard, Duflocq, Feulard, Poupon, Gomot, Luquet, Pruche, Dange, Cayla (Baptiste), Legendre (Paul-Louis), Boursier, Delotte, Clado, Boucher, Frémont, Toupet, Perrin, Bottez, Didion, Mamet, Buquet, Dutertre, Ribeton, Sauzc, Ribail, Durand-Fardel, Bourdel, Beurnier, Jaurand.

Prix des internes. — La proclamation des prix a eu lieu sous la présidence de M. Ch. Quentin, directeur de l'Assistance publique. Nous sommes obligés de renvoyer au prochain numéro les noms des lauréats.

Faculté de médecine de Nancy. — MM. les professeurs Hecht et V. Parisot sont nommés assesseurs du doyen pour l'année scolaire 1880-1881. — Un concours pour la place d'aide de physiologie aura lieu au mois d'avril 1881.

École de médecine d'Alger. — M. Ray, professeur de pharmacie, est chargé, en outre, provisoirement, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

École de médecine de Marseille. — M. Valette est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Laurens, démissionnaire.

Conseil municipal. Service hospitalier. — Le directeur de l'Assistance publique a présenté au Conseil municipal une proposition d'emploi du crédit de 6 millions voté récemment par le Conseil pour l'amélioration des services hospitaliers.

Conseil municipal (28 décembre). — Sur la proposition de M. de Lanessan, le Conseil a adopté un amendement tendant à substituer à la *police des mœurs* les mesures suivantes : 1° l'Administration municipale est invitée à présenter, dans le plus bref délai, un projet d'installation de services médicaux et pharmaceutiques gratuits destinés à combattre les maladies syphilitiques; 2° à étudier un système d'organisation qui substitue les gardiens de la paix aux agents actuels de la police des mœurs, pour ce qui concerne la police d'ordre public à l'égard des femmes qui se livrent à la prostitution; 3° les délits et contraventions contre l'ordre public et les attentats aux mœurs ne seront plus soumis à l'arbitraire administratif, mais déférés à la justice régulière; 4° la conséquence de cette réorganisation devra être la suppression de la brigade spéciale de la police des mœurs, à partir du 1er janvier 1882.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION. — M. le docteur Auguste Brun, trésorier de l'Association générale, a reçu les dons suivants : de MM. Durand-Fardel, 100 francs; Burdel, 100 francs; Georges Marjolin, 20 francs; Moynier, 20 francs; Brun (Auguste), 100 francs; de Mme veuve Le Cler, 300 francs.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur baron Parguez (Isidore), adjoint au maire de Besançon (Doubs), a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur.

TRAITEMENT A DOMICILE. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du IVe arrondissement que, le samedi 15 janvier 1881, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Une autre élection aura lieu dans le Xe arrondissement le 14 janvier 1881. Le scrutin sera ouvert à midi.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE. — Bureau pour l'année 1881 : *Président*, M. Billout; *vice-presidents*, MM. Tillot et Constantin Paul; *secrétaire général*, M. Leudet; *secrétaires des séances*, MM. Grellety et Cazaux; *trésorier*, M. Byasson; *archiviste*, M. Japhet.

COURS. — Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires au premier examen de doctorat (nouveau régime) et aux troisième et quatrième examens (ancien régime), le mardi 4 janvier à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous sommes heureux de pouvoir signaler en le recommandant à l'attention de tous ceux qu'intéressent les études ophthalmologiques, le nouveau journal que publient MM. Panas, Landolt et F. Poncet (de Cluny). Le premier numéro de ces *Archives d'ophthalmologie* contient un très intéressant travail de M. Panas sur la paralysie du nerf moteur oculaire consécutive aux traumatismes du crâne; deux articles de M. Landolt intitulés : *Nouveau procédé de blépharoplastie* et *Un télémetre ;* une étude anatomo-pathologique et clinique sur le *ptérygion*, par M. Poncet, et plusieurs autres mémoires de clinique, de physiologie ou de thérapeutique appliquées aux maladies de l'œil. Une revue bibliographique, par le docteur L. Thomas, termine ce premier numéro.

MORTALITÉ A PARIS (51e semaine, du vendredi 17 au jeudi 23 décembre 1880). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 979, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 27. — Variole, 18. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 13. — Diphthérie, croup, 47. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 38. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 49. — Pneumonie, 61. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 28; au sein et mixte, 17; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 105; de l'appareil circulatoire, 57; de l'appareil respiratoire, 56; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 9.

Bilan de la 51e *semaine.* — Il semble que cette année se veuille bien terminer, car son avant-dernière semaine a été manifestement favorable, puisque, d'une part, les décès ont continué à décroître (1031 à 979), et cela dans une saison où généralement ils augmentent, et, de l'autre, les naissances ont continué à s'accroître : 1044 et 1117 les semaines précédentes, et 1144 pour cette dernière; les mariages eux-mêmes ont suivi ces bons mouvements : de 404 et 421 des semaines antérieures, ils se sont élevés à 481.

Si nous recherchons quelles sont les maladies qui ont diminué leurs sévices, nous aurons à signaler d'abord la scarlatine (14 décès pendant la 50e semaine, réduits à 4 en celle-ci), puis la coqueluche ou ses suites (de 13 à 4 décès); les infections purulentes (de 9 à 4); les décès par fièvre typhoïde ont également baissé (de 27 à 23, mais sur ces 23 il y en a 4 dans les hôpitaux militaires). Enfin les morts violentes elles-mêmes, sans doute par suite des pluies qui ont interrompu les travaux périlleux, sont descendues de 47 à 24.

La diphthérie a encore causé 47 décès (de 5 décès notés à l'hôpital Trousseau, 3 appartiennent au quartier de *la Roquette* et 2 au quartier limitrophe de *Saint-Ambroise;* il existe un petit foyer au quartier du *Jardin des Plantes*.

La variole a encore un peu diminué (18 décès au lieu de 21); mais nous devons encore signaler un important centre de propagation, toujours dans ce même quartier des *Quinze-Vingts*, qui contient le dépôt de varioleux de l'hôpital Saint-Antoine (92 à 65 varioleux); ce quartier à lui seul compte donc 4 décès par petite vérole, dont 2 habitant la même maison (passage d'Austerlitz, n° 18).

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la Statistique municipale de la Ville de Paris.

Sommaire du premier numéro de 1881 des **Archives de physiologie normale et pathologique.** — Directeurs : MM. BROWN-SEQUARD, CHARCOT et VULPIAN. Directeur-adjoint : M. JOFFROY. — *Mémoires :* Recherches expérimentales sur la polyurie, par MM. R. MOUTARD-MARTIN et Charles RICHET. — Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanée et expérimentale des séreuses (tuberculose et scrofule), par M. Hippolyte MARTIN (avec 2 planches). — Observation pour servir à l'histoire de l'exomphale (exomphale funiforme diverticulaire inversé), par M. A. CHANDELUX (avec 1 planche). — Observation pour servir à l'histoire de la néphrite et de l'éclampsie typhoïdes, par M. J. RENAUT (avec 1 planche). — Note relative à l'étude anatomique de la néphrite saturnine expérimentale, par MM. CHARCOT et GOMBAULT (2 planches). — *Recueil de faits :* De l'excitabilité réflexe des muscles dans la première période du somnambulisme, par M. Charles RICHET. — Deux observations de mal perforant avec ataxie locomotrice, par M. HANOT.

Paris, G. Masson. Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr.; départements, 22 fr.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme alteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XVII, 2e SÉRIE

C

D

E

M

N

O

P

Q

R

S

TABLE DES FIGURES

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2